

## Helse- og omsorgstjenester

---

**Statistiske analyser**

I denne serien publiseres analyser av statistikk om sosiale, demografiske og økonomiske forhold til en bredere leserkrets. Fremstillingsformen er slik at publikasjonene kan leses også av personer uten spesialkunnskaper om statistikk eller bearbeidingsmetoder.

**Statistical Analyses**

In this series, Statistics Norway publishes analyses of social, demographic and economic statistics, aimed at a wider circle of readers. These publications can be read without any special knowledge of statistics and statistical methods.

© Statistisk sentralbyrå, oktober 2002  
Ved bruk av materiale fra denne publikasjonen, vennligst oppgi Statistisk sentralbyrå som kilde.

ISBN 82-537-5167-2 Trykt versjon  
ISBN 82-537-5168-0 Elektronisk versjon  
ISSN 0804-3221

**Emnegruppe**

00.02 Levekår

Omslag: Siri E. Boquist  
Trykk: Lobo Media as

<b>Standardtegn i tabeller</b>	<b>Symbol</b>
Tall kan ikke forekomme	.
Oppgave mangler	..
Oppgave mangler foreløpig	...
Tall kan ikke offentliggjøres	:
Null	-
Mindre enn 0,5 av den brukte enheten	0
Mindre enn 0,05 av den brukte enheten	0,0
Foreløpig tall	*
Brudd i den loddrette serien	—
Brudd i den vannrette serien	

# Forord

Helse- og omsorgstjenester er en samling artikler om aktivitet og ressursbruk innenfor spesialisthelsetjenesten og deler av kommunehelsetjenesten. Publikasjonen inngår i serien "Sosialt utsyn" fra Statistisk sentralbyrå.

Artikkelsamlingen viser utviklingen i ressursbruk og aktivitet i henholdsvis somatisk og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, samt pleie- og omsorgstjenestene på 1990-tallet. Den tar for seg årsakene til sykehusopphold, og behov som kriterium for bruk av helsetjenester med ulik spesialisering.

Statistisk sentralbyrå har en lang tradisjon i å samle inn statistikk om helsetjenester. I tillegg til tall fra nasjonal- og kommuneregnskapet om utgifter til helse og helsetjenester, blir statistikk på institusjonsplasser, årsverk, og polikliniske konsultasjoner for henholdsvis somatiske og psykiatriske institusjoner og hjemme- og institusjonstjenesten benyttet. Videre benyttes statistikk om legespesialister med fylkeskommunal driftsavtale og ambulansestatistikk. For å beskrive brukerne av tjenestene trekker vi på data samlet inn gjennom pasientstatistikken og utvalgsdata fra levekårspanelet.

Forfatterne i Helse- og omsorgstjenester er tilknyttet Seksjon for helsestatistikk, Statistisk sentralbyrå. Arbeidet med publikasjonen ble igangsatt av Jon Erik Finnvold. Redaksjonen har bestått av Ann Lisbet Brathaug, Dag Ellingsen, Berit Otnes, Jorun Ramm og Johan-Kristian Tønder. Anne Skarateppen og Kirsten Aanerud har redigert teksten. Liv G. Hansen har laget tabeller og figurer. Prosjektet er delvis finansiert ved midler fra Sosial- og helsedepartementet.

Statistisk sentralbyrå  
Oslo/Kongsvinger, 23. september 2002

Svein Longva



# Innhold

---

Utsyn over helsetjenesten .....	11
Utgifter til helseformål .....	23
Høy vekst i utgifter til helseinstitusjoner .....	33
Bestemmer behovene bruken av legespesialistene? .....	41
Flere behandlede pasienter i somatiske sykehus .....	53
Personell ved somatiske sykehus: Sterk vekst og økt kompetanse .....	61
Sykehuslegene: Går produktiviteten ned? .....	73
Sykehuspasientene: Hjerne- og karsykdom vanligste årsak til innleggelse .....	81
Ambulansen – fra transportmiddel til behandling sinstitusjon .....	91
Psykiatrien på 1990-tallet: Mer aktiv behandling .....	97
Pleie- og omsorgstjenestene .....	113
De siste publikasjoner utgitt i serien Statistiske analyser .....	121

---



# Figurregister

---

## Utgifter til helseformål

1. Totale utgifter til helseformål. 1990-2001. Milliarder kroner .....	24
2. Offentlige helseutgifter i prosent av totale offentlige utgifter. 1990-2001 .....	27
3. Husholdningenes forbruk av helsetjenester i prosent av totalt konsum. 1990-2001 .....	29
4. Helseutgifter i prosent av bruttonasjonalproduktet. Utvalgte land. 1998 .....	29
5. Helseutgifter per capita (US\$ PPP). Utvalgte land. 1998 .....	31

---

## Høy vekst i utgifter til helseinstitusjoner

1. Brutto driftsutgifter ved somatiske institusjoner. 1990-2000. Milliarder kroner .....	34
2. Brutto driftsutgifter i psykiatriske institusjoner. Løpende og faste priser. 1990-2000. Milliarder kroner .....	34

---

## Flere behandlede pasienter i somatiske sykehus

1. Antall utskrivninger i somatiske sykehus, etter innskrivningstype. 1990-2000. 1 000 .....	54
2. Antall polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger ved somatiske sykehus. 1990-2000. Millioner .....	55
3. Antall DRG-poeng ved somatiske sykehus. 1992-1998. 1 000 .....	57
4. Median ventetid for innleggelse, dagbehandling og poliklinikk. Pasienter med og uten ventetidsgaranti. 1993-1999 .....	58

---

## Personell ved somatiske sykehus: Sterk vekst og økt kompetanse

1. Andel sykepleiere av totalt antall pleiere (sykepleiere og hjelpepleiere). 1990 og 2000. Prosent .....	70
--	----

---

## Sykehuslegene: Går produktiviteten ned?

1. Variasjon i andelen legeårsverk av totalt antall årsverk. 1990 og 2000. Prosent .....	74
--	----

---

## Sykehuspasientene: Hjerter- og karsykdom vanligste årsak til innleggelse

1. Antall utskrevne pasienter, fordelt etter alder. 2000. 1 000 .....	82
2. Antall utskrevne menn og kvinner, etter de vanligste sykdomsgruppene. 2000. 1 000 .....	84
3. Antall pasienter utskrevet med utvalgte diagnoser, fordelt på kjønn. 2000. 1 000 .....	86
4. Antall utskrevne pasienter med utvalgte diagnoser, fordelt på alder. 2000. 1 000 .....	87
5. Antall utskrivninger, etter sykehusets tilknytningsfylke. 2000. 1 000 .....	89

---

**Ambulansen – fra transportmiddel til behandlingsinstitusjon**

1. Antall akuttinnleggelse og antall ambulanseoppdrag. 1989-2000. 1 000 .....	92
2. Bemanning i ambulansetjenesten. 1989-2000. Prosent .....	93
3. Antall ambulanser, etter eierforhold. 1989-2000 .....	93

---

**Psykiatrien på 1990-tallet: Mer aktiv behandling**

1. Antall døgnplasser ved voksenpsykiatriske institusjoner. 1960-2000. 1 000 .....	98
2. Døgnplasser i voksenpsykiatriske institusjoner, etter institusjonstype. 1990-2000. 1 000 .....	100
3. Oppholdsdøgn ved voksenpsykiatriske institusjoner, etter institusjonstype. 1990-2000. Millioner .....	103
4. Utskrivninger av døgnpasienter ved voksenpsykiatriske institusjoner, etter institusjonstype. 1990-2000. 1 000 .....	104
5. Polikliniske konsultasjoner ved voksenpsykiatriske institusjoner, avdelinger og poliklinikker. 1990-2000. 1 000 .....	105
6. Antall beregnede legeårsverk i spesialisthelsetjenesten, voksenpsykiatri. 1990-2000 .....	110

---

**Pleie- og omsorgstjenestene**

1. Plasser i institusjoner for eldre og funksjonshemmede. 1991-2000. 1 000 .....	115
2. Personer, etter boligforhold og aldersgruppe. 2000. Prosent .....	119

---



# Tabellregister

---

## Utgifter til helseformål

1. Utgifter til helseformål. 1990-2001 ..... 25

---

## Høy vekst i utgifter til helseinstitusjoner

1. Brutto driftsutgifter fordelt på institusjonstype. 1990-2000. Millioner kroner ..... 34
2. Driftsutgifter fordelt på art. 1990, 1995-2000. Prosent ..... 36
3. Brutto driftsutgifter ved somatiske institusjoner, korrigert for gjestepasientutgift/-inntekt, utgifter per innbygger. 1990, 1995 og 2000. Hele landet = 100 ..... 37
4. Antall liggedager, utskrivninger og polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere. 1990 og 2000 ..... 38
5. Brutto driftsutgifter ved psykiatriske institusjoner, korrigert for gjestepasientutgift/-inntekt, utgifter per innbygger. 1990, 1995 og 2000. Hele landet = 100 ..... 39

---

## Bestemmer behovene bruken av legespesialistene?

1. Gjennomsnittlig antall kontakter med lege siste 12 måneder for egen sykdom, etter alder, egenvurdert helse, utdanningslengde, fylke og sentralitet. Prosent ..... 44
2. Andel som hadde hatt kontakt med privatpraktiserende spesialist for egen sykdom siste 12 måneder, etter alder, egenvurdert helse, utdanningslengde, fylke og sentralitet. Prosent .. 45
3. Legetilbudsprofiler. Antall kontakter med ulike typer leger, etter alder, kjønn, utdanningslengde, egenvurdert helse, fylke og sentralitet. Prosent ..... 46

---

## Personell ved somatiske sykehus: Sterk vekst og økt kompetanse

1. Antall årsverk i somatiske sykehus. 1980, 1990 og 2000 ..... 62
2. Antall personer som har fullført utdanning i skoleårene 1979/80-1997/98 ..... 64
3. Opptak av nye studenter til helseutdanninger. 1990, 1995 og 1999 ..... 64
4. Årsverk for leger i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. 1990, 1995 og 2000 ..... 65
5. Årsverk for sykepleiere i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. 1990, 1995 og 2000 ..... 67
6. Andel årsverk for sykepleiere og hjelpepleiere i somatiske sykehus. Prosent av antall pleiere (sykepleiere og hjelpepleiere). 1990, 1995 og 2000 ..... 69
7. Antall årsverk for sykepleiere per hjelpepleierårsverk. 1990 og 2000 ..... 69
8. Hjelpepleiernes andel av pleierne (sykepleiere og hjelpepleiere). 1990 og 2000. Prosent ..... 71

---

## Sykehuslegene: Går produktiviteten ned?

1. Antall årsverk for leger, etter sykehustype. 1990, 1995 og 2000 ..... 73
2. Andel årsverk for leger i prosent av totalt antall årsverk ved somatiske sykehus. 1990, 1995 og 2000 ..... 74
3. Andel årsverk for leger i prosent av helsepersonell ved somatiske sykehus. 1990, 1995 og 2000 ..... 75
4. Antall pleiere per legeårsverk ved somatiske sykehus. 1990, 1995 og 2000 ..... 75

5. Antall sykehusopphold per legeårsverk. 1990, 1995 og 2000 .....	76
6. Antall DRG-korrigerede sykehusopphold for inneliggende pasienter per legeårsverk, etter sykehustype. 1992 og 1998 .....	77
7. Antall polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger per legeårsverk. 1990, 1995 og 2000 .....	77

---

### Sykehuspasientene: Hjerne- og karsykdom vanligste årsak til innleggelse

1. Antall pasienter utskrevet fra sykehus, utvalgte sykdomsgrupper. 1992-2000 .....	85
---	----

---

### Psykiatrien på 1990-tallet: Mer aktiv behandling

1. Fylkenes døgnplassdekning og forholdet til gjennomsnittlig døgnplassdekning. 1990, 1995 og 2000 .....	101
2. Oppholdsdøgn ved voksenpsykiatriske institusjoner, etter institusjonstype. 1990-2000. 1 000 .....	103
3. Utskrivninger fra voksenpsykiatriske institusjoner og avdelinger, etter institusjonstype. 1990-2000 .....	104
4. Polikliniske konsultasjoner i voksenpsykiatriske institusjoner. 1990-2000. 1 000 .....	105
5. Polikliniske konsultasjoner i voksenpsykiatriske institusjoner per 1 000 innbyggere over 18 år. 1990-2000 .....	106
6. Dekningsgrad polikliniske konsultasjoner i voksenpsykiatriske institusjoner, avdelinger og poliklinikker og forholdet til gjennomsnittlig dekningsgrad, etter fylke. 1990, 1995 og 2000 .....	107
7. Beregnede årsverk ved voksenpsykiatriske institusjoner. 1990-2000 .....	108
8. Dekningsgrad beregnede årsverk i voksenpsykiatriske institusjoner, avdelinger og poliklinikker og forholdet til gjennomsnittlig dekningsgrad, etter fylke. 1990, 1995 og 2000 ...	109
9. Avtalte årsverk med fylkeskommunen blant spesialister i psykiatri og kliniske psykologer, etter fylke. 1990, 1995 og 2000 .....	110

---

### Pleie- og omsorgstjenestene

1. Andel av kommunene med tilbud om ulike tjenester i kommuner og bydeler. Hele landet. 1999. Prosent .....	114
2. Brukere av ulike pleie- og omsorgstjenester per 1 000 innbyggere i befolkningen. 1994 og 2000 .....	119

---

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), *Opptrappingsplan 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 vedtak<sup>1</sup> lagt til rette for større individuell frihet og økte rettigheter vis-à-vis helsetjenesten. Dette er

<sup>1</sup> 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](http://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 heldøgnspasienter. 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 velferdsforskning.

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, *Samfunns-speilet* 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.

Ann Lisbet Brathaug

## Utgifter til helseformål

*Fordi helse angår folks hverdag og dermed har en sentral plass i folks bevissthet, blir temaet også gjenstand for debatt. Vi registrerer at helsespørsmål får en mer og mer dominerende plass i massemedia. Fokus settes i hovedsak på det økende presset på forbruket av helsetjenestene og i noe mindre grad på forebyggingsaspektet. Spørsmålene som stilles er om vi har gode nok helsetjenester i Norge, og i kjølvannet av dette diskuteres det hva helsetjenestene koster samfunnet og den enkelte. I 2001 brukte vi over 120 milliarder kroner på helse i Norge, eller bortimot 27 000 kroner per innbygger. Det offentlige finansierte godt over 80 prosent av utgiftene.*

Det samlede nivået på helse oppfattes som et viktig mål på suksess i samfunnet, og målet for norsk helsepolitikk er blant annet bedre levekår for alle mennesker. I Sosial- og helsedepartementets (SHD) redegjørelse Om folkehelsen 1999, påpekes det at viktige faktorer som påvirker helsen er knyttet til miljø og helsetjenester (forbruk og kvalitet i helsetjenester), men at påvirkningen er "både kompleks, innbyrdes beslektet og ikke forstått til fulle". Videre står det: "Forbedring av folkehelsen forutsetter bidrag fra mange aktører som helsetjeneste, pasienter og deres organisasjoner, frivillige, politikere og andre sektorer i samfunnet. Disse handlingene krever et system av helsetjenester som fremmer fysisk og mental helse og beskytter mot sykdom" (Sosial- og helsedepartementet 1999, Innledning).

Mange klager på tjenestene og hevder at tilbudet er bedre i andre land. Skyldes klagingen at det ikke brukes nok ressurser/penger på helsetjenestene eller skyl-

des det at ressursene ikke utnyttes best mulig? Kanskje skyldes det i bunn og grunn ikke noe av dette, men at sammen-setningen av tjenestetilbudet ikke er i samsvar med etterspørselen, eller at kvaliteten på tilbudet ikke vurderes som tilfredsstillende.

Det offentlige ved staten, folketrygden og kommunene, har tradisjonelt finansiert hovedtyngden av helsetjenestene, men også husholdningene betaler deler av helseregningen. Dette fører derfor også til en debatt om det skjer noen omfordeling i hvem som finansierer utgiftene over tid. Er det slik at pressede offentlige budsjetter betyr at byrdene veltes over på husholdningene, eller prioriterer politikere helse så høyt at de offentlige helseutgiftene vokser på bekostning av andre offentlige goder?

Denne artikkelen vil ikke besvare alle spørsmålene som reises over. Fokuset er lagt på å beskrive hvordan utgiftene til

helseformål har utviklet seg fra 1990 til 2001, og hva pengene brukes til. Videre diskuteres om det har skjedd noe med finansieringen av utgiftene på 1990-tallet, og om det har skjedd noe med prioriteringen av helse. Siden det ofte hevdes at helsetjenestene er så mye bedre i utlandet, omfatter artikkelen også en sammenligning av helseutgiftene i utvalgte OECD-land. Sammenligningen kan ikke si noe om hvor helsetjenestene er best eller dårligst. Den kan derimot si noe om hvor mye ressurser som brukes på helse og dermed indirekte noe om prioriteringen av området.

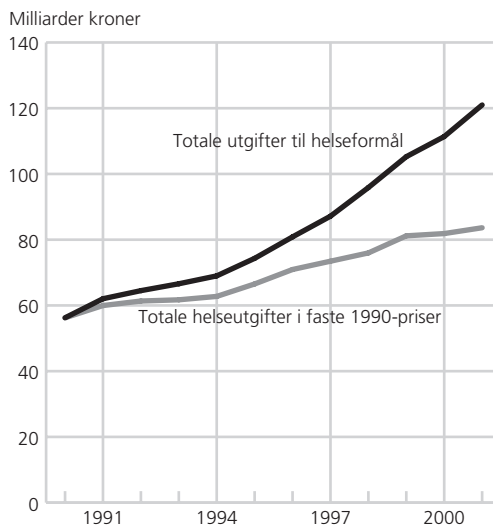
### Økning i helseutgiftene på 1990-tallet

Løpende utgifter til helseformål i Norge har økt fra om lag 56 milliarder kroner i 1990 til nærmere 121 milliarder i 2001. Målt i faste priser tilsvarende dette en økning på 49 prosent for hele perioden, eller i gjennomsnitt en volumøkning på 3,7 prosent per år. I samme periode har det vært en generell befolkningsøkning. Det betyr at regnet per innbygger, vokste helseutgiftene i faste priser noe svakere, nærmere bestemt med 3,1 prosent i snitt per år.

Til tross for at helseutgiftene, korrigert for lønns- og prisøkninger, har vist en relativt stabil vekst på 1990-tallet, betyr ikke dette nødvendigvis at folk opplever at de har fått mer "helse" for pengene, eller at helsetilstanden i befolkningen har blitt bedret. Befolkningens generelle helsetilstand henger som nevnt over, sammen med langt flere forhold enn ressursbruken i helsetjenestene.

Helseutgiftene utgjorde om lag 8 prosent av bruttonasjonalproduktet (BNP) på første del av 1990-tallet. Andelen holdt seg relativt stabil fram til og med 1997,

**Figur 1. Totale utgifter til helseformål. 1990-2001. Milliarder kroner**



Kilde: Beregninger basert på nasjonalregnskapet, Statistisk sentralbyrå.

jf. tabell 1. I 1998 og 1999 økte andelen til 8,5 prosent, mens de foreløpige beregningene for 2000 og 2001 tyder på at den gikk ned med nærmere 1 prosentpoeng i 2000 for så å øke igjen til 8 prosent i 2001. Konklusjonen er at helseutgiftene hadde en noe sterkere vekst enn økonomien ellers på slutten av 1990-tallet. Denne økningen må ses i sammenheng med flere satsinger på eldre og helse, jf. bl.a. Handlingsplanen for eldreomsorg 1998-2001 (St.meld. nr. 50 (1996-97)), opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006, nasjonal kreftplan 1999-2003 og plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus 1998-2002. 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. Dersom vi regner helseutgiftene som andel av BNP for Fastlands-Norge, dvs. BNP eksklusive olje- og gassvirksomheten og utenriks sjøfart,



**Tabell 1. Utgifter til helseformål. 1990-2001**

	1990	1992	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000 *	2001*
<b>Totale utgifter til helseformål (mill. kroner) .....</b>	<b>56 238</b>	<b>64 497</b>	<b>68 989</b>	<b>74 321</b>	<b>80 854</b>	<b>87 145</b>	<b>95 861</b>	<b>105 253</b>	<b>111 370</b>	<b>120 989</b>
Totale private utgifter (mill. kroner) .....	9 674	9 800	10 608	11 719	12 799	13 700	14 665	15 592	16 502	17 497
Totale offentlige utgifter (mill. kroner) .....	46 564	54 697	58 381	62 602	68 055	73 445	81 196	89 661	94 868	103 492
<b>Totale helseutgifter i faste 1990-priser (mill. kroner)<sup>1</sup> .....</b>	<b>56 238</b>	<b>61 339</b>	<b>62 742</b>	<b>66 531</b>	<b>70 932</b>	<b>73 454</b>	<b>75 971</b>	<b>81 173</b>	<b>81 863</b>	<b>83 630</b>
Totale helseutgifter per innbygger i faste 1990-priser (mill. kroner) <sup>1</sup> .....	13 259	14 310	14 468	15 262	16 189	16 675	17 144	18 192	18 228	18 543
Årlig vekst i helseutgiftene (faste priser) .....	3,1	2,3	1,7	6,0	6,6	3,6	3,4	6,8	0,9	2,2
Årlig vekst i helseutgiftene per innbygger (faste priser) .....	2,8	1,7	1,1	5,5	6,1	3,0	2,8	6,1	0,2	1,7
Totale utgifter til helseformål i prosent av BNP ...	7,8	8,2	7,9	7,9	7,9	7,8	8,5	8,5	7,6	8,0
Offentlig finansiert andel av helseutgiftene (prosent) .....	82,8	84,8	84,6	84,2	84,2	84,3	84,7	85,2	85,2	85,5
Privat finansiert andel av helseutgiftene (prosent) ..	17,2	15,2	15,4	15,8	15,8	15,7	15,3	14,8	14,8	14,5
Investeringer i helseformål i prosent av totale helseutgifter <sup>2</sup> .....	5,7	5,1	4,8	5,5	6,0	6,1	7,5	8,2	7,4	6,6
Offentlige helseutgifter som andel av totale offentlige utgifter (prosent)	12,9	13,3	13,4	14,0	14,6	15,1	15,6	16,2	16,0	16,6
Husholdningenes egenbetalinger som andel av totalt husholdningskonsum (prosent) .....	2,4	2,5	2,5	2,6	2,6	2,6	2,7	2,7	2,7	2,7

<sup>1</sup> Deflatert med veid prisindeks for husholdningenes konsum av helsepleie, offentlig konsum av helsetjenester og bruttorealinvesteringer i fast kapital.

<sup>2</sup> Både offentlige og private investeringer.

Kilde: Nasjonalregnskapet, Statistisk sentralbyrå.

framgår det at helseutgiftsandelen økte jevnt fra 9,6 prosent i 1997 til 10,5 prosent i 2001.

Det understrekes at helseutgiftene også omfatter deler av utgiftene til pleie- og omsorgsformål for eldre og funksjonshemmede. Dette gjelder alle utgiftene

som kan karakteriseres som helserelevante, se egen boks med definisjon av helseutgiftene. Hvis man summerer helseutgiftene og øvrige pleie- og omsorgsutgifter, dvs. de som er klassifisert som velferdsrelaterte, vil samlede utgifter til helse-, pleie- og omsorgsformål utgjøre 9-10 prosent av BNP. Også denne andelen økte noe på slutten av 1990-tallet. Beregninger viser at pleie- og omsorgsutgiftene som er klassifisert som velferdsrelaterte<sup>1</sup>, var i størrelsesorden 15 milliarder kroner i 1997 (inkl. investeringer og husholdningenes egenbetalinger for mottatte tjenester).

### Helse et prioritert område

Tallene tyder på at på siste halvdel av 1990-tallet har politikerne prioritert helse på bekostning av andre områder. De offentlige helseutgiftene som andel av totale offentlige utgifter var rundt 13 prosent både i 1980-årene og de første årene på 1990-tallet. Tabell 1 viser at i 1995 hadde "helseandelen" økt til 14 prosent for deretter å øke ytterligere til vel 16 prosent ved utgangen av tiåret.

Man kan spørre seg om det er det stadige fokuset på helsedebatten i massemedia som har medført den relative oppprioriteringen av helse, og gjort at så mange

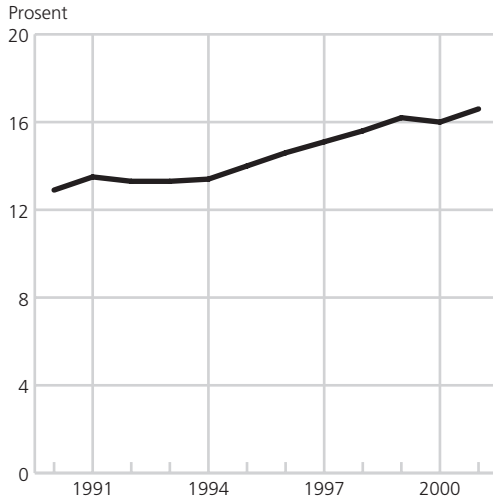
#### Hva er helseutgifter?

Utgiftene til helseformål omfatter alle utgifter, både private og offentlige, som går til forbruk eller investeringer i helsetjenester mv. Utgiftene kan finansieres både av offentlige og private kilder, inklusive husholdningene. Som helseutgifter regnes eksempelvis husholdningenes kjøp av briller og ortopedisk utstyr, legemidler, tannhelsetjenester, legetjenester, forbruk av fysioterapi og andre helsetjenester, folketrygdens refusjoner i forbindelse med bruk av helsetjenester samt det offentliges utgifter (netto) til drift av sykehus og primærhelsetjenesten mv. Også offentlige utgifter til helseforebyggende tiltak og administrasjon av helsetjenester er inkludert. Likeledes inkluderes utgifter til drift av private sykehus mv. utover det som dekkes over offentlige budsjetter.

Helseutgiftene omfatter også deler av utgiftene til pleie- og omsorgsformål. Ifølge de internasjonale retningslinjene gjelder dette den delen av pleie- og omsorgsutgiftene som kan spesifiseres som utgifter til helseformål. I Norge har vi vært opptatt av å vurdere pleie- og omsorgstjenester under ett. Disse er i mange kommuner integrerte, og det er ikke fokusert på om de er helserelevante eller velferdsrelaterte. På begynnelsen av 1990-tallet ble kommuneregnskapene endret til en samlet føring av utgifter til pleie og omsorg. Denne praksisen er også innarbeidet i det norske nasjonalregnskapet. Konsekvensen har vært at vi har hatt problemer med å lage det etterspurte skillet mellom helse og velferd. Siden skillet er vesentlig for internasjonale sammenligninger, har vi i rapportering, bl.a. til OECD, valgt å fordele pleie- og omsorgsutgiftene på de to formålene med andeler basert på tall fra det gamle kommuneregnskapet. Andelene har vært holdt konstante etter 1991. Fra og med 2001 er det innført nye regnskapsforskrifter i alle kommuner. Det betyr at kilden for å fordele pleie- og omsorgsutgifter mellom helserelevante formål og omsorgsformål blir vesentlig bedret i framtiden.

Kilde for å beregne helseutgiftene er nasjonalregnskapet og offentlige regnskaper. Utgiftene er definert i henhold til internasjonale retningslinjer gitt av OECD og i tråd med FNs prinsipper for føring av nasjonalregnskap.

<sup>1</sup> Eksempler på velferdsrelaterte pleie- og omsorgsutgifter, er utgifter til hjemmehjelp og annen praktisk bistand, støttekontakter/avlastning, utgifter til eldrecentre/aktivitetssentre mv.

**Figur 2. Offentlige helseutgifter i prosent av totale offentlige utgifter. 1990-2001**

Kilde: Offentlige regnskaper, Statistisk sentralbyrå.

handlingsplaner på området har blitt satt i gang de siste årene? Svaret kan like gjerne være at prioriteringen skyldes en erkjennelse av at helsetilbudet har vært for dårlig, og at det ikke har vært lagt stor nok vekt på helseforebyggende arbeid. I Nasjonal kreftplan er ett av målene å satse på lokalt forebyggende og helsefremmende arbeid for å forebygge utviklingen av kreft. I handlingsplanen for eldreomsorg er hovedmålene blant annet å gi den enkelte trygghet om nødvendige pleie- og omsorgstjenester tilpasset den enkeltes behov, å styrke omfanget og kvaliteten på tjenestene, utvikle helhetlige og fleksible tjenestetilbud mv. (St.meld. nr. 50, 1996-97).

En annen årsak til at utgiftene til helse vokser på bekostning av andre ting, kan ligge i demografiske endringer. Levealderen har økt og forventes fortsatt å øke, samtidig som høye fødselskull i begynnelsen av 1920-årene og baby-boom fra slutten av 1940-årene gir en såkalt "eldre-

bølge". Antall eldre, absolutt og relativ aldring av de eldre, er faktorer som påvirker framtidens utvikling og finansiering av helse- og sosialutgiftene. Beregninger har vist at dess eldre folk er, dess høyere helseutgifter har de. Når det gjelder sykehusinnleggelse, viser data fra Norsk pasientregister at de eldre har mer kompliserte sykdomsforløp og dermed relativt sett "koster" mer. For aldersgruppen 70-74 år er f.eks. gjennomsnittskostnaden per person som er utskrevet fra sykehus, 25 prosent høyere enn for snittet totalt (Brathaug mfl. 2001). Innenfor eldreomsorg betyr kostnadsprofilen at dess flere eldre det er i befolkningen, dess høyere vil utgiftene bli, dersom man har som målsetting å opprettholde en gitt standard på tjenestene.

Man kan likevel ikke se bort fra at framtidens eldre blir sprekere, dvs. får et bedre funksjonsnivå og dermed klarer seg med et relativt sett lavere omsorgsnivå. I rapporten "Sprekere eldre, rimeligere eldreomsorg?", er konklusjonen at under forutsetning om konstant funksjonsnivå fra 1998 og framover, vil det skje en relativt sterk økning i de offentlige utgiftene til eldreomsorg. Tas det hensyn til bedret funksjonsevne, vil anslagene på utgiftene regnet som andel av BNP kunne holdes stabile eller falle (Botten mfl. 2000).

### **Det offentlige finansierer godt over 80 prosent av utgiftene**

Stat og kommune finansierer løpende drift av og investeringer i sykehus og primærlegetjenesten, inklusive forebyggende helsevirksomhet. I tillegg refunderer folketrygden store deler av husholdningenes forbruk av medisiner, legebeseøk, tannlegebeseøk mv. Dette medfører at det offentlige på hele 1990-tallet har finansiert vel 84 prosent av de totale

helseutgiftene, mens husholdningene har finansiert resten. Ved inngangen til nytt tusenår viser beregningene at det offentlige har økt sin andel av finansieringen til vel 85 prosent. Det er følgelig ingen ting i tallmaterialet som tyder på at knappe offentlige budsjetter har medført at husholdningene må betale større andel av helseregningen, selv om husholdningene isolert sett bruker stadig mer penger på helse.

Det tallene imidlertid viser, er at det har vært en omfordeling av finansieringsbyrden mellom stat og kommune. Staten, inkludert folketrygden, finansierte en betydelig større andel av de samlede helseutgiftene på slutten av 1990-årene enn i begynnelsen. Dette gjelder både utgifter til spesialist- og primærhelsetjenesten. I 1995 ble om lag 25 prosent av helseutgiftene finansiert av staten, mens i 1998 var andelen økt til nærmere 40 prosent. Dette skyldes i hovedsak innføringen av innsatsstyrt finansiering av sykehusene i 1997 og øremerking av inntekter gjennom handlingsplaner (Nørsgaard 2001). Samtidig som staten har økt sin andel, har kommunene og fylkeskommunene redusert sin tilsvarende. Det er viktig å være klar over at statens rammeoverføringer til kommuner og fylkeskommuner ikke anses som statlig finansiering av helseutgifter, men er en del av kommunenes/fylkeskommunenes inntekter som de selv prioriterer bruken av.

### **Nærmere halvparten til spesialisthelsetjenestene**

Av det offentliges utgifter til helsetjenester har mellom 35 og 36 prosent blitt brukt på løpende drift av somatiske sykehus/institusjoner på hele 1990-tallet. Til sammenligning utgjorde de løpende utgiftene til psykiatriske spesialisthelsetjenester nærmere 10 prosent av de totale offentlige helseutgiftene i begynnelsen av

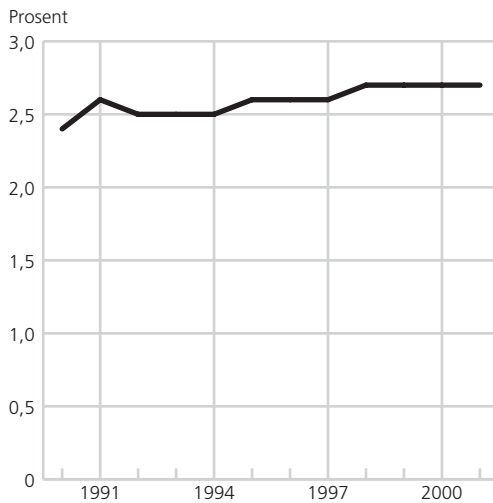
1990-årene og 9 prosent på slutten av tiåret. Når det gjelder utviklingen i og sammensetningen av utgiftene til somatiske og psykiatriske spesialisthelsetjenester, vises det til artikkelen "Høy vekst i utgifter til helseinstitusjoner". Det gjøres oppmerksom på at driftsutgiftene til spesialisthelsetjenesten som er tatt med i disse beregningene, er eksklusive investeringene i sykehusene.

### **Også husholdningene prioriterer helse**

Privat sektors bidrag til finansieringen av helseutgiftene holdt seg stabil på nærmere 16 prosent av helseutgiftene fram til 1997. Etter dette har husholdningenes finansieringsandel falt til i underkant av 15 prosent. Det aller meste av dette er egenbetalinger for medisiner, legebesøk, tannlegebesøk o.l. Resten er knyttet til at privat sektor via gaver og overføringer ellers, er med på å finansiere deler av investeringer i og drift av private helseinstitusjoner.

Selv om husholdningene betaler en mindre andel av helseregningen ved inngangen til årtusenskiftet enn de gjorde ti år tidligere, brukte husholdningene likevel stadig mer penger på helse gjennom 1990-årene, særlig i siste halvdel av perioden. I snitt har husholdningenes egenbetalinger på helsetjenester, medisiner o.l., regnet i faste priser, vokst med 3,2 prosent i året fra 1994 til 2001. At husholdningene prioriterer helse, vises også igjen ved at helseutgiftenes andel av det totalt konsumert i husholdningene har økt svakt, jf. figur 3. For 2001 er budsjettandelen til helse anslått til 2,7 prosent, men den var 2,4 prosent i 1990. Til sammenligning var den 1,7 prosent i 1985, noe som altså indikerer at en stadig voksende andel av det totale konsumert er helserelatert.

**Figur 3. Husholdningenes forbruk av helsetjenester i prosent av totalt konsum. 1990-2001**



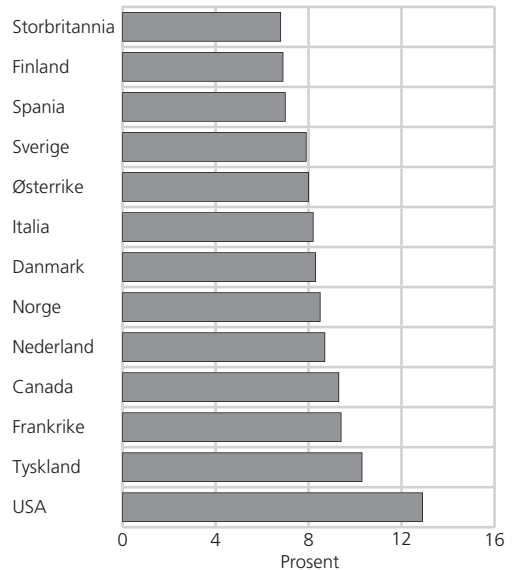
Kilde: Nasjonalregnskapet, Statistisk sentralbyrå.

Om lag en fjerdedel av husholdningenes egenbetalinger er knyttet til kjøp av medisiner, mens utgiftene til kjøp av briller og diverse medisinske artikler utgjør om lag 14 prosent av betalingene. Utgiftene til kjøp av medisiner er økende og utgjorde ved utgangen av 1990-tallet over 28 prosent av egenbetalingene. Når det gjelder konsumet av helsetjenestene, er det utgifter til tannbehandling som er klart størst. Disse utgiftene utgjør mellom 30 og 40 prosent av de totale egenbetalingene. Andelen avtok noe i siste del av perioden.

### Sterk økning i investeringer

Investeringene i helseformål økte på slutten av 1990-tallet blant annet som følge av de offentlige handlingsplanene knyttet til helse og byggingen av et nytt Rikshospital. Ved utgangen av tiåret utgjorde private og offentlige bruttoinvesteringer om lag 8 prosent av samlede helseutgifter mot vel 5 prosent på begyn-

**Figur 4. Helseutgifter i prosent av bruttonasjonalproduktet. Utvalgte land. 1998**



Kilde: OECD Health Data 2001.

nelsen. Det meste av investeringene er offentlig finansiert.

I faste priser vokste investeringene med gjennomsnittlig 10,1 prosent per år fra 1994 til 2001. I samme periode vokste de private utgiftene eksklusive investeringer, med 3,2 prosent og de løpende offentlige utgiftene med 3,9 prosent per år.

### Norske helseutgifter om lag som andre lands

Økende helseutgifter er årsak til bekymring i de fleste OECD-land (OECD 2001). Ifølge OECD er årsaken til dette at det offentlige, som i Norge, finansierer hovedtyngden av utgiftene. Økende helseutgifter blir dermed en ekstra byrde på de offentlige budsjetter og vil, dersom det ikke foregår en omprioritering i budsjettene, medføre at det generelle skattetrykket på personer og bedrifter

øker. I snitt for OECD-landene finansierer det offentlige rundt tre fjerdedeler av helseutgiftene, mens tilsvarende tall er nærmere 85 prosent i Norge.

Ifølge OECD er de norske helseutgiftenes andel av bruttonasjonalproduktet (BNP) på linje med sammenlignbare land, jf. figur 4 som viser helseutgiftenes andel av BNP for utvalgte land for 1998. Tallene er hentet fra OECDs Health Data 2001 (OECD 2001). Det framgår av tallene at utgiftenes andel av BNP varierer noe fra land til land, og at USA har den høyeste andelen med 12,9 prosent mens Norges andel i 1998 var 8,5 prosent.

Et annet mål som ofte benyttes når man gjør sammenligninger over land, er utgifter per innbygger. For å gjøre utgiftstallene mest mulig sammenlignbare, omregnes de til en felles valutaenhet, her US\$ ved å bruke kjøpekraftskorrigererte prisin-

dekser (US\$ PPP<sup>2</sup>). Norske helseutgifter regnet per innbygger ligger i det øvre sjiktet sammenlignet med andre land, jf. figur 5. For alle OECD-landene var gjennomsnittlige utgifter per innbygger på \$ 1 700, mens de i Norge var vel 30 prosent høyere. Det framgår at USA har de høyeste utgiftene per innbygger, og at Norges utgifter ligger like under Tysklands og Canadas, men over tilsvarende utgifter i Nederland, Danmark og Frankrike.

Som nevnt innledningsvis, kan sammenligningen ikke si noe om i hvilket land helsetjenestene er best eller dårligst. Den vil likevel si 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

### **Problemer med internasjonale sammenligninger**

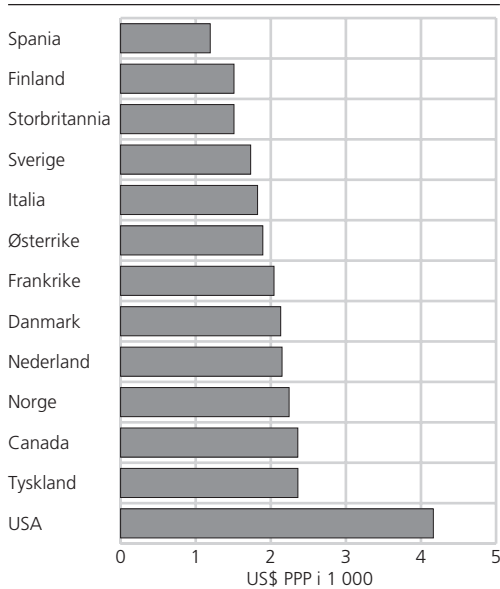
Det vil alltid dukke opp problemer når man sammenligner statistikk fra et land til et annet, enten det er helseutgifter eller andre størrelser som studeres. Det betyr ikke at sammenligningene er verdiløse, men man må ta hensyn til at noe av forskjellene som observeres kan skyldes ulike definisjoner og avgrensninger. Når det gjelder helseutgifter, er en vanskelig grensedragnings skillet mellom helse og sosial omsorg. Vi vet at dette er et område som behandles forskjellig i ulike land.

For å sikre best mulig sammenlignbarhet, arbeider internasjonale organisasjoner som OECD, FN og EUROSTAT med å etablere klassifikasjoner, standarder og definisjoner. OECD har blant annet utviklet et system for helseregnskap ("A System of Health Accounts"). Regnskapssystemet er utviklet for å møte politiske behov for data så vel som behov forskere på området står overfor. Det felles rammeverket som systemet er bygd rundt, vil sikre best mulig sammenlignbarhet av data mellom land og over tid. Systemet er også utviklet slik at det gir sammenlignbare tall uavhengig av hvordan organisering av helsetjenestene er i landene.

Flere land har testet ut, eller er i ferd med å teste ut, systemet, og OECDs helsedatabase vil etter hvert inneholde tall for helseutgifter som er basert på det nye systemet. Per i dag er det ingen land som fullt ut kan rapportere de data som OECD vil etterspørre, og i en overgangsperiode vil OECDs helsedatabase sannsynligvis inneholde tall der noen land har lagt om til det nye rammeverket, mens andre ikke har gjort det. Statistisk sentralbyrå vil ta i bruk det nye helseregnskapssystemet basert på OECDs retningslinjer i løpet av 2002.

<sup>2</sup> PPP = Purchasing Power Parity.

**Figur 5. Helseutgifter per capita (US\$ PPP<sup>1</sup>). Utvalgte land. 1998**



<sup>1</sup> Purchasing power parity.

Kilde: OECD Health Data 2001.

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, enten det er regnet som andel av bruttonasjonalproduktet eller som utgifter per innbygger, rangeres som nummer 37.

## Referanser

Botten, Grethe, Terje P Hagen og Hans Th. Waaler (2000): *Sprekere eldre, rimelige eldreomsorg?* Skriftserie 2000:6. Universitetet i Oslo.

Brathaug, Ann Lisbet, Helge Brunborg, Elin Skretting Lunde, Elisabeth Nørgaard og Åsne Vigran (2001): *Utviklingen i aldersrelaterte helse-, pleie- og omsorgsutgifter*, Rapporter 2001/4, Statistisk sentralbyrå.

Nørgaard, Elisabeth (2001): *Finansiering av helse- og sosialutgifter i Norge 1990-1998*, Rapporter 2001/18, Statistisk sentralbyrå.

OECD (2000): *A system of Health Account* (ISBN 92-64-17655-1).

OECD (2001): *Health at a Glance* (ISBN 92-64-18713-8).

Sosial- og helsedepartementet (1999): *Om folkehelsen 1999*, Redegjørelse.

St.meld. nr. 50 (1996-97): *Handlingsplan for eldreomsorgen*, Sosial- og helsedepartementet.

Statistisk sentralbyrå (19xx): *Nasjonalregnskap 1990-1999*, NOS.

St.meld. nr. 50 (1996-97): *Handlingsplan for eldreomsorgen*, Sosial- og helsedepartementet.

WHO (2000): *Who Assesses the World's health systems*, Press release 21. June 2000.





Elisabeth Nørgaard

## Høy vekst i utgifter til helseinstitusjoner

*Om lag halvparten av de offentlige utgiftene til helseformål går til spesialisthelsetjenestene. Dette betyr at i 2000 ble det brukt over 42 milliarder kroner til løpende drift av somatiske og psykiatriske institusjoner. Mellom 70 og 80 prosent av driftsutgiftene går til å dekke lønnskostnader, slik at sterk vekst i totale utgifter også reflekterer en sterk vekst i lønnsutgiftene. De fylkesvise variasjonene i utgifter per innbygger er til dels store, og noen forklaringer på disse variasjonene blir diskutert uten at det er mulig å trekke endelige konklusjoner om årsakene til forskjellene.*

### **Sterkere utgiftsvekst mot slutten av 1990-tallet**

Opplysninger om brutto driftsutgifter ved somatiske og psykiatriske institusjoner er basert på regnskap rapportert fra den enkelte institusjon til Statistisk sentralbyrå. Alle institusjoner, både statlige, fylkeskommunale og private, rapporterer tall. Totale brutto driftsutgifter for disse institusjonene vil ikke være lik totale brutto driftsutgifter for spesialisthelsetjenesten etter fylkeskommunens regnskap. Det er flere årsaker til dette; bl.a. inkluderer fylkesregnskapene en del utgifter som faller utenfor institusjonene (for eksempel ambulansetjenesten). Samtidig vil institusjonsregnskapene fange opp private institusjoner som ikke er med i de offentlige regnskapene.

Tabell 1 illustrerer utviklingen i brutto driftsutgifter fordelt på institusjonstype i perioden 1990-2000. I løpende priser steg utgiftene fra 22,4 milliarder kroner i

1990 til 42,5 milliarder kroner i 2000. Dette tilsvarer en gjennomsnittlig årlig endring på nesten 7 prosent. Veksten har vært sterkere mot slutten av 1990-tallet enn i begynnelsen. I perioden 1990-1995 vokste utgiftene i løpende priser i gjennomsnitt med rundt 4,5 prosent i året, mens det i perioden 1995-2000 var en gjennomsnittlig årlig vekst på nesten 9 prosent. Utgifter til somatiske institusjoner<sup>1</sup> som utgjør nesten 80 prosent av de totale utgiftene til helseinstitusjoner har hatt en noe kraftigere vekst enn utgiftene til psykiatriske institusjoner. I faste priser økte kostnadene med 3,5 prosent i året i gjennomsnitt. I perioden 1990-1995 var volumveksten om lag 2,5 prosent i året, mens i de siste fem årene var veksten 4,6 prosent i året.

### **Økt sentralisering**

Utgiftene ved somatiske sykehus utgjorde vel 98 prosent av de totale kostnadene ved somatiske institusjoner ved slutten av

<sup>1</sup> Omfatter sykehus, sykestuer, fødestuer, spesialisertsykehjem, somatiske oppptreningsinstitusjoner mv.

**Tabell 1. Brutto driftsutgifter fordelt på institusjonstype. 1990-2000. Millioner kroner<sup>1</sup>**

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<b>Helseinstitusjoner i alt .....</b>	<b>22 370</b>	<b>27 720</b>	<b>30 440</b>	<b>33 290</b>	<b>36 790</b>	<b>39 960</b>	<b>42 540</b>
Somatiske institusjoner i alt .....	17 570	21 980	24 190	26 560	29 200	31 660	34 020
Somatiske sykehus .....	17 100	21 280	23 610	26 010	28 640	31 110	33 430
Somatiske spesialsykehjem .....	336	267	214	188	202	190	203
(Re)habilitering/opptrening .....	49	224	249	256	231	235	249
Sykestuer/fødestuer .....	82	91	77	64	75	71	79
Andre somatiske institusjoner .....	5	120	37	39	48	46	51
Psykiatriske institusjoner i alt .....	4 790	5 740	6 260	6 740	7 590	8 090	8 520
Voksenpsykiatri .....	4 310	5 080	5 540	5 910	6 650	7 070	7 410
Barne- og ungdomspsykiatri .....	482	660	719	832	939	1 010	1 110
Helseinstitusjoner i alt, 1990-kroner .....	22 370	23 989	25 407	26 820	28 250	29 430	30 090

<sup>1</sup> Tall over 1 milliard er avrundet til nærmeste 10 million.

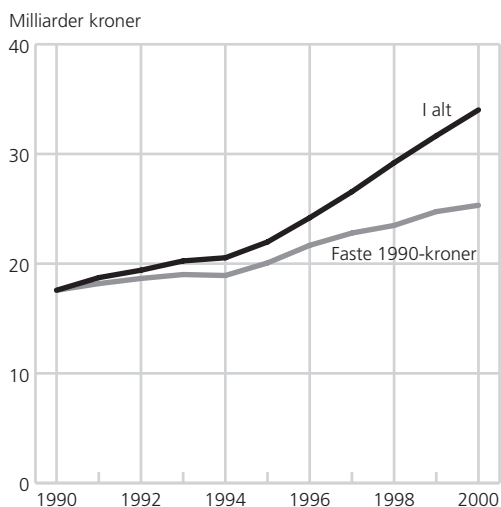
Kilde: Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

1990-tallet. Dette er 1 prosentpoeng mer enn ved begynnelsen av tiåret, og betyr at andre somatiske institusjoner, sykestuer m.m. har fått relativt mindre betydning.

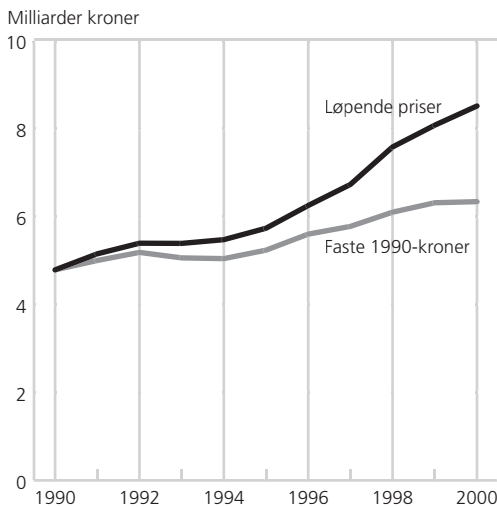
Før sykehusene ble overført til statlig eierskap var sykehusstrukturen bygget

opp slik at det innenfor hver helseregion fantes tre typer sykehus; lokal-, sentral- og regionsykehus:

- Lokalsykehus er mindre sykehus som skal dekke lokalsamfunnets behov for de vanlige tjenestene innenfor spesialitetene indremedisin og kirurgi (ofte

**Figur 1. Brutto driftsutgifter ved somatiske institusjoner. 1990-2000. Milliarder kroner**

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

**Figur 2. Brutto driftsutgifter i psykiatriske institusjoner. Løpende og faste priser. 1990-2000. Milliarder kroner**

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

inkludert fødselshjelp), med røntgen, laboratorie- og anestesiserice som støttefunksjoner.

- Sentralsykehus er større sykehus med over 200 sengeplasser. Her er flere spesialiteter samlet. Disse skal tilfredsstillende en fylkeskommunes samlede behov. Tradisjonelt har hvert fylke hatt ett sentralsykehus.
- Regionsykehus er organisert for å møte flere fylkers medisinske behov. I hver helseregion skal disse sykehusene ivareta høyspesialiserte funksjoner og tjenester. I tillegg har disse sykehusene lokal- og sentralsykehusfunksjoner.

En mindre andel av totale utgifter gikk til drift av lokalsykehusene i 2000 enn i 1990, og resultatet er dermed en større sentralisering av driften av sykehusene. Lokalsykehusene sto for 33 prosent av driftsutgiftene i 1990 mot 25 prosent i 2000. I 1990 hadde region- og sentralsykehusene en andel av driftsutgiftene hver på 30 prosent, i 2000 var andelen 34 prosent. Bakgrunnen for denne utviklingen er sammensatt og vil ikke bli nærmere analysert her, men mulige faktorer er endringer i organiseringen av sykehusene, endringer i sykdomsbildet, og endringer i produktivitet og effektivitet for de ulike sykehustypene.

### **Sterkere vekst i barne- og ungdomspsykiatri enn i voksenpsykiatri**

I 1990 utgjorde driftsutgifter ved barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner 10 prosent av driftsutgiftene ved psykiatriske institusjoner, dvs. nesten 500 millioner kroner. Denne andelen har økt noe i perioden 1990-2000 og utgjorde i 2000 13 prosent av totale driftsutgifter, vel 1,1 milliard kroner.

Utgiftene har altså steget noe sterkere innenfor barne- og ungdomspsykiatri enn for voksenpsykiatri. Utgiftene ved barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner økte i gjennomsnitt med rundt 8,5 prosent per år fra 1990-2000, mens utgiftene for de voksenpsykiatriske institusjonene økte med rundt 6 prosent i året. Målt i faste priser hadde utgiftene for barne- og ungdomspsykiatri en volumvekst på 5,5 prosent i snitt per år, mens utgiftene for voksenpsykiatri steg med 2,5 prosent i perioden 1990-2000.

### **Lønnsutgiftene dominerer**

Flere ulike faktorer kan ligge bak den kostnadsveksten som har skjedd på 1990-tallet. Forklaringen kan skyldes økte priser på viktige innsatsfaktorer, bruk av ny teknologi, flere og sykere pasienter, forhold ved ledelse og organisering, samt nye ressurskrevende oppgaver i tillegg til pasientbehandling (St.prp. 47, 1999-2000).

Regnskapstallene viser at lønnsutgiftene dominerer utgiftssiden for både de somatiske og de psykiatriske institusjonene. Mellom 70 og 80 prosent av driftsutgiftene har gått til å dekke lønnsutgiftene i helseinstitusjonene. Lønnsutgiftene påvirkes både av sentrale forhandlinger og av den lokale ordningen for arbeidstid. Konkurransen om nøkkelpersonell er en underliggende drivkraft for lønnsveksten. Vaktordninger og arbeidstidsmodeller påvirker også utviklingen i lønnsutgiftene (St.prp. 47, 1999-2000). I tillegg påvirker endringer i sammensetningen av årsverk lønnsveksten. Både innenfor somatikk og psykiatri har fagkompetansen økt i løpet av 1990-tallet. Andelen leger, psykologer og sykepleiere har økt, samtidig som andelen for hjelpepleiere og annet pleiepersonell uten høgskoleutdanning har blitt redusert. Se for øvrig artikkelen om personellutviklingen på 1990-tallet.

I gjennomsnitt vokste lønnsutgiftene i somatiske sykehus med 6 prosent i året. Veksten var sterkere i siste halvdel av 1990-tallet enn i begynnelsen. I perioden 1990-1995 vokste lønnsutgiftene med 3 prosent årlig, mens veksten i årene fra 1995 til 2000 var 8 prosent i året. Tabell 2 viser driftsutgiftene fordelt på utgiftsart.

Lønnsutgiftene innenfor voksenpsykiatri steg i gjennomsnitt med nesten 6 prosent per år fra 1990 til 2000, mens det var en sterkere vekst innenfor barne- og ungdomspsykiatrien hvor lønnsutgiftene steg med om lag 9 prosent i snitt per år.

### Fylkesvise variasjoner

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 (Ot.prp. 66, 2000-2001). Det blir ofte pekt på at denne målsettingen ikke blir

oppfylt. Det er for eksempel store forskjeller i ventetid for samme lidelse over fylkesgrensene, medisinsk praksis varierer innenfor enkelte områder, og det er variasjoner innenfor psykisk helsevern. Fylkesvise variasjoner kan ha flere årsaker. Det er naturlig å anta at en høy aktivitet vil føre til høyere kostnader. Aktiviteten innenfor et fylke kan igjen reflektere ulikheter innenfor sykелighet, kjønns- og alderssammensetning, sosiale faktorer og kapasiteten til sykehusene. Prisen på innsatsfaktorer og produktivitetsnivået kan også variere mellom fylkene. Siden lønn utgjør mellom 70 og 80 prosent av driftsutgiftene, kan forskjeller i lønnsnivå og bemanning føre til relativt store variasjoner mellom fylkene.

For å få fram de fylkesvise variasjonene er brutto driftsutgifter korrigeret for utgifter og inntekter i forbindelse med gjestepasienter. Utgiftene reflekterer dermed fylkenes utgifter til egne innbyggere.

Tabell 2. Driftsutgifter<sup>1</sup> fordelt på art. 1990, 1995-2000. Prosent

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<b>Brutto driftsutgifter ved somatiske institusjoner .....</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Lønn inklusive sosiale utgifter .....	71,3	70,6	70,8	71,4	71,5	72,0	71,7
Medisinsk utstyr .....	0,5	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,2
Annet utstyr og vedlikehold .....	3,9	2,4	2,2	2,0	2,0	1,6	1,6
Medisinske forbruksvarer og medikamenter .....	11,6	13,9	12,5	12,3	11,7	12,3	11,4
Andre driftsutgifter .....	12,2	10,4	10,9	10,8	11,5	11,1	11,7
Overføringer .....	0,5	2,1	3,2	3,1	3,1	2,7	3,4
<b>Brutto driftsutgifter ved psykiatriske institusjoner .....</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Lønn inklusive sosiale utgifter .....	81,3	79,2	78,9	79,4	78,0	79,0	80,7
Medisinsk utstyr .....	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Annet utstyr og vedlikehold .....	3,4	3,1	2,6	2,5	2,2	1,9	2,2
Medisinske forbruksvarer og medikamenter .....	1,1	1,0	1,0	1,1	1,1	1,2	1,2
Andre driftsutgifter .....	13,3	11,7	11	10,7	10,0	10,0	11,0
Overføringer .....	0,9	4,9	6,4	6,2	8,7	7,8	4,8

<sup>1</sup> Fra 1994 er utgifter og inntekter til personalboliger og barnehager tatt ut av brutto driftsutgifter og brutto driftsinntekter, og fellesutgifter for sykehus med både somatiske og psykiatriske avdelinger er ført på riktig formål.

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

Tallene er indeksert i forhold til landsgjennomsnittet som er satt lik 100.

### Somatiske institusjoner

I 1990 var fylkenes utgifter til egne innbyggere nesten 4 000 kroner per innbygger. Dette hadde økt til 6 900 kroner i 2000. Tabell 3 viser korrigerte brutto driftsutgifter ved somatiske institusjoner.

Regionsykehusene sammen med Rikshospitalet og Radiumhospitalet, behandler ofte pasienter som er mer ressurskrevende enn pasienter som blir behandlet på andre sykehus. Disse sykehusene driver også en utstrakt forskningsvirksomhet. Tabell 3 illustrerer at i fylker som har regionsykehus er kostnadene per innbygger høyere enn i fylker uten slike sykehus. Bortsett fra i 1990, er det Troms som i hele perioden har hatt den høyeste

utgiften per innbygger. I 1990 brukte Troms 5 000 kroner per innbygger, dette er 30 prosent mer enn gjennomsnittet. I 2000 hadde utgiftene til Troms steget til 11 000 kroner per innbygger, noe som er 60 prosent mer enn landsgjennomsnittet. Akershus har hatt lavest utgift per innbygger i perioden 1990-2000. I 1990 brukte Akershus vel 3 000 kroner per innbygger, dette er om lag 20 prosent lavere enn landsgjennomsnittet. I 2000 var Akershus sine utgifter til egne innbyggere steget til 5 000 kroner per innbygger. Til tross for denne økningen var likevel utgiftene 25 prosent lavere enn gjennomsnittet for landet.

Sterkest vekst i utgiftene har det vært i Troms og Hordaland med hhv. en vekst på 8 og 7 prosent i gjennomsnitt per år i perioden 1990-2000. Buskerud er det fylket som har lavest vekst i utgiftene per innbygger med en gjennomsnittlig årlig vekst på 4 prosent.

**Tabell 3. Brutto driftsutgifter ved somatiske institusjoner, korrigert for gjestepasientutgift/-inntekt, utgifter per innbygger. 1990, 1995 og 2000. Hele landet = 100**

	1990	1995	2000
<b>Hele landet, løpende priser</b>	<b>3 956</b>	<b>4 752</b>	<b>6 915</b>
Østfold .....	98	105	98
Akershus .....	78	74	75
Oslo .....	136	125	124
Hedmark .....	96	98	97
Oppland .....	91	94	94
Buskerud .....	98	87	85
Vestfold .....	86	86	86
Telemark .....	90	98	92
Aust-Agder .....	87	90	84
Vest-Agder .....	94	92	86
Rogaland .....	80	86	85
Hordaland .....	95	102	109
Sogn og Fjordane .....	110	106	103
Møre og Romsdal .....	101	99	99
Sør-Trøndelag .....	116	112	124
Nord-Trøndelag .....	97	94	91
Nordland .....	103	108	101
Troms .....	130	146	160
Finnmark .....	114	108	112

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

Som tidligere nevnt, er det naturlig å anta at kostnadene vil variere med bruken av sykehus og hvor ressurskrevende pasientene er. I tabell 4 er antall liggedager, antall utskrivninger og antall polikliniske konsultasjoner valgt som indikatorer for aktivitet. Liggedager og antall utskrivninger er korrigert for gjestepasienter, mens polikliniske konsultasjoner viser fylket hvor konsultasjonene har foregått. Det antas at polikliniske konsultasjoner i hovedsak blir gitt til fylkets egne innbyggere. Tallene er ikke korrigert for forskjeller i kjønns- og alderssammensetning, eller vektet for hvor ressurskrevende pasientene er.

Fylkene med regionsykehus kjennetegnes generelt med noen flere liggedager enn gjennomsnittet for landet, og de har færre utskrivninger enn gjennomsnittet.

Dette samsvarer med at disse sykehusene har mer ressurskrevende pasienter. Unntaket er Troms som har nærmere 4 prosent færre liggedager enn landsgjennomsnittet. Troms har imidlertid en høyere andel polikliniske konsultasjoner enn gjennomsnittet. I 1990 hadde Troms 30 prosent flere polikliniske konsultasjoner enn gjennomsnittet og i 2000 50 prosent flere slike konsultasjoner. Også Oslo og Sør-Trøndelag har et høyt antall polikliniske konsultasjoner sammenlignet med andre.

Det er vanskeligere å forklare de høye kostnadene per innbygger i Finnmark. Antall liggedager i Finnmark er omtrent som landsgjennomsnittet, fylket har flere utskrivinger enn landsgjennomsnittet og også færre polikliniske konsultasjoner enn de andre fylkene. Telemark er et

annet fylket hvor det er vanskelig å forklare kostnadstallene på bakgrunn av aktivitetstall. Telemark har relativt lave utgifter per innbygger, men er det fylket med flest liggedager per 1 000 innbyggere, samtidig som antall utskrivinger er høye.

Fylkesvise variasjoner kan også forklares med variasjoner i tilgjengelighet til sykehustjenester. I SAMDATA-rapporten 1/00 (SINTEF Unimed NIS Samdata 2000) blir det påpekt at det er stor variasjon mellom fylkene når det gjelder ventetid før første elektive sykehuskontakt for innlagte pasienter, andel pasienter som mottar ventetidsgaranti, betydningen av geografisk avstand til nærmeste sykehus og antall årsverk for annet pleiepersonell enn leger og sykepleiere. De enkelte fylkene kommer ulikt ut i forhold til disse

**Tabell 4. Antall liggedager, utskrivinger og polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere. 1990 og 2000**

	Liggedager		Utskrivinger		Polikliniske konsultasjoner	
	1990	2000	1990	2000	1990	2000
<b>Hele landet.....</b>	<b>1 061</b>	<b>923</b>	<b>144</b>	<b>154</b>	<b>599</b>	<b>796</b>
Østfold .....	1 046	939	141	162	698	623
Akershus .....	846	762	128	136	290	483
Oslo .....	1 368	983	139	135	747	1 071
Hedmark .....	1 142	922	161	164	595	799
Oppland .....	1 096	958	148	172	359	586
Buskerud .....	1 036	861	149	152	446	666
Vestfold .....	1 003	896	141	144	510	631
Telemark .....	963	1 026	141	182	504	715
Aust-Agder .....	1 003	943	146	163	504	703
Vest-Agder .....	1 123	913	143	164	474	609
Rogaland .....	936	900	129	141	573	615
Hordaland .....	1 083	921	148	150	496	708
Sogn og Fjordane .....	1 087	992	167	187	669	772
Møre og Romsdal .....	1 018	963	145	165	680	787
Sør-Trøndelag .....	1 045	1 014	136	148	971	1 040
Nord-Trøndelag .....	1 036	865	151	158	661	1 095
Nordland .....	1 150	993	175	178	502	663
Troms .....	917	890	144	150	784	1 192
Finnmark .....	1 152	925	167	180	326	565

Kilde: Pasientstatistikk, spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

indikatorerne, og det er derfor vanskelig å trekke entydige konklusjoner. SAMDATA-rapporten påviser også fylkesvise forskjeller i medisinsk praksis og i effektivitet. Også her er det vanskelig å trekke endelige konklusjoner.

### Psykiatriske institusjoner

Gjennom hele 1990-tallet er det Oslo som har de høyeste utgiftene per innbygger med 2 000 kroner i 1990 og over 3 000 kroner i 2000. Det er vanskelig å forklare hvorfor Oslo har så høye utgifter per innbygger, men dette kan skyldes at Oslo har best tilbud, størst behov eller en kombinasjon av dette. For eksempel så har Oslo flere døgnplasser og flere polikliniske konsultasjoner i forhold til befolkningsgrunnlaget enn de andre

**Tabell 5. Brutto driftsutgifter ved psykiatriske institusjoner, korrigert for gjestepasientutgift/-inntekt, utgifter per innbygger. 1990, 1995 og 2000. Hele landet = 100**

	1990	1995	2000
<b>Hele landet, kroner per innbygger ....</b>	<b>1 049</b>	<b>1 270</b>	<b>1 889</b>
Østfold .....	78	79	79
Akershus .....	76	80	87
Oslo .....	197	171	177
Hedmark .....	100	89	95
Oppland .....	98	103	94
Buskerud .....	86	88	90
Vestfold .....	77	83	85
Telemark .....	88	85	88
Aust-Agder .....	94	80	87
Vest-Agder .....	92	86	82
Rogaland .....	77	93	88
Hordaland .....	94	98	100
Sogn og Fjordane .	92	95	85
Møre og Romsdal .	96	99	94
Sør-Trøndelag .....	90	84	81
Nord-Trøndelag ....	62	95	89
Nordland .....	84	93	90
Troms .....	112	111	111
Finnmark .....	143	141	110

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

fylkene. Finnmark har også relativt sett høye utgifter per innbygger, 1 500 kroner i 1990 og 2 000 kroner i 2000.

I 1990 hadde Nord-Trøndelag lavest utgifter med 650 kroner per innbygger, dette er nesten 40 prosent lavere enn landsgjennomsnittet. I 2000 hadde Østfold, Sør-Trøndelag og Vest-Agder utgifter på rundt 1 500 kroner per innbygger, rundt 20 prosent lavere enn snittet for landet.

Nord-Trøndelag som hadde lavest utgift per innbygger i 1990, er det fylket som har hatt sterkest vekst i utgiftene med en gjennomsnittlig årlig vekst på 10 prosent. Fylket har dermed nærmet seg landsgjennomsnittet. Gjennomsnittet for alle fylkene er 6 prosent årlig vekst. Lavest vekst har det vært i Finnmark hvor utgiftene vokste med 3 prosent i snitt fra 1990-2000. Deretter følger Vest-Agder og Oslo med en årlig vekst på 5 prosent.

### Referanser

Ot.prp. nr. 66 (2000-2001): Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven).

SINTEF Unimed NIS Samdata (2000): Sykehussektoren på 1990-tallet. Sterk vekst - stabile fylkesvise forskjeller, SAMDATA sykehus 1/00.

St.prp. nr. 47 (1999-2000): Om sykehusøkonomi og budsjett 2000.





Jon Erik Finnvold

## Bestemmer behovene bruken av legespesialistene?

*Behovene, målt som egenvurdert helsetilstand, er den faktoren som i hovedsak styrer befolkningens bruk av helsetjenester. De som har svakest helse, har den klart høyeste frekvensen av legekonsultasjoner. Helsetilstand er også den egenskap som i størst grad bestemmer hvor spesialiserte helsetilbud som blir brukt.*

*Akademikere har færre kontakter med legetjenestene enn befolkningen for øvrig, og vurderer sin egen helsetilstand som relativt god. Likevel utgjør privatpraktiserende spesialister en større andel av konsultasjonene for akademikere enn tilfellet er for den øvrige befolkningen. To grunner til dette er den høye konsentrasjonen av private helsetilbud i den sentrale østlandsregionen, og at akademikere i mindre grad enn andre ønsker å bruke en fast allmennlege.*

### Det medisinske behandlingshierarkiet

Befolkningens helseproblemer krever hjelp på svært ulike nivåer av kompetanse og ekspertise. Tiltak i allmennpraksis utgjør det laveste nivået i det vi kan kalle et *medisinsk behandlingshierarki*. På neste nivå har vi privatpraktiserende spesialister. Videre finnes det poliklinikker, avdelinger med fylkesfunksjoner og avdelinger med regionfunksjoner innenfor sykehussektoren. Den mest spesialiserte funksjonen ivaretas av sentre med landsfunksjon, som utgjør toppen av behandlingshierarkiet. Dette hierarkiet kan se forskjellig ut for ulike sykdomsgrupper. For noen sykdomsgrupper vil regionsykehuset representere det øverste trinnet i behandlingshierarkiet. Andre diagnoser vil ha egne sentre eller institusjoner som tar imot pasienter fra hele landet. Enkelte regionsykehus vil også ha landsfunksjo-

ner, slik som transplantasjonsvirksomhet ved Rikshospitalet, eller avansert brannskadebehandling ved Haukeland sykehus. Eksempler på diagnosegrupper med egne landsdekkende institusjoner er epileptikere og astmatikere.

### **Det medisinske behandlingshierarkiet:**

Kommunehelsetjenesten/1.linjetjenesten:

1. Allmennpraksis

Fylkeshelsetjenesten/2.linjetjenesten:

2. Privatpraktiserende spesialister
3. Fylkessykehus
4. Regionsykehus
5. Senter med landsfunksjon

Et viktig prinsipp i norsk helsevesen er det såkalte NEO-prinsippet (Nærmeste effektive omsorgsnivå), som sier at "*Hver pasient/familie må gjøre bruk av den kompetanse og ekspertise som tilstanden krever, ikke mindre og ikke mer*"

(Helsedirektoratet 1991). Pasienter med enkle eller lett diagnostiserbare sykdommer beholdes hos allmennlegen, mens vanskeligere kasus filtreres videre til forskjellige spesialistnivå med økende grad av servicetilbud. Sykdommens alvorlighetsgrad bestemmer altså hvor spesialisert behandlingen skal være. Dette prinsippet er viktig for å oppnå en rasjonell bruk av ressursene. Pasienter som kunne vært behandlet av allmennlegetjenesten på en god måte, bør ikke oppta kapasiteten til mer spesialiserte helsetilbud. Dette vil i så fall legge begrensninger på spesialisthelsetjenestens muligheter til å bruke sin kompetanse på de pasientgrupper den har best forutsetninger for å hjelpe. Også ut fra en rettferdighetstankegang er det viktig at den begrensede ressursen som spesialiserte behandlingstilbud representerer, er like tilgjengelig for alle, uansett bosted eller sosial bakgrunn.

Spørsmålet som blir belyst i dette kapitlet, er hva som bestemmer pasienters bruk av ulike nivåer i det medisinske behandlingshierarkiet. Gjennom levekårsundersøkelsene har vi kartlagt et representativt utvalg av befolkningen, og sett på bruksfrekvensen for hhv. allmennlegetjenester, privatpraktiserende spesialister utenfor sykehus og polikliniske konsultasjoner ved sykehus. Er det slik at det er sykkelighet som bestemmer hvor ofte de ulike delene av hierarkiet benyttes? I hvilken grad bruker befolkningsgrupper med en velfungerende helse i hovedsak primærhelsetjenesten? Og er det de som har dårligst helse, som i hovedsak bruker spesialisthelsetjenesten? Helsetilstand er det kriterium som ut fra en normativ og profesjonsetisk betraktning er det som skal bestemme bruken av spesialiserte helsetilbud.

En rasjonell ressursutnyttelse, i betydningen at de som har størst behov, også er de som får tilgang, kan forstyrres av ulike faktorer som avstand og skjevheter i geografiske fordelingsmønstre. I tillegg til helsetilstand, analyseres også bosted og sosial bakgrunn som forklaringer på variasjoner i bruken av de ulike legetilbudene. I framstillingen legges det særlig vekt på hvem som bruker privatpraktiserende spesialister.

### **Levekårsundersøkelsen som datakilde**

I materialet som legges fram under, er bruken av legetjenestene tematisert gjennom å gå direkte til de som bruker legetjenestene, og stille spørsmål om blant annet helsetilstand og bruken av ulike legetilbud. Disse og andre spørsmål vil bli belyst med utgangspunkt i en undersøkelse blant et utvalg på 5 000 personer som ble intervjuet ved årsskiftet 1999/2000 (se boks).

### **Hvem er ofte hos legen?**

I gjennomsnitt har en person over 16 år 3,8 kontakter med legen i året for egen sykdom. I tabell 1 ser vi at tallet på kontakter naturlig nok øker med alder, og ikke minst med egenvurdert sykkelighet. Mens personer som vurderer sin egen helse som svært god eller god har 2 til 3 kontakter i året, har personer som vurderer sin egen helse som dårlig eller svært dårlig 11 til 16 kontakter i året i gjennomsnitt. Det er altså behovene, målt som egenvurdert helse, som bestemmer frekvensen av legebesøk. Tabellen viser at svarpersoner med grunnskoleutdanning hadde 4,6 kontakter i året i gjennomsnitt. For personer med akademisk utdanning (universitet og høgskoleutdanning over 18 år) var denne frekvensen nesten halvert, til 2,4 kontakter i gjennomsnitt per år. En nærmere analyse viste imidlertid at

### Informasjon om legetjenestene i Panel 2000

Informasjonsgrunnlaget om befolkningens samlede bruk av legetjenester i Statistisk sentralbyrås utvalgsundersøkelser er relativt begrenset. I panel 2000 har vi forsøkt å samle inn informasjon om et representativt utvalg av befolkningens bruksfrekvens og kontinuitet med ulike legetilbud. Hovedformålene med dette er et ønske om å følge med på utviklingen over tid når det gjelder ulike aspekter ved bruken av legetjenestene. Det er to hovedgrunner til dette. For det første hevdes det at befolkningens bruk av legetjenester har vært økende. Man har konstatert en vekst i folketrygdens utbetalinger til refusjoner, men dokumentasjon på individnivå har vært begrenset. For det andre er det planlagt en ordning som innebærer at hele befolkningen i utgangspunktet skal ha sin egen faste lege. Dette er en betydelig helsepolitisk reform, og det vil være av stor interesse å forsøke å spore

endringer i befolkningens relasjon til legen i tiden før, under og etter reformen.

Panelet besto i utgangspunktet av et brutto-utvalg på 4 475 personer. Det var til sammen 734 personer som intervjuerne av ulike grunner ikke fikk stilt noen spørsmål. Mange av disse ønsket rett og slett ikke å delta. Andre var midlertidig fraværende på grunn av ferie, skolegang eller arbeid. Vi forutsetter at de som deltok i undersøkelsen er representative for befolkningen for øvrig. Av spesiell interesse er frafall på grunn av helsemessige årsaker. Undersøkelsen ga opplysninger om frafallsårsak, og viste at 31 personer ikke deltok på grunn av langvarig sykdom eller svekkelse. Det er dermed ikke grunn til å tro at vi har med et utvalg å gjøre som skiller seg vesentlig fra befolkningen for øvrig når det gjelder helse og behov for helsetjenester. For nærmere dokumentasjon av utvalget, se Sundvoll 1999.

### Spørsmål om legetjenester i Panel 2000:

1. Omtrent hvor mange kontakter hadde du på grunn av egen sykdom med legevaktslege siste 12 måneder? (ALLE LEGEKONTAKTER, BÅDE TELEFON- OG BESØKSKONTAKTER REGNES MED)  
ANTALL KONTAKTER MED LEGEVAKTSLEGE

2. Omtrent hvor mange ganger har du i løpet av de siste 12 måneder vært i kontakt med allmennpraktiserende lege på grunn av egen sykdom. Regn med allmennpraktiserende lege på legesenter, studenthelsetjeneste, bedriftslege, skolelege o.l. (ALLE LEGEKONTAKTER, BÅDE TELEFON- OG BESØKSKONTAKTER REGNES MED)  
ANTALL KONTAKTER MED ALLMENNLEGE O.L.

3. Har du på grunn av egen sykdom vært hos legespesialist utenfor sykehus i løpet av de siste 12 måneder?

1. JA
2. NEI

4. Hvor mange ganger i løpet av de siste 12 måneder har du vært hos legespesialist utenfor sykehus?

5. Har du på grunn av egen sykdom vært hos legespesialist på sykehus for poliklinisk konsultasjon i løpet av de siste 12 måneder? Regn ikke med innleggelse.

1. JA
2. NEI

6. Hvor mange ganger i løpet av de siste 12 måneder har du vært hos legespesialist på sykehus for poliklinisk konsultasjon?

ANTALL

Oversikten over det totale antallet kontakter tar utgangspunkt i summen av spørsmålene 1, 2, 4 og 6. Under er den enkelte type av legekontakt analysert enkeltvis, med en analysemodell som inkluderer alder, egenvurdert helse, sentralitet, fylkestilknytning og utdanningslengde. Først er det undersøkt hva som kjennetegner ikke-brukerne av de ulike legetypene (Oppgav 0 på spørsmål 1 eller 2, eller "Nei" på spørsmål 3 og 5).

**Tabell 1. Gjennomsnittlig antall kontakter med lege siste 12 måneder for egen sykdom, etter alder, egenvurdert helse, utdanningslengde, fylke og sentralitet. Prosent**

<b>Alle</b> .....	<b>3,8</b>	<b>(3 729)</b>
<b>Alder</b>		
16-24 år .....	3,3	(501)
25-44 år .....	3,7	(1 517)
45-66 år .....	4,0	(1 244)
67-79 år .....	4,8	(408)
80- år .....	6,3	(59)
<b>Egenvurdert helse</b>		
Svært god .....	2,0	(1 042)
God .....	3,4	(1 871)
Verken god eller dårlig .....	5,9	(578)
Dårlig .....	11,0	(202)
Svært dårlig .....	16,3	(36)
<b>Utdanningslengde</b>		
Ungdomsskole el. lavere .....	4,6	(642)
Videregående utdanning .....	3,9	(2 143)
Universitet/høgskole 14-17 år ...	3,3	(732)
Universitet/høgskole over 18 år ...	2,4	(195)
Uoppjutt utdanning (N=64) .....	.	.
<b>Fylke</b>		
Bosatte i Oslo/Akershus .....	3,8	(829)
Bosatte i øvrige fylker .....	3,8	(2 912)
<b>Sentralitet<sup>1</sup></b>		
Minst sentrale kommuner (0) ...	4,0	(446)
Mindre sentrale kommuner (1) .	3,4	(332)
Sentrale kommuner (2) .....	3,7	(819)
Mest sentrale kommuner (3) ....	3,9	(2 103)

<sup>1</sup> Sentralitetsinndelingen bygger på Statistisk sentralbyrås standard for kommuneklassifisering.

Kilde: Levekårspanelet, Statistisk sentralbyrå.

dette ikke var en statistisk sikker sammenheng, når det ble tatt hensyn til faktorer som alder og egenvurdert sykkelighet. Kun egenvurdert helse ble funnet å være statistisk signifikant.<sup>1</sup>

## En av tre uten legekontakt

I alt 33 prosent av de spurte oppga at de ikke hadde hatt noen kontakt med legetjenesten det siste året. I denne gruppen var det igjen en klar overrepresentasjon av personer som har en positiv opplevelse av sin egen helse. Det var også flere med lav alder i denne gruppen.<sup>2</sup>

Både for selve frekvensen av legekontakter – men også for fravær av legekontakt – var det behovene, målt som egenvurdert sykkelighet, som var utslagsgivende. Bosted eller utdanningslengde hadde ingen statistisk sikker innflytelse på sannsynligheten for å ha vært hos lege siste år, eller for å ha hatt mange legekontakter.

I tallet på legekontakter inngår kontakter med legevakt, allmennlege, privatpraktiserende spesialister og polikliniske kontakter på sykehus. Spørsmålet er om vi finner igjen det samme mønsteret dersom vi betrakter de ulike legetilbudene hver for seg? Typisk for ikke-brukere av legevakt var først og fremst at de vurderte sin egen helsetilstand som god eller meget god. Det samme gjaldt for samtlige av de øvrige legetilbudene. Egenvurdert helse er den egenskapen som klart skiller mellom de som har hatt kontakt med lege, og de som ikke har hatt det. I tillegg var det slik at lav alder økte sannsynligheten for å være blant ikke-brukerne. Så langt er resultatene som forventet. Analysen viste også at det var flere som hadde hatt kontakt med legevakt i de minst sentrale kommunene. Dette kan skyldes at små kommuner med få leger i større grad baserer seg på legevaksordninger for å få turnusen til å gå rundt.

<sup>1</sup> (P < 0,0001, lineær multivariat regresjonsanalyse).

<sup>2</sup> (multivariat logistisk regresjonsanalyse).

**Tabell 2. Andel som hadde hatt kontakt med privatpraktiserende spesialist for egen sykdom siste 12 måneder, etter alder, egenvurdert helse, utdanningslengde, fylke og sentralitet. Prosent**

<b>Alle</b> .....	<b>17</b>	<b>(3 701)</b>
<b>Alder</b>		
16-24 år .....	12	(439)
25-44 år .....	15	(1 489)
45-66 år .....	19	(1 280)
67-79 år .....	19	(409)
80- år .....	20	(84)
<b>Egenvurdert helse</b>		
Svært god .....	12	(1 044)
God .....	16	(1 873)
Verken god eller dårlig .....	20	(580)
Dårlig .....	33	(205)
Svært dårlig .....	39	(36)
<b>Utdanningslengde</b>		
Ungdomsskole el. lavere .....	14	(642)
Videregående utdanning .....	17	(2 143)
Universitet/høgskole 14-17 år ...	17	(732)
Universitet/høgskole over 18 år	23	(195)
Uoppgjitt utdanning (N=64) .....	.	.
<b>Fylke</b>		
Bosatte i Oslo/Akershus .....	21	(829)
Bosatte i øvrige fylker .....	16	(2 912)
<b>Sentralitet<sup>1</sup></b>		
Minst sentrale kommuner (0) ...	14	(446)
Mindre sentrale kommuner (1) ..	10	(332)
Sentrale kommuner (2) .....	17	(819)
Mest sentrale kommuner (3) ....	19	(2 103)

<sup>1</sup> Sentralitetsinndelingen bygger på Statistisk sentralbyrås standard for kommuneklassifisering.

Kilde: Levekårspanelet, Statistisk sentralbyrå.

## Hvem bruker privatpraktiserende spesialister?

I tabell 2 ser vi at det var 12 prosent av de som vurderte sin egen helsetilstand som meget god, som hadde hatt kontakt med privatpraktiserende spesialist siste år. Denne andelen var høyere jo dårligere svarpersonene vurderte sin egen helsetilstand. Blant de som vurderte sin egen helse som meget dårlig, var det 39 prosent som hadde hatt kontakt med privat-

praktiserende spesialist. Ikke-brukerne av spesialister skiller seg imidlertid fra ikke-brukerne av de øvrige legetilbudene: Blant disse finner vi en statistisk sikker overrepresentasjon av bosatte i Oslo og Akershus, av bosatte i sentrale strøk generelt, og av personer med høyere universitets- og høgskoleutdanning (tabell 2).

I tabell 3 er det beregnet hvor stor andel de ulike legekontaktene utgjør for de ulike grupper. For de som hadde utdanning på universitets-/høgskolenivå (over 18 års utdanning) utgjorde privatpraktiserende spesialister 17 prosent av kontaktene, mens tilsvarende andel var mellom 8 og 10 prosent for de andre utdanningskategoriene.

Oversikten synes å antyde et underforbruk av polikliniske legekonsultasjoner blant akademikere. Mens andelen polikliniske kontakter lå på mellom 10 og 14 prosent for de øvrige utdanningskategoriene, var 7 prosent av akademikernes kontakter polikliniske konsultasjoner. En multivariat analyse viste imidlertid at dette ikke var noen statistisk sikker sammenheng, den lave andelen polikliniske kontakter i denne gruppen hadde sin bakgrunn i en mer positiv vurdering av egen helsetilstand.

Den samlede bruken av spesialisthelsetjenester synes også å ha en skjev geografisk fordeling. Bosatte i mindre sentrale strøk er mindre hos spesialist, og det er kontakten med privatpraktiserende spesialister som er særlig lav.

Hva er så bakgrunnen for de observerte skjevhetene når det gjelder bruken av spesialisthelsetjenesten? Viktige momenter i en drøfting av disse funnene er lokaliseringsmønsteret i helsetjenesten,

**Tabell 3. Legetilbudsprofiler. Antall kontakter med ulike typer leger, etter alder, kjønn, utdanningslengde, egenvurdert helse, fylke og sentralitet. Prosent**

	I alt	Legevakt	Allmenn- lege	Spesialist utenfor sykehus	Poliklinisk kontakt ved sykehus
<b>Hele utvalget .....</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>64</b>	<b>10</b>	<b>12</b>
<b>Preferanser for fast lege<sup>1</sup> .....</b>					
Ønsker å bruke en fast allmennlege	100	14	65	9	12
Ønsker å bruke flere leger .....	100	18	53	16	13
<b>Alder</b>					
16-24 år .....	100	20	58	13	9
25-44 år .....	100	17	62	10	11
45-66 år .....	100	12	65	10	13
67-79 år .....	100	13	68	8	12
80- år .....	100	13	63	12	12
<b>Kjønn</b>					
Mann .....	100	17	64	8	11
Kvinne .....	100	14	64	11	11
<b>Utdanningslengde</b>					
Ungdomsskole el. lavere .....	100	15	66	8	11
Videregående utdanning .....	100	15	63	10	14
Universitet/høgskole 14-17 år .....	100	13	64	10	14
Universitet/høgskole over 18 år .....	100	18	58	17	7
Uoppgitt utdanning (N=64) .....	.	.	.	.	.
<b>Egenvurdert helse</b>					
Svært god .....	100	20	58	11	11
God .....	100	15	64	10	11
Verken god eller dårlig .....	100	12	67	9	13
Dårlig/svært dårlig .....	100	12	65	10	12
<b>Fylke</b>					
Bosatte i Oslo/Akershus .....	100	13	61	14	11
Bosatte i øvrige fylker .....	100	15	64	9	11
<b>Sentralitet<sup>1</sup></b>					
Minst sentrale kommuner (0) .....	100	22	61	7	10
Mindre sentrale kommuner (1) .....	100	16	67	5	12
Sentrale kommuner (2) .....	100	12	64	9	14
Mest sentrale kommuner (3) .....	100	14	63	12	11

<sup>1</sup> Sentralitetsinndelingen bygger på Statistisk sentralbyrås standard for kommunklassifisering.

Kilde: Levekårspanelet, Statistisk sentralbyrå.

og variasjoner i ulike sosiale gruppers måte å forholde seg til sykdom og helse-tjeneste på. Under knyttes noen kommentarer til disse momentene. Det må likevel bemerkes at disse avvikene er små, og at det tross alt er behovene som i hovedsak

styrer bruken av legetjenestene. Slik har det ikke alltid vært, hvorfor er det slik?

### **Behov som fordelingsmekanisme**

Hvorfor er det så få som betrakter markedet som et legitimt fordelingsprinsipp når

det gjelder helse? Michael Walzer (1983) tar som utgangspunkt at fordelingsprosesser i velferdsstaten skjer innenfor relativt klart avgrensede "sfærer". Eksempler på slike sfærer er arbeidsmarkedet, helsesektoren og utdanningssektoren. De fordelingsprinsipper som gjelder innenfor den enkelte sfære er relativt autonome, og i begrenset grad overførbare. Walzers analyse av helsesektoren gir en konkretisering:

Han begynner historisk, og konstaterer at helsetjenester i tidligere tider stort sett var et anliggende for det frie marked, der leger ytte sine tjenester mot betaling. Walzer konstaterer at førmoderne medisin var marginal, legenes muligheter til å avhjelpe sykdom var begrensede. Sykdom ble oppfattet som noe skjebnebestemt. Det eneste man kunne gjøre var å møte det som måtte komme av sykdom og helsemessige problemer med stoisk fatalisme. Historisk har fordelingen av helsetjenester hvilt i hendene på legeprofesjonen. Walzer karakteriserer legeprofesjonen som et laug, hvis historie har sine aner helt tilbake til Hippokrates i det femte århundre f.Kr. Dette lauset hadde to oppgaver eller funksjoner, nemlig å ekskludere ukonvensjonelle yrkesutøvere, og regulere antallet yrkesutøvere. Noe genuint fritt marked har neppe eksistert, og har heller aldri vært i medlemmenes interesse. Legene var i hovedsak knyttet til de mer velstående samfunnslag, ofte ansatt i adelige kretser. Walzer konstaterer likevel at medisinenes fordelingsmessige prinsipp, dens "*distributive logic*", synes å være at helsetilbudet skulle stå i forhold til pasientens sykdom, og ikke økonomiske evne eller samfunnsmessige status. Som følge av dette har legeprofesjonen ifølge Walzer alltid hatt en kollektivt dårlig samvittighet. Allerede i antikkens Hellas var det slik at legene tjente de

fattige i tillegg til betalende pasienter. Men etterspørselen etter legenes tjenester var likevel begrenset, rett og slett fordi det var liten tiltro til nytteverdien av medisinsk behandling. Derfor fant ikke legeprofesjonens dårlige samvittighet sitt motstykke i politiske krav om å erstatte legenes frie rolle med et offentlig ansvar. Walzer trekker en parallell til kirkens rolle når han skal beskrive hvordan helsetjenesten endrer karakter ved overgangen til moderne samfunn: I middelalderens Europa var sjelens frelse et offentlig anliggende, mens legemets tilstand derimot ble betraktet som et privat spørsmål. Evigheten var et sosialt anerkjent behov, og man måtte se til at alle hadde muligheter til å oppnå frelse og evig liv. Dermed institusjonaliseres behovet for frelse, med kirke i hvert sogn, og obligatoriske konfirmasjons- og dåpsritualer. I dag er situasjonen i de fleste europeiske land reversert. Man har mistet troen på sjelens frelse, og man har fått stadig større tiltro til den moderne medisinen.

For moderne mennesker er det lang levetid og fravær av kroppslige plager som er det grunnleggende behov. Anerkjennelsen av disse behovene medfører tiltak for å gjøre legetjenester tilgjengelig for alle, og innføring av helsekontroller, helseopplæring for unge, vaksinasjonsprogrammer og lignende. Over tid har det skjedd en gradvis overgang, en opptrapping av det offentliges ansvar for helse, og en langsom forvitring av interessen for religiøse tjenester. I takt med opptrappingen av det offentliges ansvar for helse, fulgte det også en begrensning av legenes laug. Et av de første områdene som ble gjenstand for offentlig engasjement, var forebyggende aktiviteter. Dette var ikke tilfeldig, hevder Walzer, fordi tiltakene krevde relativt lite inngripen i legenes laug. Etter hvert innebar

imidlertid omfanget av det offentlige ansvaret at et betydelig antall av legene måtte bli offentlige tilsatte, og at markedet for legenes tjenester måtte opphøre, eller i hvert fall begrenses. En økende erkjennelse av mulighetene til å kurere og forebygge sykdom hos allmennheten medfører et allment krav om at det offentlige påtar seg et betydelig ansvar: *People will not endure what they no longer believe they have to endure* (s. 88). Store samfunnsmessige utfordringer som epidemiske sykdommer, kroniske behandlingsskrevende helseproblemer som hjerte-/karsykdommer og kreft, kostbar medisinsk forskning, utdanning av helsepersonell og bygging av helseinstitusjoner befinner seg langt utenfor rekkevidden til den enkelte borger. Og i de fleste moderne samfunn har vi sett et betydelig engasjement på det helsepolitiske området, modifisert av ulike demokratiske og politiske prosesser. Det offentlige ansvar blir en følge av at det har utviklet seg et behov som er så dypfølt at det ikke kan sies å uttrykke den eller den person alene, men samfunnet som helhet.

Men, hevder Walzer, i det øyeblikk et offentlig engasjement starter, må ressursene anvendes slik at alle får tilgang. Tilbudet må avstemmes med den enkeltes behov. Dette normative utgangspunktet er imidlertid i varierende grad realisert hevder Walzer, fordi det ikke er tatt noe initiativ til å utfordre legeprofesjonen og det markedsbaserte medisinske området. Walzer har spesielt det amerikanske helsevesenet i tankene. Og så lenge det finnes en markedsbasert sfære innenfor helsetjenesten, vil økonomisk evne, og ikke behov, være dominerende: *Individuals will be cared for in proportion to their ability to pay, and not to their need for care...* (s. 89).

Den amerikanske helsetjenesten fungerer, ifølge Walzer, slik at middel- og overklassen anvender relativt omfattende private legetjenester, mens situasjonen for de lavere sosiale skikt oftere er alvorlig sykdom og hospitalisering. Ut fra et normativt synspunkt kunne dette vært akseptert. Men så lenge det gjelder sosialt anerkjente behov – med betydelige kollektive ressurser involvert – bør man begrense eller blokkere helsegodenes frie utveksling. Et fullt utviklet medisinsk system forutsetter at legenes laug oppløses: *"Needed goods cannot be left to the whim, or distributed in the interest, of some powerful group of owners or practitioners... I see no reason to respect the doctor's marked freedom. Needed goods are not commodities* (s. 89-90). Walzer utelukker ikke markedsbaserte løsninger på fordeling av helsegoder. Man kan gjennom politiske prosesser velge et begrenset offentlig helsevesen, og overlate resten til markedet. Han fremholder imidlertid at dette ikke er situasjonen i dagens USA, der offentlige midler i stort omfang anvendes til finansiering av forskning, bygging av sykehus og tilskudd til privatpraktiserende leger. Når det er slik, må de tjenester som følger av denne innsatsen være tilgjengelige for alle på likeverdig basis. På tross av sin kritikk av det amerikanske helsevesenet, understreker han at det ikke er mulig å ha noen forutbestemt oppfatning om hvor omfattende helsetjenesten bør være. Våre holdninger til helsetjenester har en historie, og som eksempelet over viser, har holdningen endret seg relativt radikalt gjennom historien, og vil endre seg igjen.

### Lokaliseringsmønster og geografi

Dels kan det oppstå eller utvikle seg systematiske forskjeller mellom ulike administrative regioner når det gjelder helsetjenesters omfang og karakter. Slike



forskjeller kan igjen reflekteres i profilen på det tilbud befolkningen i disse områdene får og faktisk anvender. Eksempler på dette finnes både i England og USA (Mohan 1995a, McLafferty 1986). Disse studiene viser hvordan strukturen i helse-sektoren endrer seg i retning av en større etablering i geografiske områder der befolkningen har en kjøpekraft over gjennomsnittet. Den geografiske fordelingen av privatpraktiserende spesialister med avtale viser at denne ressursen har en skjev fordeling (Statistisk sentralbyrå 2001). Fylker som Sogn og Fjordane og Finnmark ligger lavest, med under 3 årsverk per 10 000 innbyggere. Oslo og Akershus ligger på topp, med hhv. 36 og 22 årsverk per 10 000 innbyggere. Igjen må det presiseres at det mangler en oversikt over leger uten avtale. Det er ikke urimelig å anta at en oversikt med disse inkludert, ville forsterke skjevhetene. Slike skjevheter *kan* avstedkomme ulikheter i bruken av spesialisthelsetjenestene, men ikke nødvendigvis. Sykehusene og de private kan utgjøre komplementære tilbud, dessuten er det mulig å henvise på tvers av fylkesgrenser.

Mange, og spesielt geografiske studier, har vært opptatt av avstand til behandlingstilbud som barriere mot bruken av helsetilbud (Meade og Earickson 2000, Pinch 1985, Joseph og Phillips 1984). Ideen er at geografisk avstand representerer en kostnad som ofte fører til mindre bruk av tjenester. Norges spesielle bosettingsmønster og kommunestruktur gjør denne faktoren særlig relevant.

Lokaliseringsmønsteret når det gjelder leger har alltid vært et helsepolitisk problem. Privatpraktiserende spesialister er leger med spesialistgodkjenning fra legeforeningen, som driver sin egen praksis utenfor sykehusene. Slike praksiser drives

privat, men kan likevel betraktes som en integrert del av det samlede offentlige tilbud av spesialisthelsetjenester. Dette fordi et flertall av disse legene har en avtale med fylkeskommunale helsemyndigheter om omfanget av praksisen. I tillegg mottar legene et driftstilskudd, samtidig som pasientene kun betaler en egenandel for konsultasjonen. Det resterende beløp dekkes over trygdebudsjettet. Vi kan følgelig si at privat spesialistpraksis i hovedsak er finansiert av det offentlige, og dels også integrert i et offentlig helsetilbud. Å integrere privat avtalepraksis og offentlig spesialisthelsetjeneste innebærer at sykehusene kan gjennomføre behandlinger på grunnlag av forundersøkelser gjort av spesialist utenfor sykehuset, og at sykehuset kan sende pasienter til kontroll hos den samme spesialisten.

Det finnes privatpraktiserende spesialister som driver sin praksis uten noen form for avtale med det offentlige. Konsultasjon av denne type praksiser vil innebære en større kostnad for pasienten, idet den ikke gir rett til refusjon fra trygden. Bruken av privatpraktiserende leger med avtale krever etter dagens regelverk henvisning fra annen lege, selv om noen unntak finnes. Velger man derimot å oppsøke en spesialist uten avtale, kan dette skje uten henvisning, men altså til en høyere pris.

Datagrunnlaget som er anvendt i denne analysen, gir ikke grunnlag for å skille mellom de to formene for spesialistpraksis. Vi vet også lite om omfanget av privat praksis som ikke er avtalebasert. Tallet på privatpraktiserende spesialister med avtale utgjorde i 2000 1 056 årsverk (Statistisk sentralbyrå 2002). Det er liten tvil om at det private legetilbudet er blitt mer synlig de siste årene. I 1990 utgjorde

annonsene til privatpraktiserende leger under 10 sider i Telenors gule sider for Oslo. I 2002-utgaven opptok annonsene til privatpraktiserende leger over 40 sider. Det synes følgelig å foregå en omsetning av private helsetilbud i et marked, og at dette er en delforklaring på de skjevheter som er påvist i profilen på bruken (tabell 3).

Selve begrepet "privat" i helsetjenestesammenheng påkaller assosiasjoner i retning av profitt, og at bare den som har penger, kan få hjelp. Markedet som fordelingsprinsipp er ikke allment akseptert når det gjelder helse. Man kan i alle fall si at det er tverrpolitisk enighet om at den alt vesentlige delen av helsegodene skal fordeles etter behov, og at markedet skal spille en underordnet rolle. I den grad privat helsetjeneste bør spille en rolle, er det, ifølge legeforeningens representant, kun i en "symbiotisk" relasjon til det offentlige. Den samlede legeressursen hevdes å bli best utnyttet dersom det også finnes et privat tilbud (Aarseth 2000).

### **Kan pasienten påvirke sin plassering i hierarkiet?**

På samme måte som hensynet til legeprofesjonens autonomi kan skape skjevheter i fordelingsmønsteret av privatpraktiserende spesialister, kan pasienters behov for autonomi og medinnflytelse lett komme i konflikt med idealet om den rasjonelle ressursutnyttelse.

Joan Busfield (1990) argumenterer for at det er vanskelig å trekke noe klart skille mellom brukere av private og offentlige helsetilbud. Det er, med utgangspunkt i britisk kontekst, minst tre grunner til dette: For det første er det få private ordninger som er spesielt rettet mot kronikere eller personer med behov for

særlig hyppige konsultasjoner. Videre finnes det en offentlig fastlegeordning som omfatter praktisk talt hele befolkningen. Og i et livsløpsperspektiv er det få private tilbud som inkluderer eldreomsorg. De fleste vil derfor ha en relasjon til et offentlig helsevesen, i alle fall om en betrakter livsløpet under ett. Men selv om det ikke er mulig å trekke et klart skille, er ikke det viktige om det finnes undergrupper med lett tilgang på private tilbud, og da særlig private spesialister. Hun stiller spørsmålsteget ved nytten av spesialiserte tilbud, og er usikker på om bruken av disse egentlig representerer en helsegevinst for pasientene. Et moment i denne sammenhengen er at det ofte dreier seg om de samme legene, som driver privat praksis på siden av faste stillinger innenfor et offentlig helsevesen.

Man kan lett få inntrykk av at det helse-tilbud som den enkelte ender med å bruke, er bestemt av en relativt mekanisk utvelgelsesprosess, der særlig allmennlegene spiller en viktig rolle når det gjelder henvisning til mer spesialiserte behandlingstilbud. Pasientene synes å være overlatt et begrenset rom for medbestemmelse og innflytelse. Riktignok har pasienten rett til å velge ved hvilket offentlig sykehus en eventuell behandling skal foretas. Pasientrettighetsloven presiserer likevel at pasienten ikke kan velge behandlingsnivå. Den enkelte kan også selv velge hvilken allmennlege som foretrekkes, men disse mulighetene er begrenset etter innføring av fastlegeordningen. Denne modellen er et resultat av det norske politiske systemets balanse mellom behovet for valg og medbestemmelse på den ene siden, og på den andre siden behovet for offentlig kontroll med en sektor som i hovedsak finansieres av offentlige midler. Det ligger altså i lovverket nedfelt visse muligheter for personlig

valgfrihet. Mye tyder på at en slik valgfrihet kan ha fått økende betydning. Ved innføring av fastlegeordningen i Norge, oppgir en av ti personer at de ikke ønsker en fast lege, men vil ha muligheten til å bruke flere leger (Finnvold og Paulsen 2002). I andre land ser man en endring av innretningen på offentlig sektor. Viktige deler av dette bildet er privatisering og delprivatisering av offentlig virksomhet, økt bruk av konkurranseutsetting, og organisatoriske løsninger der både private, offentlige og frivillige organisasjoner løser lokale velferdsoppgaver, såkalte "local mixed economies of care" (Charlesworth, Clarke & Cochrane 1995). Vi står med andre ord overfor en lokal velferdsstat med økende diversitet. Storskala, byråkratiske og hierarkiske måter å formidle velferdsgoder på er i ferd med å erstattes med noe nytt, som i større grad vektlegger autonomi til de som etterspør og formidler tjenester lokalt (Mohan 1995b). Denne utviklingen er imidlertid ikke entydig. Selv om den nye pasientrettighetsloven betoner fritt sykehusvalg, er den statlige overtakelsen av sykehusene et varsel om behov for større statlig styring. Og selv om helsemyndighetene ved innføringen av fastlegeordningen legger vekt på den enkeltes rett til selv å velge lege, er det klart at også denne reformen springer ut av et ønske om større offentlig kontroll.

Flere har argumentert for at konsumsfæren får en stadig viktigere rolle i moderne samfunn. Det ligger i dette perspektivet en oppfatning om at det finnes et skille mellom bruk av private og offentlige velferdstjenester, og at dette er et skille som kan bli mer viktig ettersom privatisering av helsetjenesten får et større omfang. Spørsmålet er om det eksisterer et slikt skille innenfor helsetjenesten. Og i så fall, hvilken betydning har et slikt

skille, representerer det "an important axis of social polarisation"? (Busfield 1990). Studien dokumenterer at det finnes grupper med mer bruk av private helsetilbud, men disse skillene følger dels en klassesdimensjon: Bruken av private helsetilbud er mer utbredt blant funksjonærer og høyere funksjonærer, og mindre blant ufaglærte arbeidere.

Spørsmålet om det finnes systematiske forskjeller mellom ulike pasientgrupper når det gjelder bruken av ulike helsetilbud er også reist av andre. En mulighet er at variasjoner i preferanser og vilje til å opptre som rasjonell forbruker av helsetjenester, fører til at noen befolkningsgrupper som i større grad enn andre, utvikler en rasjonalitet i forhold til det å vurdere nytten av ulike tilbud (Calnan, Cant og Gabe 1993). For i større grad å kunne velge mellom ulike tilbud, trengs det også kunnskap om hvilke alternativer som er tilgjengelige. Denne kunnskapen kan variere systematisk mellom ulike befolkningsgrupper, og være betinget av forhold som sosiale nettverk, utdanningsbakgrunn og lignende.

Det ikke tilfeldig at den begrensede empirien som finnes på dette er hentet fra Storbritannia som har hatt en sterkt politisert diskusjon rundt reformer i velferdsstaten. *Does the UK have a private welfare class?* spør Burchardt og Propper (1999), og svarer bekreftende. Det finnes en distinkt gruppe brukere av private velferdstilbud med høyere inntekt og utdanning.

Erfaringene fra britisk helsetjeneste synes å ha en viss relevans for de mønstre som er observert med utgangspunkt i levekårsundersøkelsene. Men frekvensen av bruken av et tilbud sier ikke noe om hvorvidt bruken av helsetilbudene faktisk

resulterer i velferdsvirkninger for dem det gjelder. Akademikeres noe hyppigere bruk av privatpraktiserende spesialister innebærer ikke nødvendigvis at de har et kvalitativt bedre helsetilbud.

### Referanser

Burchardt og Propper (1999): Does the UK have a private welfare class? *Journal of social policy*, vol. 28, no. 4.

Busfield, Joan (1990): Sectoral divisions in consumption; the case of medical care, *Sociology*, **24**, 77-96.

Calnan, Michael, Cant og Gabe (1993): Going private. Why people pay for their care, Open university press.

Charlesworth, Clarke og Cochrane (1995): Managing local mixed economies of care. *Environment and planning, A* **27** 1419-1435.

Finnvold, J. E. og B. Paulsen (2002): Før innføring av fastlegeordning – brukervurderinger av allmennlegetjenesten i et veiskille, NIS-SINTEF/Statistisk sentralbyrå.

Helsedirektoratet (1991): Handlingsplan for barn og unge med allergi/overfølsomhet, astma og andre kroniske lungesykdommer. Helsedirektoratets utredningsserie 2-91.

Joseph og Phillips (1984): Accessibility and Utilization: Geographical Perspectives on Health Care Delivery.

Meade, S. Melinda and Robert J. Earickson (2000): *Medical Geography*, 2<sup>nd</sup> Edition, Guilford Press, New York og London.

McLafferty, Sara (1986): The geographical restructuring of urban hospitals: Spatial dimensions of corporate strategy, *Social science and medicine*, Vol 23, no. 10, 1079-1086.

Mohan, John (1995a): *A National Health Service? The restructuring of Health Care in Britain since 1979*.

Mohan, John (1995b): PostFordism and welfare: an analysis of change in the British health sector, *Environment and planning, A* **27** 1555-1576.

Pinch, Steven (1985): *Cities and services. The geography of collective consumption*, London, Routledge og Kegan Paul.

Statistisk sentralbyrå (2001): Spesialisthelsetjenesten 1990-2000. Somatiske sykehus, psykiatriske institusjoner m.m. NOS C 699.

Statistisk sentralbyrå (2002): [www.ssb.no/speshelsesom](http://www.ssb.no/speshelsesom).

Sundvoll, Anne (1999): Samordnet levekårsundersøkelse 1999: panelundersøkelsen: dokumentasjonsrapport. Notater, Statistisk sentralbyrå; 1999/66.

Walzer, Michael (1981): Philosophy and democracy, *Political theory*, vol. 9 no. 3, 379-399.

Walzer, Michael (1983): *Spheres of justice. A defence of pluralism & equality*. Blackwell.

Aarseth, Hans Petter (1998): Hva er fremtiden for privat spesialistpraksis? *Tidsskrift for den norske lægeförening*, nr. 25.

Toni Kvalø

## Flere behandlede pasienter i somatiske sykehus

*Det har vært et økt aktivitetsnivå i de somatiske sykehusene i løpet av perioden fra 1990 til 2000, fordi atskillig flere pasienter har fått behandling. Dette har imidlertid ikke hatt særlig virkning på ventelistene idet behovet for somatisk behandling har blitt større.*

Et av hovedmålene i Nasjonal helseplan (St.meld. nr. 41, 1987-1988) var forbedret effektivitet og ressursutnyttelse innenfor helsesektoren. Dette skulle bidra til at flere pasienter ble behandlet, og at helsekøene ble kortere. To år senere ble det dessuten innført behandlingsgaranti<sup>1</sup> som skulle sikre at prioriterte pasienter som ventet på behandling i sykehus, fikk et tilbud innen en gitt tid. Gjennom 1990-tallet har denne garantien blitt ytterligere forbedret, samtidig som bevilgningene til sykehusene har økt. De somatiske sykehusene mottar om lag 80 prosent av disse bevilgningene.

Hvilke resultater har så denne satsingen gitt? Har de somatiske sykehusene blitt mer effektive og helsekøene kortere?

### Flere utskrivinger og kortere liggetid

Ser vi på aktivitetstallene for døgnbehandling innenfor somatiske sykehus, finner vi at antall utskrivinger har økt med nær 13 prosent fra 1990 til 2000.

Denne økningen utgjør nesten 80 000 flere behandlede pasienter (se figur 1). I samme periode har imidlertid antall døgnplasser ved somatiske sykehus blitt redusert fra drøyt 16 000 til i underkant av 14 000.

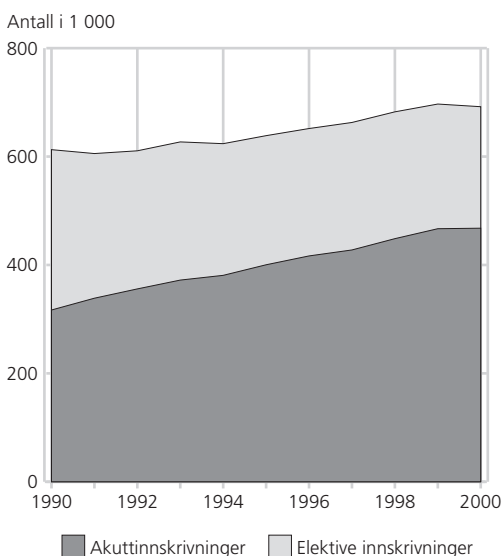
Til tross for nedgangen i plasser har det, som nevnt ovenfor, vært en økning i antall behandlede døgnpasienter. Dette har vært mulig fordi ny teknologi og nye behandlingsformer har redusert den gjennomsnittlige liggetiden per sykehusopphold og dermed lagt grunnlaget for mer effektiv utnyttelse av plassene. Samtidig har innføringen av innsatsstyrt finansiering gitt sykehusene et insentiv til å behandle flest mulig pasienter så effektivt som mulig. I 1990 lå døgnpasienter gjennomsnittlig 7,4 dager på sykehus, og i 2000 var det tilsvarende tallet 6,0. Sykehusene behandler med andre ord flere døgnpasienter fordelt på færre senger ved å skrive ut pasientene tidlige. Samtidig med nedgangen i gjennomsnittlig liggetid har imidlertid antall

<sup>1</sup> Garantien er hjemlet i forskrift om ventelisteregistre og prioritering av pasienter av 25. juli 1990 nr. 620.

re-innleggelser økt. I perioden fra 1990 til 2000 har 9 prosent flere pasienter blitt re-innlagt<sup>2</sup> etter et sykehusopphold. Det var 33 715 re-innleggelser i 1990, og 36 808 i 2000. Det kan med andre ord se ut til at nedgangen i gjennomsnittlig liggetid har medført at antall re-innleggelser har økt. Men samtidig som antallet re-innlagte pasienter har blitt større, har også den totale pasientmassen økt. I 1990 utgjorde re-innleggelsene 5,5 prosent av alle innleggelsene, og i 2000 utgjorde dette 5,3 prosent. Slik sett kan det ikke trekkes noen entydig sammenheng mellom nedgangen i gjennomsnittlig liggetid og antall re-innleggelser.

Med en økning på rundt 80 000 flere behandlede døgnpasienter, vil en kunne anta at det nå er færre pasienter som venter på behandling enn tidligere. Økningen i behandlede pasienter består imidlertid utelukkende av pasienter som har blitt innskrevet i forbindelse med akutt sykdom eller skade, såkalte akuttinnskrivinger (se figur 1). Venteliste-pasienter, på sin side, har fått eller venter på å få tildelt tid og sted for behandling. Det er med andre ord tale om en *elektiv* (planlagt) innleggelse for disse, og som figur 1 viser, har antall utskrivinger for denne pasientgruppen gått ned i perioden fra 1990 til 2000. Det økte antallet behandlede pasienter vil slik sett ikke ha påvirket helsekøen i større grad. En del av pasientene som har ventet på behandling, kan dog ha fått forverret sin tilstand i køen, og dermed blitt innlagt akutt. Dette utgjør imidlertid neppe en stor andel av akuttinnskrivingene.

**Figur 1. Antall utskrivinger i somatiske sykehus, etter innskrivingstype<sup>1</sup>. 1990-2000. 1 000**



<sup>1</sup> I antall elektive innskrivinger er også de som er kodet som "født på sykehus" og "død i mottak" inkludert. Dette utgjorde litt over 1 prosent av totalt antall utskrivinger i 2000.

Kilde: Norsk pasientregister/pasientstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

## Økning i antall polikliniske konsultasjoner

Selv om behandling av døgnpasienter er en stor og viktig del av de somatiske sykehusenes virksomhetsområde, utgjør det på langt nær hele tilbudet. Behandling av pasienter som ikke overnatter på sykehuset er stadig økende. Antall polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger har økt med over 1 million i løpet av det siste tiåret, som figur 2 viser. Dette er en økning på mer enn en tredjedel.

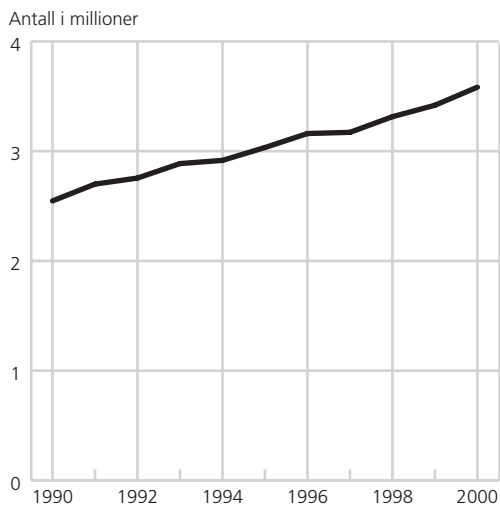
<sup>2</sup> Tallene for re-innleggelser omfatter pasienter som legges inn med samme hoveddiagnose på samme institusjon innen 31 dager etter siste sykehusopphold. Pasientstatistikken opererer uten personnummer, det er derfor kun mulig å følge pasienter innenfor ett og samme sykehus. Pasienter som re-innlegges på et annet sykehus, vil med andre ord ikke være inkludert i tallene, og det vil følgelig være en viss under-rapportering her.

### Pasientdata: Fra regional til nasjonal statistikk

For SSB har arbeidet med å utvikle en landsomfattende statistikk på individnivå pågått siden begynnelsen av 1970-tallet. Da ble "det økonomiske og medisinske informasjonssystem" (ØMI) tatt i bruk av enkelte sykehus. På grunnlag av anonymiserte data fra dette EDB-systemet ble det for årene 1973 til 1982 utarbeidet statistikk for pasienter på somatiske sykehus. I starten var det bare to fylker som hadde sykehus med dette systemet, men antallet fylker økte over tid, og i 1982 omfattet statistikken utskrivninger fra alminnelige somatiske sykehus i 13 av fylkene.

En vesentlig mangel ved den tidligere ØMI-statistikken var at den på langt nær var landsomfattende, samtidig som datakvaliteten var sterkt varierende. I løpet av 1980-årene ble det imidlertid tatt i bruk flere nye EDB-baserte registreringssystemer, og fra slutten av tiåret registrerte så å si alle somatiske sykehus pasientdata på EDB. Dette har gjort det mulig å innhente et tilnærmet landsomfattende datasett om sykehuspasienter uten altfor store innhentingskostnader. Selv om datakvaliteten på slutten av 1980-tallet fortsatt var varierende, og selv om ulikheter i registreringssystemene skapte visse problemer, kunne vi likevel si at vi endelig hadde fått et brukbart grunnlag for utarbeiding av landsomfattende statistikk om sykehuspasienter. Den første årgangen av SSBs nye pasientstatistikk gjaldt pasienter utskrevet fra somatiske sykehus i 1989. Datakvaliteten har bedret seg ytterligere utover i 1990-årene, og sykehusenes registrering av data har også blitt noe mer komplett i forbindelse med innføringen av innsatsstyrt finansiering av sykehusene i 1997 og opprettelsen av Norsk pasientregister (NPR). I og med innføringen av innsatsstyrt finansiering, har sykehusene nå fått et økonomisk insentiv til å kode mer nøyaktig, da blant annet bi-diagnoser også gir uttelling. For å hindre en for sterk vekst i utgiftene, ble det samtidig innført et system som gjør at sykehusene ikke kan øke sine driftsutgifter mer enn 1 prosent per år.

**Figur 2. Antall polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger ved somatiske sykehus. 1990-2000. Millioner**



Kilde: Norsk pasientregister/pasientstatistikk og spesialisthelsetjenesten, somatikk, Statistisk sentralbyrå.

Tallet i figur 2 inkluderer både polikliniske konsultasjoner og polikliniske dagbehandlinger. De typer behandlinger som pasienter venter på å få utført, er både dagbehandlinger og døgnbehandlinger. Den sterke økningen i antall behandlinger på dagtid vil slik sett ha innvirket positivt på helsekøen.

Et annet aspekt som bør trekkes inn i denne sammenhengen, er hva slags *type* behandling økningen består i. For enkelte typer behandlinger er det flere pasienter på venteliste enn andre. Kirurgiske inngrep er et eksempel på en slik type behandling.

Som sagt, er tallene i figur 2 et mål på de samlede antall behandlinger på dagtid, og det foreligger heller ikke aktivitetstall som er spesifisert etter behandlingsform. Slik sett er det vanskelig å si hvorvidt økningen kun består av økt volum av den

type behandling som tradisjonelt har foregått på dagtid, eller om det har skjedd en *overføring* av oppgaver fra døgn til dag.

SINTEF Unimed NIS har dog samlet inn noe datamateriale som kan bidra til å belyse dette. SINTEF har plukket ut tre indikatoroperasjoner og fulgt utviklingen over hvor stor andel som har blitt utført som dagkirurgi i forhold til ved døgninnleggelse ved sykehusene. Operasjonene opplysningene gjelder, er åreknuteoperasjoner, grå stær-operasjon og brokkoperasjon. Tallene fra SINTEF viser at det har vært en markant økning i hvor stor andel av disse inngrepene som utføres dagkirurgisk. I 1991 ble 57 prosent av åreknuteoperasjonene utført som dagkirurgi, og i 1999 var dette tallet økt til 77 prosent. Andel brokkoperasjoner utført på dagtid har økt fra 26 til 50 prosent. For grå stær-operasjoner har tallet økt fra 47 til 88 prosent (SAMDATA sykehusrapport 3/95 og 1/00).

Selv om dette datamaterialet kun omfatter enkelte inngrep og ikke bygger på tall fra alle landets sykehus, er det en klar tendens til at en stadig større andel kirurgiske inngrep utføres på dagtid. Ifølge SAMDATA sykehusrapport 1/00 utgjorde dagkirurgi halvparten av alle kirurgiske inngrep i 1999. Dagkirurgi er en mer kostnadseffektiv behandlingsmåte enn innleggelse. Overføringen av disse oppgavene til dagtid vil slik sett ha hatt en positiv innvirkning på behandlingsskapiteten til sykehusene. Som tidligere nevnt, er det stort behov for kirurgisk behandling. Bedret behandlingsskapitet på dette området vil følgelig ha bidratt til å redusere ventelistene her. I tillegg kommer selvfølgelig den økte polikliniske aktivitetens virkning på ventelistene for

alle de andre behandlingsområdene som utføres på dagtid.

### Pasientsammensetning

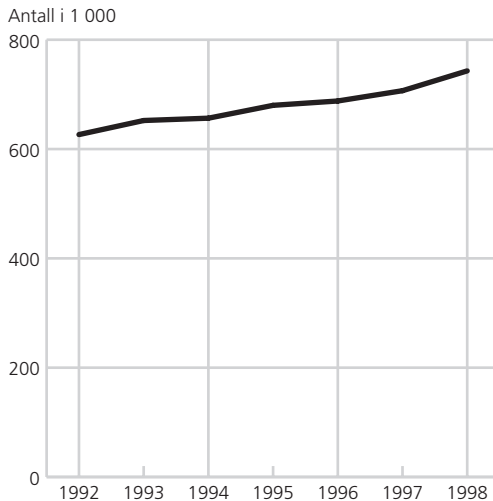
Et aspekt som også bør trekkes inn i en diskusjon om sykehusenes aktivitet og effektivitet er sammensetningen av pasientene. Ulike sykdommer krever ulike ressursinnsats. En utskrivning av en pasient som har fått utført en åreknuteoperasjon, er med andre ord ikke direkte sammenlignbar med en som har fått utført en lungetransplantasjon. For å korrigere for slike ulikheter i ressursbruk, benyttes DRG-systemet. DRG står for "Diagnose Relaterte Grupper" og er et klassifiseringssystem hvor sykehusoppholdene blir gruppert i medisinsk meningsfulle grupper som er mest mulig homogene i forhold til ressursbruk. Den enkelte DRG har en kostnadsvekt som er beregnet ut fra fire hovedkomponenter: røntgen-, laboratorie-, operasjons- og liggetidsavhengige kostnader. I dette systemet er den gjennomsnittlige ressursbruken per pasient vektet til 1,0.

Sykehusenes DRG-poeng beregnes av summen av kostnadsvektene for alle oppholdene ved sykehusene. Dersom alle pasientene har DRG-vekt lik 1, vil DRG-poengene være likt antall opphold ved sykehusene. Sykehus som har en høy andel pasienter med mer ressurskrevende sykdommer, vil ha flere DRG-poeng enn utskrivninger, og det motsatte vil være tilfelle for de sykehusene som har en høy andel pasienter med "lettere" sykdommer. På denne måten kan DRG-systemet være et bedre mål på sykehusenes aktivitet enn antallet utskrivninger, samtidig som resultatene fra ulike sykehus vil være mer sammenlignbare.

Det økte antallet utskrivninger betyr med andre ord ikke nødvendigvis at



**Figur 3. Antall DRG-poeng ved somatiske sykehus. 1992-1998. 1 000**



Kilde: Norsk pasientregister/pasientstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

sykehusene har blitt så veldig mye mer effektive. Bakgrunnen kan også være at de har behandlet flere pasienter med "lettere" diagnoser. De nasjonale tallene for DRG-poeng er dessverre ikke sammenlignbare i hele perioden fra 1990 til

2000, da ikke alle sykehusene har vært inkludert i tallene hele tiden. I tillegg er DRG-poeng for dagbehandling inkludert de siste årene. Det er dog mulig å sammenligne tallene fra 1992 til 1998 som presenteres i figur 3. Som vi ser herfra, var antallet DRG-poeng 626 470 i 1992 og 743 028 i 1998.

Denne økningen utgjør 18,6 prosent. Til sammenligning økte antall utskrivinger med nesten 12 prosent i tilsvarende periode. Det har altså vært en høyere prosentvis vekst i antall DRG-poeng enn i antall utskrivinger.

Så langt har vi sett at det har vært en vesentlig aktivitetsøkning ved de somatiske sykehusene, både i akuttbehandling og behandlinger som vil ha bidratt til å redusere helsekøen. Hvordan har så dette innvirket på ventelistene? Har ventetiden for pasientene blitt kortere?

### Endring i ventetid?

I St.meld. nr. 41, 1987-88 ble det påpekt at det eksisterer svært varierende rutiner

### DRG-systemet

DRG-systemet ble utviklet ved slutten av 1960-tallet av forskere ved Yale-universitetet i USA.

I Norge har DRG-systemet blitt benyttet i somatiske sykehus siden 1988. Her har det blitt brukt for å korrigere for pasientsammensetning i produktivets- og aktivitetsanalyser. I tillegg har det vært en del av finansieringssystemet for sykehusene. Dette skjedde første gang i forbindelse med det statlige stykkprisforsøket på begynnelsen av 1990-tallet. Senere ble det brukt som grunnlag for toppfinansieringen på 1990-tallet, og når innsatsstyrt finansiering (ISF) ble igangsatt 1. juli 1997, utgjorde DRG-systemet basis for dette.

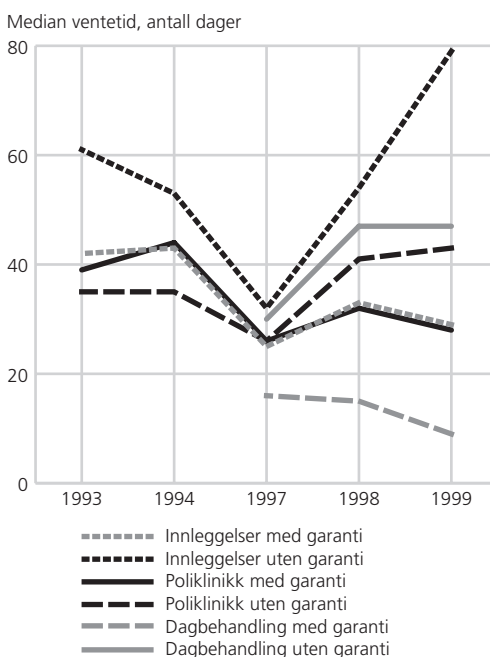
Dette finansieringssystemet fungerer på følgende måte: Staten setter en enhetspris for en DRG (dvs. DRG med vekt 1,0) som er beregnet som sykehusenes gjennomsnittskostnad per opphold. Denne var 27 796 i 2000. Sykehusene beregner sine DRG-poeng som summen av DRG-vekter for alle opphold ved sykehuset i løpet av et år. Staten refunderer 50 prosent av kostnadene knyttet til gjennomsnittskostnaden per opphold. Den statlige refusjonen utregnes med andre ord som antall DRG-poeng\*0,5\*enhetsprisen for DRG.

Refusjonen utbetales til fylkeskommunene, som må dekke de øvrige kostnadene ved behandling av pasienter gjennom sine "frie inntekter".

for registrering av pasienter på venteliste i de ulike helseinstitusjoner. Som et resultat av dette, ble det utarbeidet en forskrift for ventelisteregistre og prioritering av pasienter i 1990. I denne forskriften ble det satt klare regler for hvordan ventelistepasienter skulle registreres slik at det skulle bli mulig å oppnå et ensartet nasjonalt registreringssystem.

SINTEF Unimed NIS har presentert tall over ventelistepasienter i sine rapporter for sykehus. De første årene etter at forskriften ble iverksatt, var imidlertid datakvaliteten dårlig, og det er ikke før i de seneste årene at kvaliteten på ventelistedata har nådd et tilfredsstillende nivå. De foreliggende tallene for median<sup>3</sup> ventetid er presentert i figur 3. Som figuren viser, var det en nedgang i ventetiden for alle typer behandling fram til 1997. Etter dette året var det en markant økning i ventetiden for pasienter uten garanti for samtlige behandlingsformer. Dette må ses i sammenheng med forbedringen av behandlingsgarantien som trådte i kraft 1.7.1997. I den nye garantien ble ventetiden for pasienter med alvorlige sykdommer redusert fra 6 til 3 måneder. Økningen i ventetid for ikke-garanti-pasienter indikerer således at de med 3 måneders behandlingsgaranti ble

**Figur 4. Median ventetid for innleggelse, dagbehandling<sup>1</sup> og poliklinikk. Pasienter med og uten ventetidsgaranti. 1993-1999<sup>2</sup>**



<sup>1</sup> Det foreligger ikke spesifiserte ventelistedata for dagbehandling forut for 1997.

Kilde: SINTEF Unimed NIS SAMDATA sykehus 3/93, 3/95 og 3/99.

prioritert. Det har imidlertid ikke vært noen ytterligere nedgang i ventetiden for disse pasientene bortsett fra for de som venter på dagbehandling. Her har det

### Ventetidsgaranti

Ventetidsgarantien er en garanti for at pasienter som oppfyller gitte kriterier, ikke skal vente mer enn et visst tidsrom før de får behandling ved offentlig sykehus/poliklinikk. Garantien er hjemlet i forskrift om ventetidsgaranti av 27.6.1997. Denne forskriften omhandler både vurderingsgaranti og behandlingsgaranti. Vurderingsgarantien er en individuell rett som skal sikre at alle pasienter som henvises til offentlige sykehus eller poliklinikker, vurderes innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt. Videre garanteres de pasienter som etter vurdering oppfyller kriteriene for behandlingsgarantien, behandling innen tre måneder etter at henvisningen er mottatt.

<sup>3</sup> Median ventetid er den verdi hvor halvparten av pasientene har kortere ventetid og den andre halvpart har lengre ventetid.

vært en nedgang i median ventetid fra 16 til 9 dager fra 1997. En del av bakgrunnen for dette kan være den økte andel oppgaver som utføres på dagtid.

Som vi har sett, har de somatiske sykehuse- sene vært mer effektive idet de har be- handlet vesentlig flere pasienter det siste tiåret. Det er imidlertid vanskelig å si hvorvidt helsekøene har blitt kortere eller lengre idet ventetiden for noen typer pasienter har økt og for andre er den redusert. Tallene viser dog at ventetiden er redusert for pasientene med de mest alvorlige sykdommene, noe som er en positiv utvikling.

### Referanser

SAMDATA sykehus (1993): *Sammenlig- ningsdata for somatisk fylkeshelsetjeneste 1992*. Sintef rapport nr. 3, 1993 Sintef Unimed.

SAMDATA sykehus (1995): *Sammenlig- ningsdata for somatisk fylkeshelsetjeneste 1994*. Sintef rapport nr. 3, 1995 Sintef Unimed.

SAMDATA sykehus (1999): *Sykehussektoren 1998 - fra rammefinansiering til ISF*. Sintef rapport nr. 3, 1999 Sintef Unimed.

SAMDATA sykehus (2000): *Sykehussektoren på 1990-tallet. Sterk vekst - stabile fylkesvise forskjeller*. Sintef rapport nr. 1, 2000 Sintef Unimed.

St.meld. nr. 41 (1987-88): *Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan*.



Anne Mundal

## Personell ved somatiske sykehus: Sterk vekst og økt kompetanse

*Mangel på helsepersonell omtales ofte som et problem for effektiv sykehusdrift og som en hindring for å få redusert sykehuskøene. Det har imidlertid vært betydelig vekst i antall årsverk for helsepersonell knyttet til somatiske sykehus i perioden 1990 til 2000. For leger økte antall årsverk med om lag 55 prosent i denne perioden, mens årsverk for sykepleiere økte med i overkant av 43 prosent. For andre høgscoleutdannede helsepersonellgrupper har veksten vært enda høyere. Omgjøring av hjelpepleierstillinger til sykepleierstillinger har medført at årsverk for hjelpepleiere er redusert med 21 prosent på 1990-tallet.*

Fra utgangen av 1990 til utgangen av 2000 økte antall årsverk ved somatiske sykehus fra om lag 46 500 til vel 58 500, en vekst på nesten 26 prosent. Til sammenligning økte antall årsverk med 13 prosent i perioden 1980 til 1990, dvs. om lag 5 400 flere årsverk. Både på 1980- og 1990-tallet var det størst vekst i årsverk for ansatte med universitets- og høgscoleutdanning innenfor helsefag. For de fleste helseprofesjoner økte imidlertid antall årsverk langt mer på 1990-tallet enn på 1980-tallet. Fra utgangen av 1990 til utgangen av 2000 økte antall årsverk for leger med nesten 2 500 og for sykepleiere ble det i overkant av 6 700 flere årsverk. Til sammenligning var veksten i perioden 1980 til 1990 i underkant av 1 000 flere legeårsverk og vel 3 700 flere årsverk for sykepleiere. Annet høgscoleutdannet helsepersonell som radiografer og ergoterapeuter, har hatt enda større prosentvis vekst enn leger og sykepleiere. Årsverk for ergoterapeutene økte med om lag 102 prosent i perioden 1990 til 2000, mens årsverk for radiografene økte

med nesten 76 prosent. Ergoterapeutene er svært få i antall sammenlignet med de andre helsepersonellgruppene. Bioingeniører er den høgscoleutdanningen med flest personell etter sykepleierne. Disse hadde en vekst fra 1990 til 2000 på nesten 37 prosent. For fysioterapeuter var veksten i overkant av 42 prosent.

Samtidig med sterk vekst for universitets- og høgscoleutdannet helsepersonell har det blitt langt færre hjelpepleiere. Fra 1990 til 2000 ble det om lag 1 400 færre årsverk for hjelpepleiere. I perioden 1980 til 1990 var den tilsvarende reduksjonen nærmere 450 årsverk. Mangel på sykepleiere har ikke bidratt til å frigi

### Årsverk

Årsverksinnsatsen er beregnet ved en punktobservasjon av antall heltidsstillinger og deltidstillinger (omregnet til heltidsstillinger) ved utgangen av kalenderåret. Tallene fanger ikke opp svingninger i løpet av året, omfanget av overtid og mertid (arbeidet tid utover avtalt arbeidstid).

**Tabell 1. Antall årsverk<sup>1</sup> i somatiske sykehus. 1980, 1990 og 2000**

Personellgruppe	1980	1990	2000 <sup>2</sup>
<b>Årsverk i alt</b> .....	<b>41 138</b>	<b>46 508</b>	<b>58 522</b>
Leger .....	3 614	4 576	7 073
Sykepleiere .....	11 885	15 614	22 343
Hjelpepleiere .....	7 074	6 629	5 216
Annet personell i pasientrettet arbeid <sup>3</sup> .....	1 885	689	772
Fysioterapeuter .....	650	675	961
Bioingeniører .....	1 383	2 255	3 084
Radiografer .....	423	729	1 281
Ergoterapeuter .....	119	143	289
Vernepleiere .....			29
Psykologer .....	60	56	175
Sosionomer .....	199	167	128
Administrasjons-, service- og driftspersonell .....	13 846	14 974	17 170

<sup>1</sup> Årsverk er summen av heltidsansatte og deltidsansatte (omregnet til heltidsansatte) ved utgangen av året. Overtid er ikke inkludert.

<sup>2</sup> For 1990 inngår ett privat (kommersielt) sykehus som ikke omfattes av en offentlig helseplan i statistikkgrunnlaget. For 2000 inngår alle private sykehus (5). Flere av disse er imidlertid små sykehus personellmessig.

<sup>3</sup> For årene 1980 og 1990 omfatter personell i pasientrettet arbeid hovedsakelig ufaglært pleiepersonell. For 2000 inkluderes også andre personellgrupper i pasientrettet arbeid her. Dette gjelder f.eks. pedagoger, audiografer, optikere.

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

arbeidsoppgaver til helsepersonell med lavere utdanning. Det er imidlertid en viss variasjon mellom sykehusene i personellsammensetning.

Personellgruppen som omfatter ansatte med annen bakgrunn enn helsefag, dvs. ansatte i administrasjon, teknisk personell, renhold, kjøkken osv. økte med nesten 15 prosent fra 1990 til 2000. Denne gruppens andel av årsverkene i sykehusene har imidlertid blitt redusert noe i denne perioden. Statistikken viser ikke om det har skjedd endringer i sammensetningen av personell innenfor gruppen i retning av større andel med høyere utdanning slik som tilfellet er for

helsepersonell. Det er imidlertid grunn til å tro at det har skjedd en kompetanseendring også her. Den teknologiske utviklingen har medført økt behov for personell med teknisk kompetanse, og større og mer komplekse organisasjoner krever mer ledelseskompetanse enn det som var nødvendig tidligere.

Hvordan har den sterke veksten i helsepersonell ved somatiske sykehus på 1990-tallet vært mulig og hvorfor hevdes det at det fremdeles er mangel på helsepersonell? Nedenfor kommenteres forhold som påvirker etterspørsel og tilbud av helsepersonell i sykehusene. Deretter vil vi se nærmere på personellgruppene leger, sykepleiere og hjelpepleiere.

### Stadig økt etterspørsel etter helsetjenester

Det er stor etterspørsel etter helsetjenester ut fra et ønske om helseforbedring eller best mulig oppfølging ved kronisk sykdom. Den medisinske og medisinsktekniske utviklingen gjør at sykehusene kan tilby nye behandlingsmetoder på stadig flere områder og nye køer oppstår. Dette skaper økt etterspørsel etter helsetjenester og behov for mer helsepersonell.

Vi har i Norge kunnet bygge ut sykehusstilbudet i takt med den medisinske utviklingen, fordi vi har hatt økonomiske muligheter til dette, og fordi dette er et område som mange ønsker å prioritere og som har høy legitimitet i befolkningen. Satsing på helse har vært et viktig tema i de siste valgkampene, og flere mener det er et område som burde vært prioritert enda høyere. Befolkningen har vanskelig for å akseptere at behandlingsmuligheter som finnes, ikke er tilgjengelige.

Internasjonal sammenligning er viktig i vår vurdering av sykehusene og helsevesenet. Vi ønsker gjerne å ha et like omfattende og godt tilbud av helsetjenester som andre land vi ellers sammenligner oss med. Med Internett kan pasientene lett få tilgang til omfattende informasjon om sin egen sykdom og følge med på de siste nye behandlingstilbudene for sin diagnose. Dette skaper mer kunnskapsrike og bevisste pasienter som er og vil bli mer krevende i sin etterspørsel etter helsetjenester. Det hittil vanlige forhold at legen har mest kunnskap om en diagnose og behandlingstilbud, er kanskje i ferd med å endres.

Den teknologiske utvikling ellers i samfunnet har redusert behovet for arbeidskraft innenfor mange næringer. Det samme har ikke skjedd innenfor helsesektoren. Medisinsk-tekniske framskritt har i mange tilfeller gjort undersøkelses- og behandlingsmetoder enklere å utføre for helsepersonell og mer skånsom for pasienten. Likevel er pasientbehandlingen totalt sett blitt mer og ikke mindre arbeidskrevende. Fra midten av 1980-tallet ble analyser av laboratorieprøver i stor grad automatisert. Denne utviklingen er forsterket på 1990-tallet, men vi har samtidig fått flere og ikke færre bioingeniører. Laboratorieprøver som det tidligere tok lang tid å utføre er nå automatisert slik at analys tiden er gått betydelig ned. Dette medfører at legene i større grad enn før benytter laboratorieprøver i forbindelse med diagnostisering. I tillegg blir det stadig utviklet nye prøver, en utvikling som en forventer vil fortsette.

De nye metodene for billedframstilling har gjort det enklere å synliggjøre sykdomsutvikling i kroppen, men har samtidig økt behovet for røntgenleger og røntgenteknikere. Kikkhullsteknikk har

gjort det mulig å operere uten at det medfører store åpne sår, noe som sparer pasienten for et langt sykeleie. Samtidig har dette i en del tilfeller ført til økt arbeidsmengde for kirurgene.

Etterspørselen etter leger har i store deler av 1990-tallet vært regulert av Legeforordningsavtalen. Avtalen ser imidlertid ikke ut til å ha fungert etter intensjonen, og det har blitt ansatt flere leger i sykehusene i sentrale strøk enn det som var hensikten.

Utover at nye undersøkelses- og behandlingsmetoder skaper økt etterspørsel etter universitets- og høyskoleutdannet helsepersonell, kan den sterke veksten i personell også ses i sammenheng med profesjonskamp. Hjelpepleierstillinger har blitt omgjort til sykepleierstillinger og skapt ytterligere behov for sykepleiere. I media hører vi om medisinske avdelinger som blir lagt ned på grunn av sykepleiermangel, mens hjelpepleierne ønsker å arbeide mer i sykehusene. Det kan virke som om sykepleierne ønsker å ha kontroll over pleien særlig innenfor spesialisert somatisk medisin, og langt på vei har lyktes med dette, se Dahle og Iversen 2001.

### **Tilbud av helsepersonell**

På 1980-tallet ble antall personer med fullført utdanning innenfor de fleste helseutdanningene redusert av frykt for overproduksjon av helsepersonell. I løpet av hele 1990-tallet har studieplasser for helsepersonell imidlertid økt betydelig. Studieplasser for leger i Norge økte fra 310 i 1990 til 528 i 1999. I og med at utdanningen av leger er lengre enn for de andre helseutdanningene, har en ikke sett effekten av dette på 1990-tallet, men en vil vente sterkere økning av nyutdannede leger framover. Til forskjell fra de andre helseutdanningene økte antall

**Tabell 2. Antall personer som har fullført utdanning i skoleårene 1979/80-1997/98**

Skoleåret	Leger	Sykepleiere	Hjelpepleiere	Fysioterapeuter <sup>1</sup>	Bioingeniører	Radiografer	Ergoterapeuter
1979/80 .....	340	1 692	3 091	168	170	68	61
1984/85 .....	320	1 962	2 180	94	135	52	57
1989/90 .....	279	2 043	2 796	116	89	57	55
1994/95 .....	319	2 616	2 744	233	145	82	149
1997/98 .....	330	2 879	1 668	254	193	73	165

<sup>1</sup> Omfatter også mensendieckutdanning.

Kilde: Utdanningsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

personer med fullført sykepleierutdanning på 1980-tallet. På 1990-tallet har denne utviklingen fortsatt i enda større grad. For sykepleiere økte antall studie-plasser fra 2 520 i 1990 til 3 724 i 1999. Også for fysioterapeuter, bioingeniører, radiografer og ergoterapeuter har det vært en sterk økning i antall studie-plasser på 1990-tallet. I motsetning til andre helseutdanninger har personer med fullført hjelpepleierutdanning blitt redusert på 1990-tallet som følge av lavere søking til denne utdanningen.

### Legene foretrekker jobb på sykehus

Til tross for at det fra 1980 har vært mangel på leger i Norge (Skoglund og Taraldset 2000), har det, som tidligere nevnt, vært betydelig vekst i antall lege-årsverk knyttet til somatiske sykehus. Hvert år har det i gjennomsnitt blitt om lag 250 flere legeårsverk i sykehusene.

I første halvdel av 1980-tallet var det sterk bekymring for at det ville bli over-skudd på leger, og antall studie-plasser ble derfor redusert. I perioden 1980 til 1982 var opptaket av medisinerstudenter 370 per år. Fra 1984 ble antallet studie-plasser redusert til 300 og økte ikke nevneverdig før på 1990-tallet. Samtidig var det reduksjon i antall medisinerstudenter i utlandet (Skoglund og Taraldset 2000). Veksten i antall studie-plasser på 1990-

tallet (70 prosent) vil imidlertid gjøre seg gjeldende fullt ut inn i neste tiår.

Til tross for lavere utdanningskapasitet på siste halvdel av 1980-tallet, har den sterke veksten i legeårsverk på 1990-tallet ved somatiske sykehus vært mulig fordi veksten har vært større her enn i andre deler av helsetjenesten. I perioden 1990 til 2000 ble det ca. 2 500 flere årsverk for leger i somatiske sykehus, mens økningen i kommunehelsetjenesten og i psykiatriske institusjoner var henholdsvis om lag 600 og 400 flere årsverk. I tillegg til økt utdanningskapasitet for leger i Norge, har det blitt utdannet en god del norske leger i utlandet og vi har fått flere utenlandske leger i Norge. I skoleåret 1994/95 hadde 579 norske medisinerstudenter i utlandet støtte fra Statens lånekasse for utdanning. For skoleåret 1999/00 var antallet økt til 1 664 ([www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no)). Når det gjelder utenlandske leger i Norge, viser

**Tabell 3. Opptak av nye studenter til helseutdanninger. 1990, 1995 og 1999**

	1990	1995	1999
Leger .....	310	404	528
Sykepleiere .....	2 520	3 111	3 724
Fysioterapeuter .....	185	307	324
Bioingeniører .....	185	260	257
Radiografer .....	85	109	184
Ergoterapeuter .....	80	180	201

Kilde: KUF/NSD.

<sup>1</sup> Tallene er basert på Den norske Lægeforenings legeregister og inkluderer også leger som ikke er medlemmer av Den norske lægeforeningen.



**Tabell 4. Årsverk<sup>1</sup> for leger i spesialisthelsetjenesten<sup>2</sup> og kommunehelsetjenesten. 1990, 1995 og 2000**

	1990	1995	2000
<b>I alt</b> .....	<b>8 898</b>	<b>10 200</b>	<b>12 813</b>
Spesialisthelsetjenesten i alt	5 680	6 700	9 004
Somatiske sykehus <sup>2</sup> .....	4 576	5 402	7 073
Andre somatiske institusjoner <sup>3</sup> .....	21	79	74
Privatpraktiserende legespesialister <sup>4</sup> .....	341	333	716
Psykiatriske institusjoner .	742	886	1 141
Leger i kommunehelsetjenesten i alt <sup>5</sup> .....	3 218	3 500	3 809
Ordinær legepraksis i kommunehelsetjenesten .	..	2 816	3 102
Pleie- og omsorgstjenesten	..	201	230
Helsestasjoner og skolehelsetjenesten .....	..	213	228
Annenn kommunalt lønnet virksomhet .....	..	271	250

<sup>1</sup> Årsverk er summen av heltidsansatte og deltidsansatte (omregnet til heltidsansatte) ved utgangen av året. Avtalt overtid er inkludert for kommunehelsetjenesten. Ellers er overtid ikke inkludert.

<sup>2</sup> Private sykehus som ikke er på offentlige helseplaner er inkludert fra og med 1995.

<sup>3</sup> Fra og med 2000 er private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner inkludert under andre somatiske institusjoner.

<sup>4</sup> Privatpraktiserende legespesialister uten driftsavtale er ikke inkludert.

<sup>5</sup> Eksklusiv fengselshelsetjenesten.

Kilde: Spesialisthelsetjenesten/kommunehelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

tall fra Den norske Lægeforening (2000) at per 5. mai 2000 hadde 15,1 prosent eller 2 327<sup>1</sup> av 15 376 leger under 67 år utenlandsk statsborgerskap ([www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no)).

Til tross for at det også er stor etterspørsel etter leger innenfor kommunehelsetjenesten og psykiatrien, viser den sterke økningen av leger ved sykehusene at legene på 1990-tallet søker seg dit hvor kunnskapsutviklingen innenfor medisinen er størst. Sykehusene er på toppen av kunnskapspyramiden innenfor medisinen. Her er det muligheter for forskning, og det er her innføring av nye diagnostise-

rings- og behandlingsmetoder skjer først. Selv om man også blir spesialist innenfor allmennmedisin, er det innenfor sykehusspesialitetene man har muligheter for å fordype seg innenfor et mer avgrenset fagområde. Dette gjør at somatiske sykehus kan gi legene mer faglig interessante arbeidsplasser enn andre deler av helse-tjenesten. Det samme gjelder langt på vei de andre helseprofesjonene hvor det også skjer en faglig spesialisering.

### Bakgrunn for spesialisert medisin

Den holistiske lære innenfor medisinen ble i løpet av 1900-tallet avskaffet av en mer reduksjonistisk tilnærming. Innenfor den holistiske lære er hele mennesket sykt dersom en lider av en sykdom og en må behandles ut fra det. En tar her utgangspunkt i helheten i stedet for å summere delene. Gjennombruddet for en reduksjonistisk tilnærming kom med at man i 1876 kunne påvise at miltbrann skyldes en stavlignende mikoorganisme. Den nye tilnærmingen førte raskt til økt kunnskap om årsakene til en rekke sykdommer som gonoré, tuberkulose, tyfus, kolera. Den nye tilnærmingen krevde konsentrasjon om stadig mindre deler av kroppen og skapte grunnlaget for den spesialiseringen innenfor medisinen som skjød fart på 1900-tallet (Berg 1987).

I Norge har man vært mer restriktiv med innføring av nye legespesialiteter enn mange andre land i vår kulturkrets. Det er gjort for å sikre helhetstenkning innenfor faget. Det har også vært en bevisst politikk å ikke splitte opp medisinen for mye av hensyn til at det vil kreve mange flere spesialiteter for å dekke et fagfelt. Norge er et lite land som vil ha et lite befolkningsgrunnlag for smale spesialiteter. Det vil derfor være svært kostbart å innføre et system med mange spesialiteter. Dessuten har det både på 1980- og

1990-tallet vært mangel på leger og problemer med å få et tilstrekkelig antall spesialister innenfor de spesialitetene man allerede har. I tillegg til spesialisering innenfor en fastsatt spesialistutdanning skjer der innenfor sykehusene og forskningsinstitusjonene en spesialisering basert på forskningen som drives der.

I 1918 ble det vedtatt regler for spesialisering innenfor 14 legespesialiteter. Antallet spesialiteter var økt til 31 i 1950 og i 1990 var det 43 legespesialiteter. I løpet av 1990-årene har det vært små endringer i legespesialitetene og det har ikke vært noen økning i det totale antallet spesialiteter. Til sammenligning hadde Sverige i 1999 62 spesialiteter, Danmark hadde 42 og EU 52 spesialiteter. Innenfor EU må minst to land ha godkjent samme spesialitet for at den skal regnes med. Det er særlig innenfor somatikken at det har skjedd en oppsplitting av medisinen.

Selv om antallet medisinske spesialiteter ikke har økt i løpet av 1990-tallet, har det vært sterk vekst i antall spesialistgodkjenninger. I 1991 var det per 15. mai 5 392 spesialistgodkjenninger for sykehusspesialiteter (omfatter ikke psykiatri) for leger under 70 år. Dette tallet var økt til 8 568 ved begynnelsen av 2000, en økning på om lag 59 prosent. På 1990-tallet var det imidlertid et økende antall leger som fikk spesialistgodkjenning i Norge, men som arbeidet i utlandet. Dette er hovedsakelig utenlandske leger som har jobbet en periode i Norge. I 1991 var nesten 3 prosent av alle spesialistgodkjenningene for yrkesaktive leger under 70 år i utlandet. Dette tallet var økt til over 11 prosent i 2000. Per 21. januar 2000 var det 7 316 godkjente sykehusspesialiteter her i

landet (omfatter ikke psykiatri) for yrkesaktive leger under 70 år. En lege kan imidlertid ha flere spesialistgodkjenninger og er da medregnet under flere spesialiteter. Dersom en korrigerer<sup>2</sup> for dobbeltspesialitet står en igjen med 5 241 legespesialiteter.

### Regulering av legestillinger

I Norge har man forsøkt å styre utviklingen av legestillinger gjennom lover og avtaler, mens man i andre nordiske land stort sett har overlatt dette til markedet innenfor gitte økonomiske rammer. I perioden 1989 til 1999 ble opprettelse av nye legestillinger regulert av legefordelingsavtalen, en avtale mellom staten, Sosial- og helsedepartementet, Kommunenes Sentralforbund, Oslo kommune og Den norske Lægeforening, om tiltak for å bedre legedekningen i utkantstrøk. Dersom et sykehus ønsket å opprette en ny stilling, måtte en søke et partssammensatt legefordelingsutvalg. Avtalen ser imidlertid ikke ut til å ha fungert etter intensjonen og ble ikke fulgt opp av partene. Det lå heller ingen sanksjonsmuligheter i avtalen. Noen fylker var lojale mot avtalen, mens andre fylker ikke fulgte opp. I løpet av perioden 1996 til 1998 opplyser Nasjonalt Råd for legefording at Sosial- og helsedepartementet ga amnesti for 1 030 ulovlige legestillinger som var opprettet i perioden 1990 til 1998.

For å få en bedre styring med opprettelse av nye legestillinger vedtok Stortinget i desember 1998, gjennom endringer i sykehusloven og kommunehelseloven, et lovbasert system for fordeling av nye legestillinger. Sosial- og helsedepartementet vil hvert år avgjøre hvor mange nye

<sup>2</sup> Hver lege er plassert på kun én spesialitet, dvs. den spesialiteten som praktiseres i hovedstillingen. I de tilfeller hvor opplysninger om hovedstillinger har manglet, har en benyttet sist godkjente spesialitet.

legestillinger innenfor hver medisinsk spesialitet som kan opprettes ved sykehusene.

- 1. januar 1999 ble Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling (NR) opprettet. Rådet er et rådgivende organ for Sosial- og helsedepartementet og skal blant annet gi råd om nye legestillinger og spørsmål knyttet til spesialistutdanning av leger. Rådet har representanter fra Sosial- og helsedepartementet, Kommunenes Sentralforbund, helseregionene, Den norske Lægeforening, universitetene, samt en representant for pasientene og et sekretariat.

Fra NR ble opprettet har Sosial- og helsedepartementet fulgt rådets anbefalinger om nye legestillinger.

Ved årsskiftet 1998/1999 var det 636 ubesatte stillinger i sykehusene<sup>3</sup> (Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling 1999). Med tanke på å bedre situasjonen for utkantsykehusene, psykisk helsevern og kommunehelsetjenesten ga NR råd om bare 80 nye stillinger for sykehusene (omfatter også psykiatri) i 1999 med visse føringer knyttet til opprettelsen av disse. De nye legestillingene tildeles Helseregionene. Det ser ut til vi står overfor en sterkere offentlig styring av nye legestillinger i sykehusene.

Et særlig godt lønnsoppgjør for sykehuslegene i 1996 kan også ha hatt noe å si for rekrutteringen til sykehusene ([www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no)). Dette lønnsoppgjøret ga en god reallønnsutvikling for assistentleger på 1990-tallet.

**Tabell 5. Årsverk<sup>1</sup> for sykepleiere i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. 1990, 1995 og 2000**

	1990	1995	2000
<b>I alt .....</b>	<b>30 449</b>	<b>37 793</b>	<b>46 128</b>
Spesialisthelsetjenesten i alt	19 238	22 681	27 415
Somatiske sykehus <sup>2</sup> .....	15 614	18 457	22 343
Andre somatiske institusjoner <sup>3</sup> .....	315	367	412
Psykiatriske institusjoner .	3 309	3 857	4 660
Kommunehelsetjenesten i alt .....	11 211	15 112	18 713
Pleie- og omsorgstjenesten <sup>4</sup>		12 918	16 115
Helsestasjoner og skolehelsetjenesten .....		1 749	2 007
Annen kommunalt lønnet virksomhet .....		445	591

<sup>1</sup> Årsverk er summen av heltidsansatte og deltidsansatte (omregnet til heltidsansatte) ved utgangen av året. Overtid er ikke inkludert.

<sup>2</sup> Private sykehus som ikke er på offentlige helseplaner er inkludert fra og med 1995.

<sup>3</sup> Fra og med 2000 er private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner inkludert under andre somatiske institusjoner.

<sup>4</sup> For 1990 er aldershjemmene ikke inkludert.

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

## Sykepleiere

Også for sykepleierne har det vært betydelig vekst i antall årsverk ved somatiske sykehus. Som tidligere nevnt, økte antall årsverk med om lag 43 prosent, dvs. vel 6 700 flere årsverk i perioden 1990 til 2000. Til tross for denne betydelige veksten omtales mangel på sykepleiere som et av de største problemene for effektiv sykehusdrift. Stadig hører en i media om redusert drift i pasientbehandlingen ved sykehusavdelinger som følge av for få sykepleiere. Også i andre deler av helsetjenesten har det vært betydelig vekst i antall sykepleierårsverk på 1990-tallet. Innenfor kommunehelsetjenesten økte antall årsverk med om lag 7 500, og innenfor psykiatrien ble det i underkant av 1 400 flere årsverk i perioden 1990 til 2000. Sykehusene er imidlertid bedre stilt

<sup>3</sup> Omfatter også psykiatriske sykehus.

<sup>4</sup> Ubesatte stillinger er definert som differansen mellom budsjetterte stillinger og faktisk brukte årsverk.

enn andre deler av helsetjenesten når det gjelder ubesatte stillinger. I 1999 var det 300 ubesatte hele stillinger<sup>4</sup> for sykepleiere i sykehusene, mens det tilsvarende tallet var vel 3 000 i pleie- og omsorgstjenesten. Dette er tall som Statistisk sentralbyrå årlig innhenter fra kommuner og sykehus. Erfaringene fra datainnsamlingen er at det er vanskelig å oppgi vakansdata, og vi tar derfor forbehold om kvaliteten på disse dataene.

Selv om sykepleierne har kjempet mange kamper for å få en selvstendig rolle i forhold til legene med f.eks. egen ledelse, søker de seg helst til samme type institusjoner som legene og ikke der hvor de ville hatt en mer selvstendig rolle som i f.eks. sykehjemmene.

Den sterke veksten i sykepleierårsverk på 1990-tallet har vært mulig fordi utdanningen av sykepleiere har økt betydelig både på 1980-tallet og ikke minst på 1990-tallet. Fra 1990 til 1999 økte antall studieplasser for sykepleiere fra 2 520 til 3 724, en økning på nesten 48 prosent. Samtidig har det blitt rekruttert sykepleiere fra utlandet.

### **Ingen flukt fra sykepleieryrket**

I diskusjonen av sykepleiermangelen har det blitt hevdet at det skjer en flukt fra yrket. Askildsen og Holmås (2001) finner imidlertid at det for et utvalg på om lag 49 000 personer med fullført sykepleierutdanning, var en yrkesdeltakelse på 85,2 prosent (1996). Til sammenligning var yrkesdeltakelsen i hele befolkningen i aldersgruppen 25 til 66 år 77 prosent, 82,7 prosent for menn og 71,6 prosent for kvinner (Statistisk sentralbyrå 1996.)

Videre fant Askildsen og Holmås at over 90 prosent av sykepleierne arbeider innenfor helse- og sosialsektoren. I tillegg

kommer sykepleiere som arbeider innenfor bedriftshelsetjeneste og lignende som en ikke har klart å identifisere.

Berge (2000) sammenlignet yrkesdeltakelsen for sykepleiere med allmennlærere og førskolelærere, som også er kvinnedominerte yrker med omtrent samme utdanningslengde og fant at sykepleierne i større grad arbeidet innenfor utdanningsrelevant sektor enn de andre yrkesgruppene.

### **Sykepleiere jobber deltid**

Andelen som arbeider deltid er imidlertid høyere blant sykepleiere enn for andre yrkesgrupper. Over 40 prosent av sykepleierne arbeider i redusert stilling (Askildsen og Holmås 2001). I somatiske sykehus arbeidet 49 prosent av sykepleierne deltid i 2000. Andelen sykepleiere som arbeider deltid er omtrent uendret i løpet av 1990-tallet. Stillingsprosenten for deltidsansatte har økt, fra i underkant av 57 prosent i 1990 til vel 62 prosent i 2000. Deltidsansatte sykepleiere omtales flere steder som en mulig arbeidskraftreserve.

Olsen (2000) undersøkte arbeidskraftreserven blant sykepleiere ved fem avdelinger ved tre sentralsykehus, og fant at størrelsen på arbeidskraftreserven er svært avhengig av definisjonen som benyttes. Dersom en definerer arbeidskraftreserven som differansen mellom hel og avtalt arbeidstid blant de sysselsatte, fant Olsen at denne er 33 årsverk per 100 årsverk. De fleste deltidsansatte arbeider imidlertid mer enn det deres avtalte stillingsbrøk tilsier, i form av ekstravakter. Hvis en definerer arbeidskraftreserven som differansen mellom hel og faktisk arbeidstid, viste undersøkelse av timelister ved to kirurgiske avdelinger at arbeidskraftreserven ble redusert til 25

årsverk per 100 årsverk. Olsen har også undersøkt arbeidskraftreserven ved å intervju 248 sykepleiere om ønsket arbeidstid, og fant da at arbeidskraftreserven ble redusert til 2,3 årsverk per 100 årsverk. Økte stillingsprosenter for de ansatte på fast basis kan imidlertid medføre at færre vil arbeide ekstravakter. Dette kan bety at den reelle ressurstilgangen vil være mindre enn 2,3 årsverk per 100 årsverk. Det store flertall i undersøkelsen ønsker å jobbe deltid, og deltidsansatte opplever seg ikke som annenrangs ansatte i forhold til heltidsansatte med hensyn til informasjon, kontakt med kollegaer og faglig utvikling. På grunn av kravet om døgnkontinuerlig drift ved sykehusene og at ansatte ikke skal jobbe oftere enn hver tredje helg, vil også arbeidsgiver være interessert i en andel deltidsansatte (Olsen 2000). Også av hensyn til fleksibilitet i forhold til det uforutsigbare fraværet, vil arbeidsgiver være interessert i en viss andel deltidsansatte. Denne undersøkelsen er ikke representativ for somatiske sykehus, men er likevel et viktig bidrag i diskusjonen om deltidsansatte som en mulig arbeidskraftreserve, fordi problemstillingene som tas opp her vil være aktuelle for de fleste sykehus.

### Sykepleiere erstatter hjelpepleiere

I tillegg til sykepleierne består pleien/ sykepleiertjenesten av hjelpepleiere og ufaglærte pleiere. Sykepleierne leder pleien, men deltar også selv i denne. I

somatiske sykehus er det få ufaglærte og vi vil derfor se bort fra denne personellgruppen i denne artikkelen. Som tidligere nevnt, har det vært en sterk reduksjon i antall årsverk for hjelpepleiere i perioden 1990 til 2000. Antall årsverk er redusert fra vel 6 600 til om lag 5 200 i 2000.

Reduksjonen var særlig stor på første halvdel av 1990-tallet. Andelen hjelpepleiere er dermed betydelig redusert, fra 30 prosent av alt pleiepersonell i 1990 til 19 prosent i 2000.

Samtidig med at det har vært, og fremdeles er, mangel på sykepleiere, har hjelpepleierstillinger blitt omgjort til sykepleierstillinger. Sykepleierne har lenge arbeidet for et arbeidsmonopol av pleien. Siden etableringen av Sykepleierforbundet i 1912 har sykepleierne kjempet for et eget fagområde, et arbeidsmonopol med klare grenser til andre pleiergrupper (Martinsen og Wærness 1979). I perioder med overskudd på sykepleiere har organisasjonen vært særlig offensiv, mens det i perioder med mangel på sykepleiere har vært problematisk å fremme slike krav. I 1943 fikk sykehusene tilskudd til 3 måneders utdanning av hjelpesøstre. Norsk sykepleierforbund (NSF) ønsket å løse sykepleiermangelen på andre måter, men protesterte ikke offentlig mot ordningen (Martinsen og Wærness 1979). I 1963 kom landets første hjelpepleierskole.

**Tabell 6. Andel årsverk for sykepleiere og hjelpepleiere i somatiske sykehus. Prosent av antall pleiere (sykepleiere og hjelpepleiere). 1990, 1995 og 2000**

	1990	1995	2000
Sykepleiere .....	70	77	81
Hjelpepleiere .....	30	23	19

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

**Tabell 7. Antall årsverk for sykepleiere per hjelpepleierårsverk. 1990 og 2000**

	1990	2000
I alt .....	2,4	4,3
Regionsykehus .....	2,7	5,2
Sentralsykehus .....	2,4	4,1
Lokalsykehus .....	2,3	3,9
Spesialsykehus .....	1,4	2,8

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

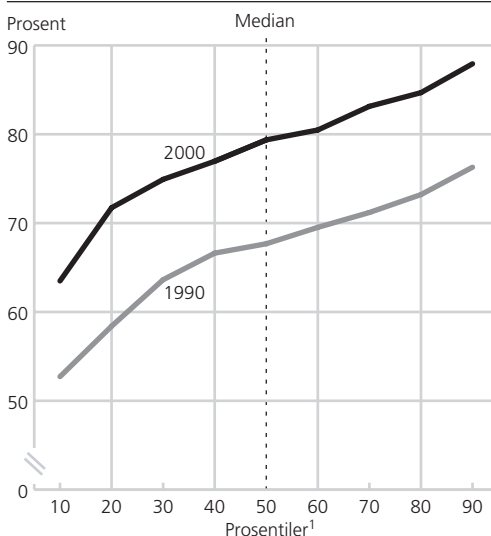
Dette skjedde med støtte fra NSF. Det var imidlertid viktig at den nye yrkesgruppen ble underlagt sykepleierne. Dahle og Iversen (2001) henviser til et internt debattnotat fra 1982 der sykepleierne mener at sykepleiere og hjelpepleiere har utdanning for til sammen å kunne ivareta den totale sykepleiertjenesten. NSF har imidlertid endret sitt syn på hjelpepleiernes bidrag i pleien.

I innstillingen "Sykepleiertjenesten i framtiden" som NSF vedtok på sitt landsmøte i Loen i 1989, heter det at sykepleierne skal stå for all direkte pleie av pasientene. Det betyr at sykepleierne også skal gjøre det pleiarbeidet som hjelpepleierne tidligere har utført. Denne innstillingen, ofte omtalt som Loen-vedtaket, har skapt vrede og frustrasjon blant hjelpepleierne og ført til et atskillig mer anstrengt forhold mellom de to yrkesgruppene. Hjelpepleierne i somatiske sykehus opplever et stadig press i retning av omgjøring av hjelpepleierstillinger til sykepleierstillinger.

Ved alle typer sykehus har andelen hjelpepleiere blitt redusert betydelig i perioden 1990 til 2000. Nedgangen har vært størst ved regionsykehusene etterfulgt av spesialsykehusene. Hjelpepleierandelen var imidlertid svært høy ved spesialsykehusene i 1990, og det er fremdeles høyest andel hjelpepleiere her. Regionsykehusene har lavest andel hjelpepleiere etterfulgt av sentral- og lokalsykehusene som har samme andel hjelpepleiere.

Det er imidlertid en viss variasjon i bruk av hjelpepleiere innenfor samme sykehusstype. Ved regionsykehuset med lavest andel hjelpepleiere var om lag 12 prosent av pleierne hjelpepleiere, mens ved regionsykehuset med høyest andel hjelpepleiere var i overkant av 19 prosent

**Figur 1. Andel sykepleiere av totalt antall pleiere (sykepleiere og hjelpepleiere). 1990 og 2000. Prosent**



<sup>1</sup> Sykehusene er rangert etter andel sykepleiere av pleiere totalt, fra laveste til høyeste verdi.

Kilde: Statistikk for spesialisthelsetjenesten 1990 og 2000, Statistisk sentralbyrå.

hjelpepleiere. For sentralsykehusene var lavest andel hjelpepleiere i underkant av 14 prosent, mens sykehuset med høyest andel hjelpepleiere hadde en andel på nesten 26 prosent. Ved lokal- og spesialsykehusene var variasjonen enda større. Figur 1 viser variasjonen i sammensetningen av pleiepersonellet ved sykehusene for årene 1990 og 2000.

Wold og Eilertsen (1994) intervjuet sykepleierledelsen ved seks sykehus vedrørende omgjøring av hjelpepleierstillinger til sykepleierstillinger i perioden 1982 til 1992. Alle tre kategorier sykehus er representert (region-, sentral- og lokalsykehus). Innenfor hver sykehusstype er det valgt ut to sykehus som plasserer seg i hver sin ende av skalaen over forholdstallet mellom hjelpepleiere og sykepleiere. Det er hovedsakelig sykepleierledelsen

**Tabell 8. Hjelpepleiernes andel av pleierne (sykepleiere og hjelpepleiere). 1990 og 2000. Prosent**

	1990	2000
<b>I alt .....</b>	<b>30</b>	<b>19</b>
Regionsykehus .....	27	16
Sentralsykehus .....	29	20
Lokalsykehus .....	31	20
Spesialsykehus .....	42	26

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

som svarer på intervjuene. Argumentasjonen for omgjøring av hjelpepleierstillinger til sykepleierstillinger går på at dette er en naturlig og nødvendig konsekvens av de store endringene som har skjedd i sykehusene de seneste årene. Effektivisering av sykehusene gjør at pasientene ligger på sykehuset stadig kortere tid.

Utredninger skjer poliklinisk og rehabilitering skjer utenfor sykehusene. Pasientene er kun innlagt i den akutte fasen, hvor behandlingen er intensiv. Enklere inngrep gjøres nå poliklinisk eller som dagbehandling. Dette gjør at inneliggende pasienter er sykere enn før. I tillegg brukes stadig mer avansert teknologi i behandling og overvåking. Dette gjør at pleieoppgavene blir stadig mer krevende og dermed øker også kravene til kompetanse hos pleiebemanningen, og det løses ved å ansette flere sykepleiere.

Legeforeningen viser imidlertid til at bildet er mer sammensatt enn at kortere liggetid betyr sykere pasienter. Moderne teknologi gjør at mange kirurgiske inngrep nå kan gjøres uten store åpne operasjoner. På denne måten medfører den medisinske utvikling at pasienter behandles på en måte som ikke svekker allmentilstanden i like sterk grad som ved tidligere behandlingsformer (Wold og Eilertsen 1994).

Trange økonomiske rammer framheves også som en årsak til at pleiebemanningen i økende grad består av sykepleiere. Når grunnbemanningen er knapp, er det hensiktsmessig at hver enkelt kan utføre flest mulig oppgaver. Dessuten er hjelpepleiere med lang ansiennitet like dyre som nyutdannede sykepleiere. Wold og Eilertsen peker også på at pleiebemanningen er sterkt påvirket av situasjonen på arbeidsmarkedet. Der hvor tilgangen av sykepleiere er stor, vil andelen sykepleiere i sykehusene også bli stor. I Loenvedtaket hevder sykepleierne at den medisinske utvikling har løpt fra hjelpepleierutdanningen, og at det å bruke hjelpepleiere i en avlastningsfunksjon er utvikling i feil retning.

Offentlige myndigheter har ansvar for en faglig forsvarlig helsetjeneste, og for god ressursutnyttelse og godt arbeidsmiljø for de ansatte. I Handlingsplan for helse- og sosialpersonell 1998-2001 (Sosial- og helsedepartementet 1999) beskrives situasjonen slik: *"Sykepleiere må dele ut mat, hjelpe pasienter med personlig hygiene og gjøre kontorarbeid som hjelpepleiere og kontorpersoneell kunne gjort like bra eller bedre.... Profesjonene - særlig legene og sykepleierne - har vunnet fram, men er også blitt innhentet av sin egen vellykkethet. Fordi hjelpepleierne er fortrent til fordel for sykepleierne, er det ikke rom for å ansette støttepersonell som kan avlaste sykepleierne for rutineoppgaver. Både leger og sykepleiere gir i økende grad uttrykk for mistrivsel som følge av overkvalifisering."*

Offentlige myndigheter deler ikke sykepleiernes syn på hjelpepleierne, men mener enkelte helseprofesjoner har utvidet sitt arbeidsområde for mye, noe som skaper dårlig arbeidsfordeling mellom yrkesgruppene og fører til ressursløsing.

## Oppsummering

Trass i problemer med behandlingskapasiteten ved somatiske sykehus, har det vært betydelig vekst i antall årsverk knyttet til sykehusene i perioden 1990 til 2000. Kunnskapsutviklingen innenfor medisinen gjør at en kan tilby behandling innenfor flere områder enn tidligere, og nye tilbud av helsetjenester skaper økt etterspørsel. Samtidig har vi i Norge hatt økonomiske muligheter til å følge opp utviklingen innenfor spesialisert medisin. Den sterke veksten i personell knyttet til somatiske sykehus er også gjort mulig ved at det er satset på økt utdanningskapasitet for helsepersonell, studier som det er stor søking til. En har også rekruttert helsepersonell fra andre land. Selv om det fremdeles er problemer med mangel på helsepersonell i somatiske sykehus, er problemene mindre her enn i andre deler av helsetjenesten. Både for leger og annet helsepersonell er de store spesialiserte sykehusene attraktive arbeidsplasser. Samtidig med at det har vært sterk økning i årsverk for universitets- og høyskoleutdannet helsepersonell, har det vært betydelig reduksjon i årsverk for hjelpepleiere. Profesjonskamp er et forslitt tema innenfor helsesektoren. Likefullt er det et anstrengt forhold mellom sykepleiere og hjelpepleiere. Ikke minst etter Loenvedtaket fra 1989, hvor det varsles en ny praksis der sykepleiere skal stå for all direkte pleie og fordi hjelpepleierstillinger i stor utstrekning er blitt omgjort til sykepleierstillinger. Offentlige myndigheter ønsker at hjelpepleierne fremdeles skal stå for en del av pleien i sykehusene under ledelse av sykepleierne. I praksis virker det imidlertid som sykepleierne i stor grad har fått gjennomslag for sin strategi.

## Referanser

- Askildsen, J. K. og Holmås, T. H. (2001): Arbeidsmarkedet for helsepersonell i Norge: Hvor blir det av sykepleierne? i *Helse, økonomi og politikk, Utfordringer for det norske helsevesenet*, Oslo: Cappelen.
- Berg, Ole (1987): *Medisinsens logikk*, Studier i medisinsens sosiologi og politikk. Universitetsforlaget.
- Berge, C. (2000): *Sykepleiernes yrkestilknytning*, hovedoppgave i sosialøkonomi.
- Dahle, R. og M. Iversen (2001): Relasjonene mellom sykepleiere og hjelpepleiere, *Tidsskrift for Velferdsforskning*, Nr. 4, 2001, s. 239-251.
- Martinsen, Kari og K. Wærness (1979): Pleie uten omsorg? i *Norsk sykepleie mellom pasient og profesjon*, Oslo: Pax.
- Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording (1999): *Spesialistutdanning og legemarked*, Årsmelding 1999.
- Olsen, T. S. (2000): *Deltidsansatte sykepleiere - ingen stor arbeidskraftreserve*. Søkelys på arbeidsmarkedet, Nr. 17, 2000.
- Skoglund, E. og A. Taraldset (2000): Legemarkedet i Norden 1980-2000, *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, Nr. 17, 2000.
- Sosial- og helsedepartementet (1999): *Handlingsplan for helse- og sosialpersonell 1998-2001 : Rett person på rett plass*, 3. utgave.
- Statistisk sentralbyrå (1996): *Arbeidskraftundersøkelsen*.
- Wold, M. og R. Eilertsen (1994): *Hjelpepleierens plass i framtidens sykehus*, Norsk hjelpepleierforbund, Oslo: De Facto, Kunnskapssenter for fagorganiserte.



Anne Mundal

## Sykehuslegene: Går produktiviteten ned?

*Antall korrigerte sykehusopphold per legeårsverk er redusert med om lag 16 prosent i perioden 1992 til 1998. Også i forhold til poliklinisk virksomhet er det redusert aktivitet per legeårsverk. Ved region- og sentralsykehusene har det vært sterk økning i legeårsverk på 1990-tallet. Samtidig har det skjedd en endring i forholdet mellom antall leger og pleiere fordi det har vært sterk vekst i legeårsverk, mot en reduksjon i antall hjelpepleierårsverk. Pleiere (sykepleiere og hjelpepleiere) per legeårsverk er redusert fra 5,8 til 4,9 i perioden 1990 til 2000.*

Antall legeårsverk ved somatiske sykehus økte med om lag 55 prosent i perioden 1990 til 2000. Den sterke veksten har ført til flere legeårsverk ved alle typer sykehus. Antall årsverk ved sentral- og region-sykehusene økte med henholdsvis 74 og 70 prosent. Både regionsykehusene og sentralsykehusene har fått nesten 1 050 flere legeårsverk i denne perioden. En del av økningen ved de store sykehusene skyldes at lokalsykehus, spesialsykehus og andre mindre helseinstitusjoner har blitt innlemmet i disse sykehusene. De fem regionsykehusene har 36 prosent av legeårsverkene, mens sentralsykehusene<sup>1</sup> har 35 prosent. Til tross for at antall lokalsykehus har blitt redusert fra 53 til 41 i perioden 1990 til 2000, økte antall legeårsverk med om lag 280. For spesialsykehusene var det også vekst i legeårsverk, selv om det også for denne gruppen har blitt færre sykehus.

**Tabell 1. Antall årsverk for leger, etter sykehustype. 1990, 1995 og 2000**

	1990	1995	2000
<b>I alt .....</b>	<b>4 576</b>	<b>5 402</b>	<b>7 073</b>
Regionsykehus .....	1 502	1 876	2 547
Sentralsykehus .....	1 419	1 793	2 465
Lokalsykehus .....	1 417	1 459	1 698
Spesialsykehus .....	232	235	312
Private sykehus <sup>1</sup> ...	6	38	51

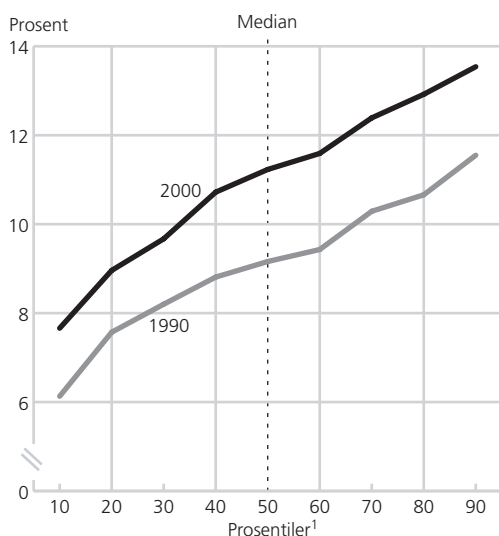
<sup>1</sup> For 1990 er ett privat sykehus inkludert i statistikkgrunnlaget. Fra og med 1995 er alle private sykehus inkludert. Kilde: Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

### Årsverk

Årsverksinnsatsen er beregnet ved en punkt-observasjon av antall heltidsstillinger og deltidstillinger (omregnet til heltidsstillinger) ved utgangen av kalenderåret. Tallene fanger ikke opp svingninger i løpet av året, omfanget av overtid og mertid (arbeidet tid utover avtalt arbeidstid).

<sup>1</sup> Inklusive Aker sykehus.

**Figur 1. Variasjon i andelen legeårsverk av totalt antall årsverk. 1990 og 2000. Prosent**



<sup>1</sup> Sykehusene er rangert etter andel legeårsverk av totalt antall årsverk, fra laveste til høyeste verdi.

Kilde: Statistikk for spesialisthelsetjenesten 1990 og 2000, Statistisk sentralbyrå.

Veksten i legeårsverk har medført at andelen legeårsverk av totalt antall årsverk har økt fra 9,9 prosent i 1990 til 12,1 prosent i 2000, jf. tabell 2. Figur 1 viser variasjon mellom sykehusene i antall legeårsverk i forhold til totalt antall årsverk for årene 1990 og 2000.

Andelen legeårsverk har også økt i forhold til annet helsepersonell. For eksempel var det 5,8 sykepleier- og hjelpepleierårsverk per legeårsverk i 1990 mot 4,9 i 2000, en reduksjon på 16 prosent. Økningen i legeårsverk i forhold til andre personellgrupper, både i forhold til pleiere, helsepersonell og personell for hele sykehuset, har vært størst ved sentralsykehusene og spesialsykehusene. Spesialsykehusene er imidlertid små i forhold til de andre sykehustypene, kun 4 prosent av legene arbeider her. Andelen leger er

**Tabell 2. Andel årsverk for leger i prosent av totalt antall årsverk ved somatiske sykehus<sup>1</sup>. 1990, 1995 og 2000**

	1990	1995	2000
<b>I alt .....</b>	<b>9,9</b>	<b>10,8</b>	<b>12,1</b>
Regionsykehus ...	11,1	11,6	12,8
Sentralsykehus ...	9,9	10,8	12,4
Lokalsykehus .....	9,3	10,1	11,0
Spesialsykehus ...	7,1	8,5	10,8

<sup>1</sup> Private sykehus er ikke inkludert.

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

imidlertid størst ved regionsykehusene. Ved utgangen av 2000 var 21 prosent av helsepersonellet ved regionsykehusene leger, mens andelen ved sentralsykehusene og lokalsykehusene var henholdsvis 18,9 og 16,4 prosent. Den høye legeandelen ved regionsykehusene har nok sammenheng med at regionsykehusene skal stå for innføring av nye behandlingsmetoder, behandle de medisinsk mest ressurskrevende pasienter, utdanne nye leger og drive forskning. Private sykehus er utelatt i denne sammenligningen fordi flere av disse sykehusene fungerer mer som poliklinikker og dagenheter enn andre sykehus.

### Behandlingsaktivitet ved sykehusene

Med så sterk økning i legeårsverk knyttet til somatiske sykehus på 1990-tallet blir det nærliggende å se på hva en har fått igjen for denne veksten i personellressurser. Egentlig burde en målt pasientenes helseforbedring i forhold til ressursinnsats. I og med at dette er svært krevende å måle, beregner en produksjonen ved sykehus i form av antall helsetjenester produsert. Ved somatiske sykehus er det ofte vanlig å beskrive aktiviteten i form av sykehusopphold for inneliggende pasienter, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner. Men denne måten å måle

**Tabell 3. Andel årsverk for leger i prosent av helsepersonell<sup>1</sup> ved somatiske sykehus<sup>2</sup>. 1990, 1995 og 2000**

	1990	1995	2000
<b>I alt .....</b>	<b>15,0</b>	<b>15,9</b>	<b>18,9</b>
Regionsykehus ..	17,7	17,9	21,0
Sentralsykehus ..	14,7	15,5	18,9
Lokalsykehus .....	13,8	14,6	16,4
Spesialsykehus ..	11,5	13,5	18,0

<sup>1</sup> Omfatter leger, sykepleiere, jordmødre, hjelpepleiere, fysioterapeuter, bioingeniører, radiografer, ergoterapeuter.

<sup>2</sup> Private sykehus er ikke inkludert.

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

produksjonen på er imidlertid heller ikke uproblematisk. I perioden 1990 til 2000 økte antall heldøgnsopphold med 13 prosent, mens polikliniske konsultasjoner inklusiv dagbehandling<sup>2</sup> økte med 41 prosent. Å finne et "riktig" mål for samlet aktivitetsvekst kan være vanskelig fordi det er store forskjeller i ressursbruk mellom f.eks. en enkel poliklinisk kontroll og et lenger sykehusopphold som omfatter kompliserte medisinske inngrep. Også for inneliggende pasienter og polikliniske pasienter er det stor innbyrdes variasjon i ressursbruk. For inneliggende pasienter er dette problemet løst ved DRG-systemet (Diagnose Relaterte Grupper) som vektet pasienter i medisinsk konsistente og kostnadshomogene grupper. Fra 1999 er også dagpasienter inkludert i DRG-systemet, mens poliklinisk virksomhet ennå gjenstår.

En måte å lage et samlet aktivitetstall på, er å vekte sammen inneliggende og poliklinisk behandling basert på deres relative kostnadsandeler. Dessverre mangler mulighetene for å kunne skille ut kostnadene knyttet til poliklinisk virksomhet fordi de fleste sykehusene per i dag ikke

**Tabell 4. Antall pleiere<sup>1</sup> per legeårsverk ved somatiske sykehus<sup>2</sup>. 1990, 1995 og 2000**

	1990	1995	2000
<b>I alt .....</b>	<b>5,8</b>	<b>5,5</b>	<b>4,9</b>
Regionsykehus ..	4,9	4,8	4,4
Sentralsykehus ..	6,0	5,6	5,0
Lokalsykehus .....	6,5	6,0	5,6
Spesialsykehus ..	7,2	5,9	4,8

<sup>1</sup> Sykepleiere og hjelpepleiere.

<sup>2</sup> Private sykehus er ikke inkludert.

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

har gode nok regnskapssystemer til dette. I mangel på kostnader har man derfor ofte benyttet polikliniske inntekter (refusjon fra Rikstrygdeverket og egenbetaling) som et anslag på kostnadene ved poliklinisk behandling. I 1998 var sykehusenes inntekter for poliklinisk behandling<sup>2</sup> vel 3,2 milliarder kroner, mens brutto driftsutgifter var i overkant av 28,6 milliarder kroner. Etter denne beregningsmetoden utgjorde poliklinisk virksomhet om lag 11,3 prosent av brutto driftsutgifter ved sykehusene. Fra og med 1999 kommer dagbehandlingen inn under Innsatsstyrt finansiering på samme måte som heldøgnsoppholdene.

Intensjonen med avtalebaserte refusjoner for polikliniske pasienter var å stimulere til økt poliklinisk behandling og på denne måten bidra til bedre ressursutnyttelse. Som nevnt, ligger det ikke kostnadsberegninger til grunn for beregning av polikliniske inntekter. En analyse av kostnadene til poliklinisk virksomhet og dagkirurgi ved sykehusene i Akershus i 1995 viste at denne virksomheten utgjorde 26 prosent av de samlede kostnadene ved sykehuset. Refusjon fra Rikstrygdeverket og egenbetaling utgjorde dermed 51 prosent av

<sup>2</sup> Omfatter dagbehandling som inngår i takster for legehjelp som utføres poliklinisk. Behandling av dialysepasienter er ikke inkludert.

kostnadene knyttet til denne virksomheten.

Siden det er svakheter ved å anta at polikliniske kostnader tilsvarer polikliniske inntekter, og dermed beregne et samlet aktivitetsmål i sykehusene, har vi i fortsettelsen valgt å se på inneliggende behandling og poliklinisk virksomhet hver for seg.

### Færre sykehusopphold per legeårsverk

I perioden 1990 til 2000 er antall sykehusopphold per legeårsverk redusert fra om lag 136 til 98, en reduksjon på nesten 28 prosent. Reduksjonen har vært størst ved regionsykehusene etterfulgt av sentralsykehusene med en nedgang på henholdsvis 33 og 27 prosent.

Reduksjonen i sykehusopphold per årsverk er lavest for lokalsykehusene. Det har imidlertid blitt langt færre lokalsykehus i perioden vi ser på, og flere av disse sykehusene har endret funksjon. Lokalsykehus som tidligere har hatt akuttberedskap, har endret driften til kun planlagte innleggelser. Det er en driftsform som er mindre kostnadskrevenne enn om man også har akuttberedskap. Tallene for lokalsykehusene er derfor vanskeligere å tolke.

**Tabell 5. Antall sykehusopphold<sup>1</sup> per legeårsverk. 1990, 1995 og 2000**

	1990	1995	2000
<b>I alt.....</b>	<b>136</b>	<b>119</b>	<b>98</b>
Regionsykehus .....	102	88	68
Sentralsykehus .....	146	131	107
Lokalsykehus .....	166	147	131
Spesialsykehus .....	111	95	82

<sup>1</sup> Sykehusoppholdene gjelder innlagte pasienter.

Kilde: Pasientstatistikk og spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

### DRG-korrigerede heldøgnsopphold

Noe av reduksjonen i sykehusopphold per legeårsverk kan skyldes at pasienter som tidligere ble innlagt, nå behandles som dagpasienter eller polikliniske pasienter. Når enklere inngrep overføres til dagbehandling eller poliklinisk behandling, betyr det at inneliggende pasienter har mer kompliserte sykdomsforløp enn tidligere og er følgelig mer ressurskrevende å behandle. Den medisinske utvikling medfører også til at grensene for behandling stadig flyttes til å omfatte mer kompliserte inngrep. Som tidligere nevnt, er det utviklet et system for ta hensyn til pasienttyngde, Diagnose Relaterte Grupper (DRG). Dette er den mest differensierte metoden for å knytte kostnader til pasienter i våre sykehus. Systemet er et medisinsk klassifikasjonssystem utviklet i USA og til en viss grad tilpasset norske forhold. I det norske systemet deles pasientene inn i 495 diagnosegrupper (per 1997). Gruppene skal være klinisk meningsfulle og ressursmessig homogene. Inndelingen bygger på utskivningsdiagnose, operasjonskoder, bidiagnoser, alder og kjønn. DRG-systemet bygger på indirekte målekriterier for ressursbruk per pasientinnleggelse. Beregningene gjøres ved at de pasientadministrative data behandles elektronisk i et grupperingsprogram som henfører pasientene til den riktige diagnosegruppen. Deretter knytter man kostnadsberegninger til den enkelte pasientgruppen. Fra 1997 ble finansieringen av inneliggende pasienter i somatiske sykehus endret i retning av en delvis rammefinansiering og delvis stykkprisfinansiering, hvor DRG-systemet er grunnlag for stykkprisfinansieringen. (Se for øvrig artikkelen "Flere behandlede pasienter i somatiske sykehus".)

Til analysen av behandlingsaktivitet for inneliggende pasienter i forhold til antall

**Tabell 6. Antall DRG-korrigerede sykehusopphold for inneliggende pasienter per legeårsverk, etter sykehustype. 1992 og 1998**

	1992	1998	Prosentvis endring fra 1992 til 1998
<b>I alt .....</b>	<b>141</b>	<b>118</b>	<b>-16</b>
Regionsykehus .....	121	96	-21
Sentralsykehus .....	144	126	-13
Lokalsykehus .....	167	146	-13

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, Sintef Unimed NIS Samdata, Statistisk sentralbyrå.

legeårsverk har vi her tatt utgangspunkt i perioden 1992 til 1998. Dette er gjort av hensyn til kvalitet og omfang av sykehus som har levert pasientdata, og fordi dagopphold først er inkludert i DRG-tallene etter 1998. For å sikre sammenlignbarhet i datamaterialet gjøres analysen kun for de sykehusene som er inkludert i datagrunnlaget både i 1992 og 1998<sup>3</sup>. Av hensyn til bedre sammenlignbarhet mellom sykehustyper er sykehus som ikke har akuttberedskap, tatt ut. Tallene over korrigerede sykehusopphold er beregnet på grunnlag av 47 sykehus.

Også når vi korrigerer sykehusopphold for inneliggende pasienter etter pasienttyngde, er det nedgang i heldøgnsopphold per legeårsverk. Reduksjonen er størst ved regionsykehusene med en nedgang på 21 prosent. Både for sentralsykehusene og lokalsykehusene er reduksjonen i heldøgnsopphold per legeårsverk 13 prosent. Det er naturlig at det er en viss forskjell i aktivitet per legeårsverk mellom sykehustypene. De store sykehusene skal ha beredskap over et bredt

**Tabell 7. Antall polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger<sup>1</sup> per legeårsverk. 1990, 1995 og 2000**

	1990	1995	2000
<b>I alt .....</b>	<b>558</b>	<b>558</b>	<b>503</b>
Regionsykehus .....	474	484	463
Sentralsykehus .....	546	600	513
Lokalsykehus .....	698	651	599
Spesialsykehus .....	314	236	215

<sup>1</sup> Omfatter dagbehandling som inngår i polikliniske takster for legehjelp.

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

spekter av medisinske spesialiteter. Dette gjelder i større grad for regionsykehusene enn for sentralsykehusene. Som tidligere nevnt, har også regionsykehusene større oppgaver i forbindelse med utdanning av leger, forskning og innføring av nye behandlingsmetoder.

Også når det gjelder polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger<sup>4</sup> er det reduksjon i aktivitet per legeårsverk (10 prosent), men nedgangen er mindre enn for behandling av inneliggende pasienter. Nedgangen var størst for spesial- og lokalsykehusene og minst ved regionsykehusene. Det er imidlertid ikke korrigeret for pasienttyngde her. Det er sannsynlig at pasienttyngden for dagbehandlinger og polikliniske behandlinger har økt i og med at pasienter som tidligere ble innlagt, i økende grad blir behandlet som dagpasienter.

Mål på aktivitet per beregnet legeårsverk er i dette kapitlet en partiell analyse, hvor det er forutsatt at andre innsatsfaktorer kan velges fritt. Sykehusene bruker

<sup>3</sup> Hamar og Florø sykehus inngår i sentralsykehusene i Hedmark og Sogn og Fjordane i 1998, men var tidligere selvstendige lokalsykehus. Disse sykehusene er her lagt til sentralsykehusene også i 1992.

<sup>4</sup> Omfatter dagbehandling som inngår i takster for legehjelp som utføres poliklinisk. Dialyse er ikke inkludert.

imidlertid flere innsatsfaktorer enn leger i pasientbehandlingen. Både andre personellgrupper som sykepleiere, hjelpepleiere, bioingeniører, radiografer osv. og ulike typer utstyr, er innsatsfaktorer som i de fleste tilfeller er nødvendig i behandlingen av pasienter. Lav aktivitet per legeårsverk kan skyldes lav aktivitet hos andre typer arbeidskraft.

### **Mer tid til indirekte pasientarbeid?**

I analysene som er gjort over, har vi tatt utgangspunkt i direkte pasientarbeid per beregnede årsverk. I tillegg til direkte pasientarbeid som diagnostisering, behandling, operativ virksomhet osv., bruker legen tid på indirekte pasientarbeid som journalføring, møter, beredskapsvakt, kontakt med primærhelsetjenesten osv. Videre bruker legen tid på administrativt arbeid, kompetanseoppbygging, forskning og undervisning. Vi har imidlertid ikke data som gjør det mulig å analysere legenes aktivitet på indirekte pasientarbeid. En nedgang i behandlingsaktivitet per legeårsverk kan skyldes at legene i løpet av 1990-tallet har hatt en dreining i retning av å bruke mer av arbeidstiden til andre oppgaver enn direkte pasientarbeid. Mye tyder også på at kravet til dokumentasjon, pasientinformasjon og kontakt med andre offentlige instanser har økt i perioden vi ser på.

Der er også mulig at legene bruker mer tid på administrasjon enn før. Tidligere opererte legene mer selvstendig i sin profesjonsutøvelse, mens det nå er mange leger samlet i store sykehus i et hierarkisk system. Denne utviklingen har tiltatt på 1990-tallet hvor en har fått færre sykehus og flere leger.

Årsverksinnsatsen er beregnet ved en punktobservasjon av antall heltidsstillinger og deltidstillinger omregnet til hel-

tidsstillinger. Tallene fanger ikke opp svingninger i løpet av året, omfanget av overtid og mertid. I denne sammenhengen representerer ikke dette et problem dersom det ikke har skjedd endringer over tid i sykehusene.

Rønningen og Magnussen (2001) har undersøkt utviklingen i legeproduktiviteten ved 47 sykehus i perioden 1992-1998 og fant fallende utvikling i legeproduktiviteten ved flertallet av sykehusene.

Sykehus med sterkest vekst i antall legeårsverk har hatt svakest produktivitetstilvekling. Tre ulike modeller ble benyttet i analysen. Disse gir et fall i produktivitet på mellom 8 og 17 prosent. Modellen som inkluderer poliklinisk virksomhet, og splitter inneliggende pasienter i medisinske pasienter, kirurgiske pasienter, inndeksopphold for andre innlagte og antall langtidsliggedager, viser lavest fall i produktivitet. Mangel på data over dagbehandling er den største svakheten med analysen.

Rønningen og Magnussen har undersøkt flere forhold som kan påvirke legeproduktiviteten: Endring i pasientsammensetningen i form av øyeblikkelig hjelp, innleggelser for indremedisinske pasienter og veksten i poliklinisk virksomhet, problemer med flaskehals og omfanget av legers vaktarbeid. De finner at endring i pasientsammensetning og omfanget av legenes vaktarbeid ikke påvirker legeproduktiviteten. Flaskehalsproblemer har betydning for legeproduktiviteten, men datakvaliteten er problematisk, og dette resultatet er derfor usikkert.

### **Større krav til kompetanse**

Kunnskapsutviklingen innenfor medisinen går raskt, og det er mulig at kompetanseoppbygging krever mer tid enn tidligere. Rønningen og Magnussen peker på at det

fra legehold blir hevdet at dagens medisinsk-tekniske utstyr er mer krevende enn tidligere, det gjelder både opplæring i bruk av utstyret og bruken av det. Med færre legespesialiteter enn andre land vil spesialitetene i Norge dekke et større fagområde og kompetanseoppbyggingen blir mer krevende. Økningen i antall sykehusleger på 1990-tallet bidrar også til at erfarne leger må bruke mer tid på opplæring og undervisning.

I dette kapitlet har vi kun sett på utviklingen i behandlingsaktivitet, men har ikke data over kvalitet på behandlingen. Bruken av tverrfaglige team i f.eks. habilitering og rehabilitering hvor både nevrolog, pediater, sykepleier, psykolog og ergoterapeut kan bidra i forbindelse med utredning, behandling og tilrettelegging, styrker sannsynligvis kvaliteten på utredning og behandling, men bidrar til at helsetjenestene krever mer personell.

Lavere behandlingsaktivitet for legene kan også skyldes knapphet på andre personellgrupper, f.eks. sykepleiere. Tidligere har vi vist at antall årsverk for sykepleiere og hjelpepleiere samlet har hatt en lavere vekst enn for legene. Videre krever effektiv ressursutnyttelse at sengeposter, operasjonsavdelinger, intensivenheter, røntgen og laboratoriet er dimensjonert riktig i forhold til hverandre, og at samspillet mellom dem er optimalisert. Sykehusene er blant de største bedriftene vi har, og i den perioden vi har studert, har de blitt færre, større og mer kompliserte organisasjoner, noe som stiller større krav til ledelse og organisering av driften. Dersom de ulike enhetene i sykehusene ikke har vokst i et riktig forhold til hverandre, eller den interne organiseringen ikke fungerer godt, vil dette hindre gjennomstrømmingen av pasienter.

Vi har forutsatt at DRG systemet korrigerer for forskjeller i pasienttyngde. Pettersen (1998) peker imidlertid på at DRG-systemet kanskje ikke godt nok fanger opp forskjeller i sykdommens alvorlighetsgrad og pleietyngde siden det er store forskjeller sykehusene imellom når det gjelder liggetid for pasienter innenfor samme DRG.

### Oppsummering

Antall årsverk for leger ved somatiske sykehus har økt betydelig i perioden 1990 til 2000. Den sterke veksten har hovedsakelig vært ved regionsykehusene og sentralsykehusene. Samtidig har det vært en nedgang i behandlingsaktiviteten per legeårsverk særlig ved regionsykehusene. Vi har her ikke funnet årsaken til redusert behandlingsaktivitet, men prøvd å peke på mulige forhold som kan bidra til å forklare denne utviklingen. Legenes arbeidsoppgaver kan ha hatt en dreining i retning av mer indirekte pasientarbeid, administrasjon og større krav til kompetanseoppbygging. Kvaliteten på helsetjenesten kan også ha økt i perioden vi ser på og forskjellene mellom sykehusene i pasientsammensetning kan være større enn det DRG-systemet fanger opp.

Somatiske sykehus har vært gjenstand for omfattende reformer de siste årene som innføring av Innsatsstyrt finansiering, fritt sykehusvalg og statlig eierskap for sykehusene. Sentrale mål for disse reformene er å sikre økt kostnadseffektivitet ved økonomiske insentiv, elementer av konkurranse og delegering av beslutningsmyndighet. Det gjenstår å se om disse reformene på sikt vil bidra til en dreining i retning av økt pasientbehandling.

Mot slutten av 1990-tallet har sentrale helsemyndigheter ført en mer restriktiv politikk i forhold til opprettelse av nye

legestillinger ved de store sentralsykehusene. Grunnen til denne innstramningen er hensynet til at det allerede er mange ledige stillinger ved lokalsykehusene og i distriktene, og at det er mangel på leger i andre deler av helsetjenesten, både innenfor primærhelsetjenesten og innenfor psykiatritjenesten. Den sterke veksten i legeårsverk ved de store sentrale sykehusene som vi har sett på 1990-tallet, vil derfor muligens avta de nærmeste årene. På den annen side er utdanningskapasiteten for leger økt betydelig på 1990-tallet. Etter hvert som de større kullene kommer ut i arbeidsmarkedet, vil det trolig bidra til å redusere det underskuddet som vi i dag observerer for denne gruppen.

Innføringen av statlig eierskap for sykehusene betyr at staten har fått eieransvar for sykehusene og øvrig spesialisthelsetjeneste. Det er opprettet fem regionale helseforetak etter samme geografiske inndeling som de tidligere helseregionene. Alle offentlige sykehus er organisert i 47 selvstendige helseforetak som ligger under de regionale helseforetakene. Helseforetakene er egne rettssubjekt. Dette vil først og fremst bety endringer i forbindelse med regnskapsrapportering fra sykehusene, men reiser også nye problemstillinger knyttet til statistikk over personellressurser og aktivitet. SSB arbeider aktivt for at viktige tidsserier for relevante variabler videreføres slik at virkningen av helsereformer skal kunne analyseres.

### Referanser

Kostnadsberegning av dag- og poliklinisk behandling (1995). Helse- og sosialdirektøren i Akershus.

Pettersen, Inger J. (1998): Reisen til sykehusmarkedet. Om økonomisk styring i sykehussektoren. *Sosialøkonomen*, Nr. 2, 1998.

Rønningen, Lars og Jon Magnussen (2001): *Utviklingen i legeinnsats og aktivitet ved de somatiske sykehusene på 1990-tallet*. Sintef-rapport.



Elin Skretting Lunde

## Sykehuspasientene Hjerte- og karsykdom vanligste årsak til innleggelse

*I løpet av 1990-tallet har antallet sykehusopphold økt for hele befolkningen. Mest markert er økningen blant de eldste. Det er flere kvinner enn menn som ligger på sykehus, men de har like lange sykehusopphold i snitt. Sykehusoppholdene blir lengre jo eldre pasienten er. Eldre over 70 år står for nesten en tredjedel av alle innleggelsene. Vel 15 prosent av heldøgnsoppholdene ved somatiske sykehus skyldes hjerte- og karsykdommer. Andre store diagnosegrupper er svulster, skader, svangerskap og barsel.*

Hva vi blir syke av, hva vi ligger på sykehuset for og hva vi dør av, kan være overlappende fenomener, men vi finner også enkelte forskjeller. Ikke alle lidelser medfører et sykehusopphold og mange sykdommer kan kureres, og har derfor sjelden dødelig utgang. Likevel er sykdom grunnen til nær 95 prosent av alle dødsfall, mens resten skyldes ytre årsaker som ulykker og drap.<sup>1</sup> Den vanligste dødsårsaken er hjerte- og karsykdommer, dernest kreftsykdommer. Dette er også de vanligste sykehusdiagnosene. I 2000 ble det skrevet ut i underkant av 695 000 pasienter fra somatiske sykehus i Norge, og til sammen lå de på sykehus over fire millioner døgn.

Det er ikke alle vi kan si noe om via pasientstatistikken, til og med 1999 bygde den kun på data om pasienter utskrevet fra heldøgnsavdelingene på somatiske sykehus. Fra og med 2000-årgangen er dagbehandlinger ved disse sykehusene også kommet med og blir

publisert på SSBs Internett-sider, men er ikke inkludert i denne artikkelen. Andre institusjonstyper (f.eks. sykehjem, psykiatriske sykehus og fødestuer) er ikke med i statistikkgrunnlaget. Psykiatriske avdelinger på somatiske sykehus er også holdt utenfor. I tallene presentert her, er pasienter uten gyldig oppgitt kommunenummer tatt ut (de aller fleste av disse er pasienter bosatt i utlandet). Friske nyfødte, ledsagere til pasientene og pasienter som er døde ved ankomst til sykehuset er også ekskludert fra datamaterialet.

### Kjønns- og aldersfordelingen blant pasientene

Det er flere kvinner enn menn som ligger på sykehus. Mye av forklaringen ligger i at kvinner føder barn på sykehuset og at de lever lenger enn menn. Menn og kvinner har i gjennomsnitt like lange sykehusopphold, og sykehusoppholdet blir i hovedsak lenger jo eldre pasienten er. Aldersgruppen 5-9 år har en gjennomsnittlig liggetid på 3,3 dager, mens

<sup>1</sup> Statistisk sentralbyrå 2001.

### Koding av diagnoser

I pasientstatistikken ble alle diagnosene fram til 1999 kodet i samsvar med "Klassifikasjon av sykdommer, skader og dødsårsaker - Norsk utgave av ICD-9", som ble tatt i bruk i 1986. I de norske registreringssystemene er det mulig å registrere et stort antall diagnoser for hver utskrivning. I pasientdataene er det fram til og med 1997 gitt plass for inntil tre diagnoser - en *hoved*-diagnose og to *bidiagnoser*. Fra og med 1998 er det mulighet for å føre sju bidiagnoser. Hoveddiagnosen, som anses som den mest alvorlige under sykehusoppholdet, blir brukt som fordelingsvariabel i alle analysene i denne artikkelen.

I 1999 ble ICD-9 (International Classification of Diseases versjon 9) byttet ut med den oppdaterte versjonen ICD-10, noe som medfører et brudd i statistikken da versjon 10 er mye mer omfattende og detaljert enn tidligere versjoner. Videre har enkelte diagnoser byttet fra en diagnosegruppe til en annen, noe som påvirker muligheten til å lage sammenlignbare tidsserier for alle diagnoser. På et aggregert nivå er det likevel mulig å foreta sammenligninger. I denne artikkelen blir en del enkelt diagnoser sammenlignet på tross av overgangen til ICD-10, fordi de er vurdert som rimelig sammenlignbare. Det har likevel vært nødvendig å foreta noen grep<sup>2</sup> for å bedre mulighetene for sammenligning. Dette har blitt gjort med kategorien hjerte- og karsykdommer i tabell 1, og det har også blitt gjort med lårhalsbruddene som blir beskrevet senere i artikkelen.

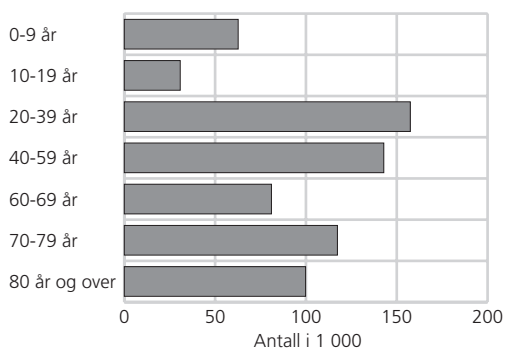
pasienter på 80 år og eldre har 8,3 dager. Som figur 1 viser, er det blant 20-39-åringene vi finner flest sykehusopphold, her er det opphold i forbindelse med barseltid og fødsel som står for nesten halvparten av oppholdene, videre er det skader, sykdommer i fordøyelsesorganene og muskel- og skjelettsykdommer som bidrar til dette tallet.

### Barn på sykehus

Nesten 94 000 barn og unge i alderen 0 til 19 år ble skrevet ut av sykehusene i 2000. Flest barn finner vi i aldersgruppen 1-5 år, med 31 000 utskrivninger. Vi finner også en rekke spedbarn under 1 år på sykehusene (19 477 utskrivninger). Hvorfor ligger barn på sykehus? Den vanligste diagnosegruppen utgjøres av sykdommer i åndedrettssystemet, da spesielt akutte infeksjoner i luftveiene, andre sykdommer i de øvre luftveiene og bronkial astma. Deretter følger skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker, hvor ulike bruddskader,

hjernerystelse og andre indre hodeskader uten skallebrudd er mest vanlig. Infeksjonssykdommer, ulike sykdommer i fordøyelsesorganene og kreft medfører også mange sykehusinnleggelses for barn og unge.

Figur 1. Antall utskrevne pasienter, fordelt etter alder. 2000. 1 000



Kilde: Norsk pasientregister/pasientstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

<sup>2</sup> Hjerte- og karsykdommer er her definert som kode 390-459 i ICD-9 og kode I00-I99, G45 og M30 og M31 i ICD-10. Lårhalsbrudd er definert som kode 820 i ICD-9 og S72.0-S72.2 i ICD-10.

## Eldre på sykehus

De eldre over 70 år står for nesten en tredjedel av alle innleggelsene. Vi kan se en spesielt kraftig økning blant pasientene over 80 år i løpet av 1990-tallet. Fra 1990 til 2000 har antall sykehusopphold for denne gruppen økt med 52 prosent (34 000 opphold). Antall eldre har økt i den samme tidsperioden, og vi lever litt lenger enn før, så dette kan ikke automatisk tolkes som et uttrykk for at den eldre befolkningen er sykere enn før. Antall sykehusopphold har økt for alle aldre og begge kjønn i løpet av denne perioden. Flest eldre (over 80 år) havner på sykehus med hjerte- og karsykdommer, deretter følger ulike typer skader og forgiftninger, hvor lårhalsbrudd er den vanligste

diagnosen etterfulgt av andre skader. Også åndedrettssykdommer, spesielt lungebetennelse og influensa, medfører mange sykehushopp hold blant de eldste, som vist i figur 4. Som nevnt, ligger eldre lenger på sykehus enn andre pasientgrupper, de over 80 år ligger drøyt 8 dager per opphold. Lengden på de eldres sykehusopphold vil kunne påvirkes av kapasiteten i eldreomsorgen.

## De vanligste sykdommene

Pasienter med sykdom i sirkulasjonsorganene, slik som for eksempel hjerteinfarkt og hjerneslag, utgjør den største diagnosegruppen, hjerte- og karlidelser er som nevnt, også den vanligste dødsårsaken. Den nest største sykdomsgruppen utgjøres av kreftsvulster eller godartede svulster. Kreft rammer en rekke mennesker hvert år, i 1997 fikk henholdsvis 10 200 kvinner og 10 800 menn diagnosen kreft (Statistisk sentralbyrå 2001). Kreft rammer hyppigst fra 50-årsalderen og oppover, og halvparten av dem som får diagnosen er over 70 år (Statens institutt for folkehelse 1999). Ikke all kreftbehandling medfører at du må overnatte/bo på sykehuset, en del blir behandlet poliklinisk. Dette kan vi gjenfinne i sykehustallene, på tross av at flere får kreft enn tidligere, har antall kreftpasienter som legges inn på sykehusene (som heldøgns pasienter) gått noe ned i 1999 og 2000, samtidig har antallet som mottar dagbehandling eller poliklinisk behandling, økt. Likevel medfører en kreftdiagnose fremdeles mange sykehusdøgn.

Blant kvinner er brystkreft den vanligste kreftdiagnosen. To av tre kvinner som får brystkreft, blir erklært friske igjen. Dette er en krefttype som øker, spesielt blant kvinner under 40 år. De fleste som får sykdommen er mellom 70 og 79 år (Helsenytt – for alle 2001). I 2000 ble 7 000

### Datagrunnlag

Det er viktig å gjøre oppmerksom på at pasientstatistikken er en såkalt episodestatistikk og derfor bare gir øyeblikksbilder av situasjonen. Pasientene kan ikke identifiseres, noe som medfører at dataene ikke gir grunnlag for å ha person som enhet, og pasientene kan ikke følges over tid. Pasientstatistikken har dermed den enkelte sykehusepisode som statistisk enhet. Følgelig telles antall utskrivninger og ikke antall individer som har vært syke (kanskje opptil flere ganger i løpet av et år). I teksten benyttes ofte ordet *pasient*, men da i betydningen "utskrevet pasient".

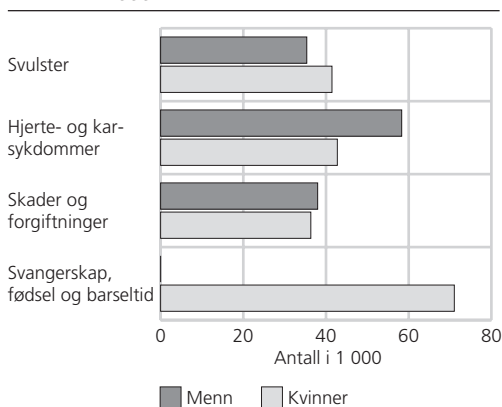
En statistikk over hvorfor folk er innlagt på sykehus, kan aldri gi oss noe fullkomment bilde av sykdomsforekomsten i befolkningen. Men den kan bidra med en del av bildet. Andre relevante kilder er for eksempel dødsårsaksstatistikken, som viser hva folk dør av, og helseundersøkelser med fokus på hverdagslidelsene og funksjonsnedsettelse. Videre vil trykdestatistikk med sykemeldinger og uføretrygging også kunne si noe om hva vi lider av. Disse statistikkene vil ikke bli brukt her, men nevnes for å vise noen av de tilgjengelige data på området.

kvinner utskrevet (og i underkant av 50 menn) fra sykehus med denne diagnosen. Brystkreft medførte til sammen over 51 000 liggedøgn dette året. Blant menn er det prostatakreft som er mest framtreddende, og i 2000 ble nesten 5 300 menn skrevet ut fra sykehus med denne diagnosen. Disse pasientene lå til sammen 38 000 døgn på sykehus.

En annen kjent kreftform er lungekreft, denne er regnet som en av de farligste kreftformene. Sykdommen øker i utbredelse, særlig blant kvinner (Helsenytt - for alle 2001). Diagnosen lungekreft sto for om lag 5 650 av sykehusoppholdene i 2000, fordelt på ca. 3 550 menn og 2 100 kvinner. Drøyt 4 000 menn og kvinner ble utskrevet etter behandling av kreft i tykktarmen, mens nesten 2 000 pasienter ble skrevet ut etter behandling for hudkreft.

Kvinner og menn havner ofte på sykehus med ulike diagnoser. For kvinner er det svangerskap, fødsel og barseltid som medfører flest sykehusopphold (71 000), deretter hjerte- og karlidelser (42 700) og svulster (41 400). Disse tre sykdomsgruppene står bak 40 prosent av kvinnes sykehusinnleggelses. For menn er det hjerte- og karsykdommer som ligger på toppen med vel 58 000 sykehusopphold, etterfulgt av skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker (38 000) og svulster (35 300). Det utgjør 43 prosent av mennenes sykehusinnleggelses. Det er også andre kjønnsforskjeller å finne, for eksempel er det mer enn dobbelt så mange kvinner som menn som blir innlagt på grunn av brudd i lårhalsen. Også leddlidelser, grå stær og gallesten er en langt vanligere grunn til sykehusopphold for kvinner enn for menn, mens dobbelt så mange menn som kvinner blir innlagt på grunn av kreft i

**Figur 2. Antall utskrevne menn og kvinner, etter de vanligste sykdomsgruppene. 2000. 1 000**



Kilde: Norsk pasientregister/pasientstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

åndedrettsorganene og brokk. Det er også mange flere menn enn kvinner som pådrar seg hjernerystelse og andre hodeskader.

### Utviklingen for utvalgte sykdomsgrupper og enkeltdiagnoser

I 2000 var det for første gang siden 1994 en nedgang i antall heldøgnsopphold. Det var dette året ca. 692 000 opphold, noe som er en nedgang på 0,8 prosent fra 1999. Ser vi på hele perioden fra 1990 til 2000, finner vi en vekst på nesten 13 prosent i antall heldøgnsopphold. Det er samtidig en tendens til stadig mer kortvarig behandling. I 2000 utgjorde antall polikliniske dagbehandlinger og konsultasjoner ved somatiske sykehus nesten 3,6 millioner undersøkelser og behandlinger. Veksten i perioden 1990 til 2000 er på 41 prosent.

Tabell 1 gir oss en oversikt over enkelte sykdomsgrupper og utviklingen innenfor disse fra 1992 til 2000. Som vi ser, har innleggelses på grunn av sykdom i åndedrettssystemet økt de siste årene, men går noe ned i 2000. Også innenfor

**Tabell 1. Antall pasienter utskrevet fra sykehus, utvalgte sykdomsgrupper. 1992-2000**

Diagnose	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<b>I alt .....</b>	<b>610 600</b>	<b>627 000</b>	<b>623 800</b>	<b>638 600</b>	<b>651 700</b>	<b>662 900</b>	<b>682 500</b>	<b>696 900</b>	<b>692 000</b>
Svulster .....	72 500	75 700	75 700	77 700	80 100	80 000	80 500	77 000	76 800
Sykdommer i nervesystemet og sanseorganene .....	26 900	26 500	25 700	26 400	27 900	28 000	28 600	31 200	31 200
Hjerte- og karsykdommer .....	87 000	93 900	93 800	96 500	97 800	101 400	106 200	106 800	105 000
Sykdommer i åndedrettet .....	45 500	50 200	46 200	50 800	50 600	54 800	57 000	61 400	58 800
Sykdommer i hud og underhud .....	5 400	5 500	5 400	5 400	5 700	5 900	6 700	7 100	7 200
Skader og forgiftninger .....	64 500	66 500	66 300	68 700	71 300	73 000	75 000	74 700	74 300
Andre årsaker til sykehusopphold ....	309 000	308 600	310 700	312 700	318 300	319 800	328 600	338 600	338 700

Kilde: Pasientstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

hudsykdommer kan vi se en kraftig økning flere år på rad, men i 2000 flater dette ut. Skader og forgiftninger økte fram til 1998 for så å holde seg på nesten samme nivå i 1999 og 2000. Også hjerte- og karsykdommer viser samme tendens, først økning deretter nedgang, mens antall kreftpasienter steg fram til 1996. I perioden 1996-1998 holdt antall kreftpasienter seg rundt 80 000, mens vi de to siste årene kan se en nedgang til ca. 77 000.

Rundt 11 prosent av alle heldøgnsoppholdene skyldes kreftsvulster eller godartede svulster i 2000, mot om lag 12 prosent tidligere på 1990-tallet. For denne sykdomsgruppen økte antall opphold med 11 prosent fra 1992 til 1998. I 1999 ser vi en nedgang på ca. 3 500 opphold (rundt 4 prosent), nedgangen er størst blant kvinnene. Vel 15 prosent av heldøgnsoppholdene skyldes hjerte- og karsykdommer på hele 1990-tallet. Syk-

domsgruppen har økt med 22 prosent fra 1992 til 1999, i 2000 ser vi en liten nedgang. Det har vært en generell nedgang i undergruppen hjerteinfarkt fram til 1998, og pga. overgangen til ICD-10 er det vanskelig å sammenligne med 1999 og 2000<sup>3</sup>. Sykdommer i nervesystemet og sanseorganene lå lenge på rundt 26 000 utskrevne pasienter, men har de siste årene økt noe, og lå i 2000 på ca. 31 000 opphold. Som andel av alle utskrivningene har denne diagnosen holdt seg stabil. Vi kan se en økning på 35 prosent på 1990-tallet blant pasienter med lidelser i åndedrettet, i 2000 ser vi også her en nedgang. I 1992 var 7,5 prosent av sykehusoppholdene knyttet til denne diagnosen, mens andelen i 2000 var gått opp til 8,5 prosent. Antall pasienter med skader og forgiftninger har også økt i løpet av 1990-tallet, mens diagnosegruppen regnet som andelen av alle sykehusoppholdene har holdt seg stabil rundt 10,6-10,7 prosent.

<sup>3</sup> I 1999 ble diagnosene kodet i ICD-10 for første gang, og definisjonen av hjerteinfarkt endret seg noe med nytt kodesystem. Dette året ble det registrert en økning av antall hjerteinfarkt. Vi vet ikke om økningen er reell eller kommer pga. nytt kodesystem.

Nå vil en del "vanlige" sykdommer bli presentert, lidelser som det både skrives og snakkes mye om. Fokuset vil ligge på hvem som havner på sykehus, hvor mange det gjelder og utviklingen over tid. Influensa, lungebetennelse og astma er alle luftveislidelser som ikke nødvendigvis medfører en sykehusinnleggelse, likevel havnet nesten 24 000 pasienter på sykehus på grunn av disse lidelsene i 2000. Lårhalsbrudd og diabetes er andre lidelser som rammer mange mennesker. Mens lårhalsbrudd kan helbredes, er diabetes en kronisk lidelse. Hjernehinnebetennelse er en fryktet sykdom det snakkes mye om, men det er ikke mange som rammes i året.

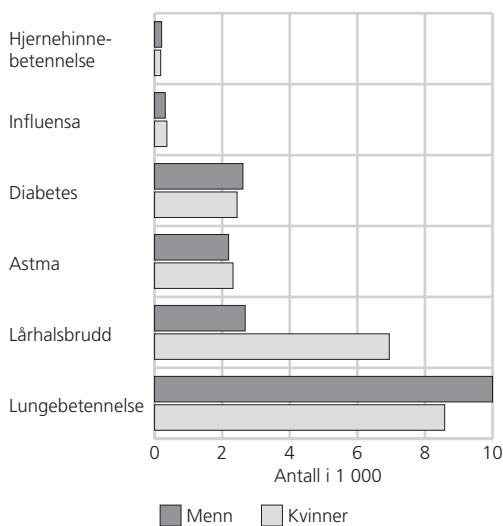
### Influensa

Influensa er en akutt infeksjon som skyldes et virus. Det går som regel ikke mer enn to år uten en influensaepidemi, som gjerne varer fire til seks uker (Amundsen mfl. 1992). Årlig rammes mellom 200 000 og 400 000 personer, men det er bare et fåtall av disse som havner på sykehus. For de fleste er influensa ingen alvorlig sykdom, men for folk med svekket helse kan det være alvorlig og medføre en sykehusinnleggelse. Dessuten kan man utvikle komplikasjoner som også kan medføre en slik innleggelse. Dødsfall ved influensa skyldes gjerne slike komplikasjoner, som for eksempel lungebetennelse. Antall innleggelser på sykehus har økt fra 299 i 1992 til 436 pasienter i 1998, i 1999 kan vi se en kraftig økning til 827 opphold. I 2000 har antall pasienter gått noe ned til 682. Det er flest eldre over 70 år som havner på sykehus med en influensadiagnose, omtrent like mange kvinner som menn. Hvor mange som havner på sykehus med en influensadiagnose vil avhenge av hvor hissig årets virus er.

### Astma

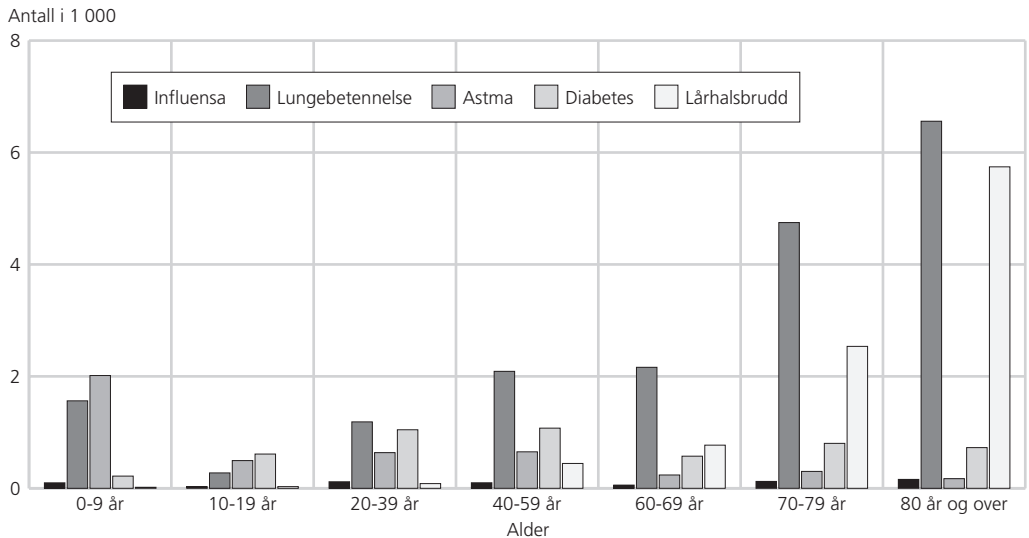
Astma er en overfølsomhetssykdom med anfall av åndedrettsbesvær som hovedsymptom. Pasienter med astma har problemer med å få luften inn og ut av lungene. Enkelte, da spesielt eldre, kan få komplikasjoner som bronkial astma og lungeemfysem (Amundsen mfl. 1992). Vi må regne med at omtrent 1 av 15 personer har en eller annen form for obstruktiv lungesykdom<sup>4</sup>. Antall innlagte astmapasienter har sunket med 36 prosent siden 1992 og ligger på 4 511 opphold i 2000. Dette er et område hvor det har kommet nye og bedre medisiner på markedet, og dette i kombinasjon med forebyggende behandling, kan nok være med på å forklare noe av nedgangen i antall hel-døgns pasienter de senere årene. Den største pasientgruppen utgjøres av barn i alderen 0-9 år, og dobbelt så mange gutter som jenter. Samlet sett er det om

**Figur 3. Antall pasienter utskrevet med utvalgte diagnoser, fordelt på kjønn. 2000. 1 000**



Kilde: Norsk pasientregister/pasientstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

<sup>4</sup> Bronkial astma, kronisk bronkitt og emfysem tilhører gruppen obstruktive lungesykdommer.

**Figur 4. Antall utskrevne pasienter med utvalgte diagnoser, fordelt på alder. 2000. 1 000**

Kilde: Norsk pasientregister/pasientstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

lag like mange kvinner som menn som har blitt innlagt på grunn av astma.

### Lungebetennelse

Lungebetennelse, pneumoni, er betegnelsen på infeksjoner i lungevevet. Disse kan deles inn i to typer, primære og sekundære pneumonier. Den første typen opptrer hos ellers friske mennesker og skyldes en fremmed mikroorganisme, mens den andre typen er sekundær til en annen sykdom som har nedsatt kroppens motstandskraft (Kjeldsen mfl. 1986). Vi kan se en sterk økning i antall pasienter som har vært innlagt på grunn av lungebetennelse, i perioden 1992 til 2000 har antallet økt fra 11 000 til nesten 19 000. Antallet har gått jevnt oppover, men flatet ut i 1999, og i 2000 kan vi se en nedgang på 200 opphold. Pasientstatistikken sier dessverre ikke noe om grunnen til denne nedgangen. Det er litt flere menn enn kvinner som har havnet på sykehus på grunn av lungebetennelse. Det er blant de eldste vi finner flest pasienter, nesten

to tredjedeler av pasientene er over 70 år gamle.

### Diabetes

Diabetes mellitus er en stoffskiftesykdom som skyldes enten mangelen på hormonet insulin fra bukspyttkjertelen eller nedsatt følsomhet for dette hormonet. Dette er en kronisk sykdom som rammer 1 til 2 prosent av befolkningen (Kjeldsen mfl. 1986). Det er spesielt aldersdiabetes som er arvelig betinget. Aldersdiabetes kan som regel behandles ved å regulere kostholdet, gå ned i vekt og trene, mens juvenil diabetes må behandles med insulin. Antall innlagte pasienter ligger på mellom 5 000 og 5 700 i året på 1990-tallet. I 2000 ble det skrevet ut 5 055 pasienter, flest i alderen 20 til 59 år, og det var noen flere menn enn kvinner.

### Lårhalsbrudd

Lårbensknokkelen er den største rørknokkelen i kroppen. Lårbenshodet er forbundet med knokkelskafte med en tynn hals,

lårbenshalsen. Eldre, og da spesielt kvinner, kan lett komme til å brette denne ved fall (Amundsen mfl. 1992). Siden 1992 har antall pasienter skrevet ut fra sykehus med diagnosen lårhalsbrudd ligget på rundt 10 000 i året. I 2000 ser vi en svak nedgang, da det ble skrevet ut ca. 9 600 pasienter. Det er over dobbelt så mange kvinner som menn som havner på sykehus med lårhalsbrudd, i 2000 gjaldt det 6 900 kvinner og 2 700 menn. Det er flest eldre som brette lårhalsen, spesielt mange finner vi i aldersgruppen 80 år og over.

### Hjernehinnebetennelse

Den vanligste årsaken til hjernehinnebetennelse (meningitt) er infeksjon, som oftest med bakterier, mer sjelden med virus og svært sjelden på grunn av sopp. Bakteriell meningitt er en alvorlig sykdom, som krever rask behandling hvis alvorlige følgetilstander skal unngås. Vanlige symptomer er kvalme, oppkast og sterk hodepine, og etter hvert nakkestivhet. Meningokokkmeningitt utgjør ca. 40 prosent av tilfellene av bakteriemeningitt, og opptrer hyppigst hos barn og unge. Ved mistanke om hjernehinnebetennelse vil legen sørge for at pasienten øyeblikkelig blir innlagt på sykehus (Amundsen mfl. 1992). Antall pasienter som legges inn med hjernehinnebetennelse varierer fra år til år, i 1992 var det 550 pasienter mens i 2000 var det 390. I årene mellom har tallet ligget på pluss/minus 400 pasienter i året. Betennelsen forekommer omtrent like ofte hos menn som hos kvinner, i fjor rammet den hyppigst blant voksne mellom 20 og 39 år. Den nest største pasientgruppen utgjøres av barn i alderen 0-9 år.

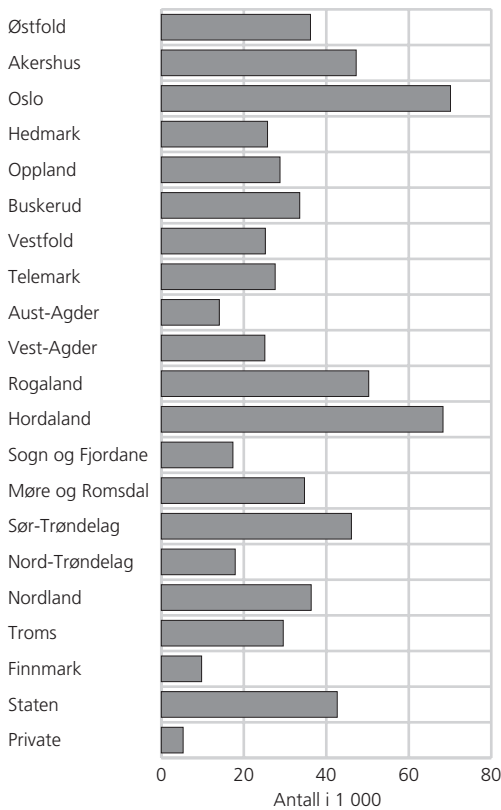
### Regionale forskjeller i sykehusbruken

Sykehusstilbudet varierer geografisk. I enkelte utkantstrøk kan det være langt til nærmeste sykehus, og dette kan medføre økt bruk av sykestuer, legevakt og andre ordninger. Samtidig gjør økt spesialisering hos sykehusene det nødvendig å sende pasienter, såkalte gjestepasienter, dit ekspertisen er. Dette gjelder f.eks. brannskadeavdelingen ved Haukeland sykehus som mottar pasienter fra hele landet. Det er spesielt Akershus og Finnmark som sender mange pasienter til sykehus utenfor eget fylke, henholdsvis 29 og 28 prosent av pasientmassen. Sør-Trøndelag og Troms har lavest andel utskrivninger fra sykehus utenfor bostedsfylket, begge ligger på ca. 5 prosent. Tall for landet som helhet ligger på rundt 15 prosent. Akershus sender mange pasienter til statlige sykehus i Oslo, som for eksempel Rikshospitalet, mens Finnmark sender mange pasienter til behandling i Troms fylke. Det er flest kreftpasienter, hjerte- og karpasienter og ofre for ulykker som blir behandlet på sykehus utenfor eget fylke.

Det er Oslo som har det laveste antallet utskrevne pasienter per 1 000 innbyggere<sup>5</sup> (135), mens Sogn og Fjordane topper statistikken med 187 per 1 000 innbyggere, tett fulgt av Finnmark med 180. Landsgjennomsnittet ligger på 154 sykehuspasienter per 1 000 innbyggere. Mange polikliniske konsultasjoner (1 071 per 1 000 innbyggere) kan være med og forklare hvorfor Oslo har et lavt antall utskrivninger i forhold til de andre fylkene. Samtidig vitner et høyt antall liggedøgn ved de somatiske sykehusene i Oslo om at de også har mange tunge

<sup>5</sup> Antall utskrivninger og antall liggedøgn per 1 000 innbyggere er korrigert for gjestepasienter.



**Figur 5. Antall utskrivninger, etter sykehusets tilknytningsfylke. 2000. 1 000**

Kilde: Norsk pasientregister/pasientstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

pasienter, som trenger langvarig behandling. Flere tall finnes i tabell 4 i artikkelen: *Høy vekst i utgifter til helseinstitusjoner*.

Det er Oslo som skriver ut flest heldøgns-pasienter, over 70 000, mens Hordaland og Rogaland skriver ut henholdsvis 68 000 og 50 000 pasienter i året. Staten behandler 43 000 heldøgns-pasienter og ca. 5 000 behandles privat. Se figur 5.

### Sammendrag

Det siste tiåret er det hjertesykdom og slag, ulike kreftsykdommer og skader som har medført flest sykehusopphold for

begge kjønn. Pasientene utgjør en broket forsamling. På sykehuset finner vi både unge og gamle, men det er langt flere eldre enn yngre pasienter. Det er videre flere kvinner enn menn som ligger på sykehus, mye av forklaringen på det ligger i at kvinner føder barn på sykehus og lever lenger enn menn. For de fleste av de store diagnosegruppene kan vi se en klar økning i løpet av 1990-tallet. I 2000 ser vi mange steder en svak nedgang eller utjevning, men om denne trenden er tilfeldig, eller vil holde seg i årene som kommer, gjenstår å se.

### Referanser

Amundsen, Egil, Kåre Berg, Erik Kåss, Kaare R. Norum og Per Sundby (1992): (red). *Medisinsk leksikon*, 3. utgave, Kunnskapsforlaget, Oslo.

Helsenytt - for alle (2001): ([www.helsenytt.no/artikler/bryst.htm](http://www.helsenytt.no/artikler/bryst.htm))

Helsenytt - for alle (2001): ([www.helsenytt.no/artikler/lungekre.htm](http://www.helsenytt.no/artikler/lungekre.htm))

Kjeldsen, Sverre, Kristin Lund, Dag Jacobsen og Kaare Solheim (1986): *Sykdomslære 1 - Indremedisin og kirurgi*. Universitetsforlaget, Oslo.

Statens institutt for folkehelse (1999): *Folkehelseappporten 1999*.

Statistisk sentralbyrå (2001): Dødsårsaksstatistikken 1999 ([www.ssb.no/emner/03/01/10/dodsarsak/](http://www.ssb.no/emner/03/01/10/dodsarsak/)).

Statistisk sentralbyrå (2001): *Statistisk årbok 2001*.



Toni Kvalø

## Ambulansen – fra transportmiddel til behandling sinstitusjon

*Gjennom 1990-tallet har det vært en sterk økning i aktivitetsnivået innenfor ambulansetjenesten. Dette skyldes både et utvidet bruksområde for ambulansene, samt økt behov for ambulansetjenester.*

### Bakgrunn

Ambulansetjenesten er hjemlet i lov om spesialisthelsetjenesten av 2. juni 1999, som erstattet lov om sykehus mv. av 19. juni 1969. Den er definert som "beredskap for eller transport i forbindelse med undersøkelse eller behandling av pasienter som på grunn av sykdom eller skade har behov for å bli transportert på bære eller som har behov for medisinsk behandling eller tilgang til medisinsk utstyr under transporten" (St.meld. nr. 43, s. 41). Ambulansetjenesten ble finansiert over stats- og trygdebudsjettet fram til det skjedde en endring i sykehusloven i 1985. Ifølge denne lovendringen skulle ansvaret for planlegging, utbygging og drift av tjenesten tillegges landets fylkeskommuner. Hensikten med dette var å oppnå geografisk utjevning, desentralisert avgjørelsesmyndighet og effektivisering (NOU 1998:9, s. 61).

Statistisk sentralbyrå startet innhenting av statistikk fra ambulansetjenesten i etterkant av lovendringen i forbindelse med en større omlegging av helsestatistik-

ken. I denne artikkelen presenteres tall fra og med den første årgangen i 1989 og fram til 2000. Statistikken omfatter kun den fylkeskommunale ambulansetjenesten. Luftambulansen er ikke inkludert, da dette er en statlig oppgave.

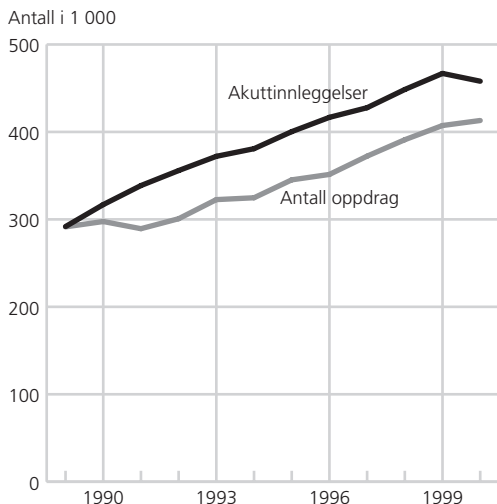
Bortsett fra tekniske krav<sup>1</sup> til ambulanseskjøretøyet er det per i dag ikke fastsatt noen statlige krav til ambulansetjenesten verken når det gjelder bemanning, kompetanse eller responstid. Det er heller ikke innhentet fullstendige opplysninger om disse områdene. Statistisk sentralbyrå har samlet inn opplysninger om antall kjøretøy av ulik type, hvor de er stasjonert, hvordan de er bemannet og dessuten antall oppdrag og kjørte kilometer.

### Økt aktivitet

Den viktigste trenden tallene for 1989-2000 viser, er at det har vært meget sterk økning i aktivitet i ambulansetjenesten. I denne perioden økte antall oppdrag med nesten 100 000, fra 291 461 i 1989 til 413 073 i 2000. Dette tilsvarer en økning på nesten 42 prosent. Ambulanseoppdrag

<sup>1</sup> Disse kravene er hjemlet i forskrift for ambulansebil av 14. februar 1970 nr. 1 og forskrift om godkjenning og registrering av utrykningskjøretøy av 27. mai 1986 nr. 1581.

**Figur 1. Antall akuttinnleggelses og antall ambulanseoppdrag. 1989-2000. 1 000**



Kilde: Norsk pasientregister/pasientstatistikk, spesialisthelsetjenesten, ambulansetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

per 1 000 innbyggere har også steget jevnt de siste årene. I 1989 var det gjennomsnittlig 69 oppdrag per 1 000 innbyggere i Norge, det tilsvarende tallet var 92 i 2000.

Ambulansetjenestens oppdrag deles inn i hastegradene *akuttoppdrag*, *hasteoppdrag* og *vanlige oppdrag* (se boks om hastegrader). Det foreligger ikke tall over hvordan

### Hastegrader

I henhold til Norsk medisinsk indeks gjelder følgende definisjoner:

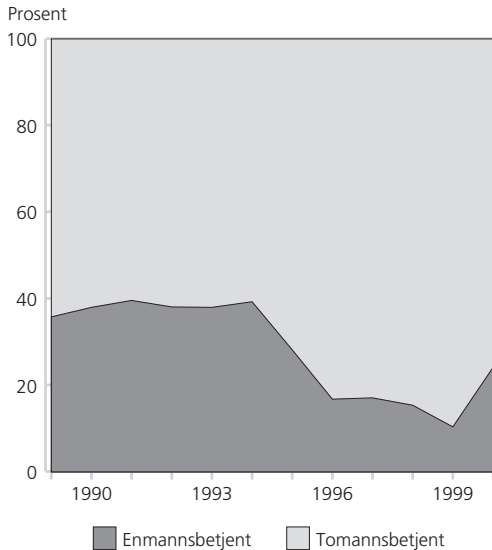
- *Akuttoppdrag*: Antatt alvorlig tilstand der de vitale funksjoner kan være truet eller manifest forstyrret, og der ambulans skal rykke ut og lege alarmes.
- *Hasteoppdrag*: Antatt alvorlig tilstand der de vitale funksjoner kan bli truet og der det er behov for umiddelbar situasjonsvurdering av lege.
- *Vanlige oppdrag*: Tilstand som skal forelegges lege til vurdering ved første passende anledning.

oppdragene fordeler seg på hastegrad, og det er slik sett vanskelig å si hva slags type oppdrag som har økt mest. Trekker vi imidlertid inn tall over antall akuttinnleggelses ved somatiske sykehus, ser vi av figur 1 at det har vært en sterk økning her. Selv om ikke ambulansetjenesten bidrar ved alle akuttinnleggelses, vil dette tallet påvirke antall oppdrag med akutt hastegrad hos ambulansetjenesten. I NOU 1998:9 presenteres også tall som peker i retning av at andel akuttoppdrag har økt. Her er det samlet inn tall fra ambulansetjenesten i Oslo og Sogn og Fjordane som viser at den prosentvise økningen i antall akuttoppdrag har vært atskillig større enn den samlede økningen i antall oppdrag (NOU 1998:9, s. 101).

Ambulansenes kjørelengde har naturlig nok også økt. Antall kjørte kilometer i ambulansetjenesten har steget fra 17,6 til 25,5 millioner fra 1989 til 2000, noe som tilsvarer en økning på 45 prosent. Det har vært små endringer i gjennomsnittlig kjørelengde per oppdrag i denne perioden. I 2000 kjørte ambulansene gjennomsnittlig 1 kilometer lenger per oppdrag enn i 1989. Gjennomsnittlig kjørelengde vil ha sammenheng med ambulansenes responstid, men de foreliggende tallene er som tidligere nevnt, ikke fordelt etter hastegrad. Rene transportoppdrag av pasienter og andre oppdrag som ikke krever rask respons vil med andre ord også være inkludert i disse tallene. Dermed blir det vanskelig å benytte dette tallet som et mål for de ulike fylkenes responstid i akutte situasjoner.

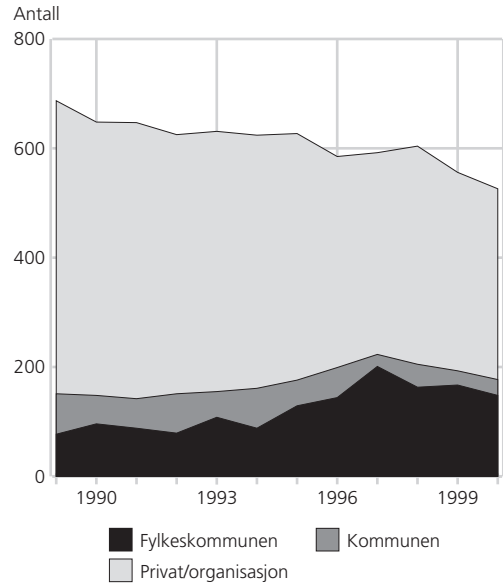
### Økt ressursinnsats

Økt aktivitet medfører også økte utgifter. Tall fra SINTEF Unimed NIS (1993, 2000) viser at fylkeskommunenes netto driftsutgifter til ambulansetjenesten har økt fra 572 millioner kroner i 1992 til

**Figur 2. Bemanning i ambulansetjenesten. 1989-2000. Prosent**

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, ambulansetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

926 millioner i 1999. Utgiftene er ikke spesifisert, men med en aktivitetsøkning på 42 prosent vil lønnen utgjøre en vesentlig del av kostnadsøkningen. I tillegg til høyere lønnskostnader forbundet med økt drift, vil også det økte antallet tomannsbetjente ambulanser ha bidratt til høyere kostnader. Som figur 2 under viser, er andelen tomannsbetjente ambulanserbiler 12 prosent større i 2000 sammenlignet med 1989. (Økningen i antall énmannsbetjente ambulanser fra 1999-2000 skyldes at énmannsbetjente ambulanser med ledsager forut for 2000 i mange tilfeller ble registrert som tomannsbetjente.) En oppgradering fra énmanns- til tomannsbetjening betyr imidlertid ikke kun en kostnadsøkning tilsvarende ett årsverk. Ambulanser er vanligvis i drift langt mer enn 8 timer i døgnet. En oppgradering fra énmanns- til tomannsbetjening av ambulanser vil derfor medføre en kostnadsøkning tilsvarende to til tre årsverk per ambulanse.

**Figur 3. Antall ambulanser, etter eierforhold. 1989-2000**

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, ambulansetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

Samtidig med forbedret bemanning og økt aktivitet i ambulansetjenesten, har antall ambulanserbiler gått ned. I 1989 var det 687 ambulanserbiler i drift i Norge, og i 2000 var dette tallet 526. Hovedårsaken til nedgangen i antall biler ligger sannsynligvis i at "fredningstiden" for de ambulanseeierne som besørget tjenesten da ansvaret for ambulansedrift ble tillagt fylkeskommunen, var over. Da denne lovendringen trådte i kraft 1. januar 1986, fikk de eksisterende ambulansereierne rett til å fortsette sin drift i 10 år. Som figur 3 viser, skjedde den største nedgangen i antall ambulanserbiler fra 1995 til 1996. Antall privateide biler gikk da ned fra 451 til 386. En ytterligere forklaring til nedgangen i antall ambulanser i perioden er at reserveambulanser ikke lenger er inkludert i tallene fra og med 1999.

Også antall ambulansebåter har sunket. I 1989 ble det rapportert 71 ambulansebåter, og i 2000 var tallet 46. Det har imidlertid ikke vært noen større endring i aktivitet blant disse ambulansene. Antall oppdrag for ambulansebåtene lå på 2 727 i 1989 og 2 557<sup>2</sup> i 2000. Selv om det ikke har vært større endringer i aktiviteten, vitner også tallene her om bedret kapasitetsutnyttelse idet tjenesten utfører nesten samme mengde oppdrag med 25 færre ambulansebåter.

Det foreligger ikke tall som viser utviklingen i antall timer per uke de ulike ambulansebilene og -båtene er i drift, og det er slik sett vanskelig å si om det utføres flere oppdrag per arbeidstime nå enn tidligere, eller om den økte kapasitetsutnyttelsen skyldes at ambulansene er i drift flere timer per uke. Framveksten av akuttmedisinske kommunikasjonsentraler (AMK-sentraler) gjennom 1990-tallet vil dog ha hatt en positiv innvirkning på mulighetene til å utnytte ambulansene mer effektivt.

Bakgrunn for utbredelsen av AMK-sentraler var utgivelsen av en forskrift<sup>3</sup> fra Sosial- og helsedepartementet som blant annet påla fylkeskommunene å etablere medisinsk alarmtelefonnummer og AMK-sentraler. I tillegg skulle det utformes et enhetlig landsdekkende kommunikasjonsystem som skulle gjøre det mulig for befolkningen, AMK-sentraler, legevakt-sentraler og helsepersonell i eksternt beredskap å kommunisere på tvers av fylkesgrensene. Med et slikt felles kommunikasjonsystem ble det lettere å koordinere ambulansene, og sørge for en mer effektiv utnyttelse av ambulansene.

Vi har så langt sett at aktiviteten innenfor ambulansetjenesten har økt, samtidig som tilbudet har bedret seg gjennom økte arbeidstimer og bedre bemanning. Det gjenstår da å se på hva den økte aktiviteten kan skyldes. Er den et uttrykk for en sykere befolkning? Eller har arbeidsoppgavene til ambulansene endret seg?

### **Fra en transporttjeneste til et behandlingstilbud**

Deler av aktivitetsøkningen som har funnet sted innenfor ambulansetjenesten, må ses i sammenheng med den innholdsmessige endringen eller kvalitetshevingen som har skjedd i tilbudet. I tidligere år var mange ambulanser énmanns betjente og bemannet av sjåfører med kompetanse i tråd med "NOU 1976:2-modellen" (se boks om ambulanspersonellutdanningen). Det fantes med andre ord ikke noe reelt behandlingstilbud i disse ambulansene. Slik sett var ikke forskjellen særlig stor fra bære-biler og vanlige drosjer. I løpet av årene har imidlertid dette endret seg betraktelig på grunn av økte krav til helsepersonell generelt i samfunnet, samt de sentrale helsemyndigheters og fylkeskommunenes interesse for å forbedre kompetansen til ambulanspersonellet (NOU 1998:9, kap. 6).

Fra de sentrale helsemyndighetenes side ble hovedoppgaven til ambulansetjenesten tidligere ansett for å være transport av pasienter (NOU 1976:2). I tiden som har fulgt etter utgivelsen av denne publikasjonen har mye skjedd på området, spesielt når det gjelder kompetanse. Framveksten av fagområdet prehospitall akuttmedisin har endret ambulansetjenesten fra å være et transportyrke til et helsefag.

<sup>2</sup> Rapporteringen av oppdrag for båtambulansene er noe mangelfull.

<sup>3</sup> Forskrift om medisinsk nødmeldetjeneste (kommunikasjonsberedskap i helsetjenesten) av 20. august 1990 nr. 720.

### **Ambulansepersonellutdanningen i NOU 1976:2**

Anbefalingene til kompetansekrav til ambulanspersonell i NOU 1976:2 "Utdanning av ambulanspersonell" er faglig sett tredelte:

- En kjøreteknisk del med i alt 62 timer teori.
- En redningsteknisk del med i alt 62 timer teori.
- En medisinsk del som inkluderer en teoretisk del på 120 timer og tre ukers praktisk tjeneste ved mottagelsesavdeling/intensivavdeling (1 uke), operasjons-/anestesiavdeling (1 uke) og medisinsk/kirurgisk avdeling (1 uke).

Fra å være en tremåneders utdanning ble ambulansfaget i 1996 lagt under lov av 23. mai 1980 om fagopplæring i arbeidslivet, og det inngår nå som et helsefag i den videregående skole. Utdanningen består av to år i skole og to års læretid i bedrift, og den avsluttes ved bestått fagprøve. Ambulansfaget tilbys ved seks skoler, og per 1998 var 161 elever i gang med utdannelsen.

I takt med den forbedrede kompetansen innen ambulansetjenesten, har også det offentlige skjerpet sine krav. I St.meld. nr. 43 (1999-2000) "Om akuttmedisinsk beredskap" framkommer det at Sosial- og helsedepartementet vil stille krav i form av forskrift om at minst én av ambulanspersonellet per bil per vakt skal ha dokumentert fagkompetanse på nivå med fagbrev (s. 54). I tillegg vil det også stilles krav om at ambulansbiler som hovedregel må være tomannsbetjente. Ambulansepersonell nummer to bør kunne dokumentere akuttmedisinsk og pleiefaglig kompetanse på nivå med NOU 1976:2.

Også internt i de ulike fylkeskommunene har kravene til tjenesten økt. En gjennomgang av et utvalg opplæringsplaner basert på NOU 1976:2-modellen, viser at

fylkeskommunene har utbedret denne betraktelig (NOU 1998:9, s. 43). Større tjenester, som Oslo og Akershus, utdanner dessuten sitt eget personell opp til såkalt "paramedic"-nivå. Dette er en spesialutdanning/-trening som kvalifiserer personellet til å utføre livreddende førstehjelp av til dels avansert art på delegasjon av lege. Fylkeskommunene stiller også krav til det medisinske utstyret i ambulansene. 16 fylkeskommuner har utarbeidet standardkrav for utstyr i ambulansetjenesten hvor blant annet defibrillator, blodtrykks-apparat og intubasjonsutstyr inngår (NOU 1998:9, s.102).

Ambulansetjenesten har med andre ord forbedret sitt behandlingstilbud, både med hensyn til personellens kompetanse, bemanning og medisinsk utstyr. Parallelt med dette har kunnskapen og kravene til akuttmedisin økt i samfunnet generelt (NOU 1998:9, s. 8). Brukerne forventer et skikkelig tilbud, samtidig som fylkeskommunene ønsker å yte tilfredsstillende service til de som har behov for pasienttransport. Bruk av drosje og bårebil til transport av syke, er med andre ord ikke akseptert i like stor grad lenger. Dette vil følgelig ha hatt innvirkning på ambulansenes aktivitetsnivå.

Også framveksten av luftambulansetjenesten kan ha bidratt til økt aktivitet blant bil- og båtambulansene. I de tilfeller da man tidligere benyttet drosje og bårebil fordi man måtte ha ambulansen i beredskap hvis det oppsto en nødsituasjon, kan nå i større grad ambulansen brukes siden luftambulansen står i beredskap.

Kombinert med det utvidede bruksområdet for ambulansene har også behovet for ambulansetransport økt. Dette gjelder

både den type oppdrag ambulansen tradisjonelt har blitt brukt til, samt de oppdragene som tidligere hovedsakelig ble utført av drosje eller bårebil.

### Økt behov

En av de viktigste helsepolitiske målsetningene for somatiske sykehus gjennom 1990-årene, har vært å utbedre kapasiteten og dermed gi flere pasienter behandling (se bl.a. St.meld. nr. 41, 1987-88 og St.meld. nr. 50, 1993-94). Aktivitetstallene fra de somatiske sykehusene viser at satsingen har gitt resultater. Antall utskrivninger har økt med om lag 80 000 i løpet av 1990-tallet. En stor del av disse har vært pasienter som er blitt innskrevet akutt. Som nevnt innledningsvis, bistår ambulansetjenesten i mange tilfeller slike innleggelser, og denne økningen vil slik sett også ha medført en vesentlig økning i antall ambulanseoppdrag. Når det gjelder elektive (planlagte) innskrivninger vil imidlertid også ambulansen i noen grad bistå, f.eks. i tilfeller når pasienten må transporteres på bære til sykehuset.

Flere behandlede pasienter vil også bety flere opphold på institusjoner for etterbehandling i forbindelse med sykehusoppholdet. Ambulanse brukes også til denne type transporter, og en økning i slike opphold vil følgelig også ha påvirket antall utførte ambulanseoppdrag.

I tillegg vil den økende spesialiseringen mellom sykehus ha medført flere pasienttransporter. På grunn av mangel på spesialutdannet personale samt fordelene med å utnytte kostbare investeringer, er det nødvendig med funksjonsdeling mellom sykehus (St.meld. nr. 50 kap. 6). Dette medfører at en pasient kan bli transportert mellom flere sykehus for å få en fullstendig behandling. Det vil dessuten være ønskelig å begrense antall oppholds-

dager ved det aktuelle sykehuset grunnet høye kostnader. Forberedelse og påfølgende pleie vil derfor skje ved andre institusjoner, noe som betyr flere oppdrag for ambulansene.

Samlet sett utgjør nok økningen i antall akuttinnskrivninger hoveddelen av aktivitetsøkningen innenfor ambulansetjenesten i tillegg til overføringen av oppgaver fra drosje og bårebil. Men den stadig økte spesialiseringen som finner sted innenfor de somatiske sykehusene, vil høyst sannsynlig medføre økt transport mellom institusjonene i framtiden. I tillegg vil den økende andel eldre i befolkningen bidra til et større behov for sykehustjenester og dermed også til ambulansetransport.

### Referanser

NOU 1976:2: *Utdanning av ambulansepersonell*. Sosial- og helsedepartementet.

NOU 1998:9: *Hvis det haster... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap*. Sosial- og helsedepartementet.

SAMDATA sykehus (1993): *Sammenligningsdata for somatisk fylkeshelsetjeneste 1992*. Sintef-rapport nr. 3, 1993 Sintef Unimed.

SAMDATA sykehus (2000): *Sykehussektoren på 1990-tallet. Sterk vekst - stabile fylkesvise forskjeller*. Sintef-rapport nr. 1, 2000 Sintef Unimed.

St.meld. nr. 50 (1993-1994): *Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*. Sosial- og helsedepartementet.

St.meld. nr. 43 (1999-2000): *Om akuttmedisinsk beredskap*. Sosial- og helsedepartementet.



Borgny Vold

## Psykiatrien på 1990-tallet: Mer aktiv behandling

*De siste tiårene har tallet på voksenpsykiatriske døgnplasser i spesialisthelsetjenesten blitt kraftig redusert. Utviklingen, som er ledd i en ønsket overgang mot mer aktiv behandling med større vekt på poliklinisk virksomhet, satte inn på 1970-tallet. I løpet av 1990-tallet ble hver fjerde døgnplass i voksenpsykiatriske institusjoner borte. Målsetningen er at plassene skal brukes til aktiv behandling og ikke være et bo- og omsorgstilbud. Gjennom tiåret ble tallet på oppholdsdøgn i voksenpsykiatriske institusjoner redusert med 26 prosent, mens antall avsluttede døgnopphold økte med 67 prosent. I samme periode har den polikliniske aktiviteten økt vesentlig.*

### Historisk tilbakeblikk

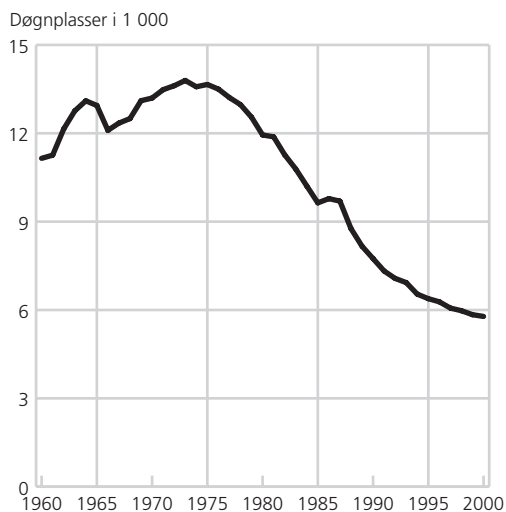
I mange år fungerte psykiatriske institusjoner som det Erving Goffman kaller "totale institusjoner" (Goffman 1961). Psykiatriske sykehus eller "asyler" var den dominerende institusjonsform fra den store institusjonsoppbyggingen startet omkring midten av 1800-tallet. (Den norske institusjonsoppbyggingen er beskrevet i Vold, 1999.) Med begrepet "total institusjon" sikter Goffman til institusjoner som har et tilnærmet totalansvar for beboernes/pasientenes tilværelse. Innenfor asylets murer levde de psykisk syke avsondret fra omverdenen for en kortere eller lengre periode, og alle fysiske, psykiske og sosiale behov skulle ivaretas innenfor institusjonen. Asylene fungerte mer som oppbevaringsanstalter enn som behandlingsinstitusjoner.

På 1950-tallet begynte myndighetene å satse på oppbygging av psykiatriske sykehjem for å avlaste de psykiatriske sykehusene som slet med store overbe-

legg. Det ble en arbeidsdeling mellom de to institusjonstypene. Sykehjemmene ble langtidsinstitusjoner hvor senil demente og andre pasientgrupper med langvarig behov for pleie og omsorg fikk plass, og de ble i svært mange tilfeller varig bosted for dem som ble innlagt. De psykiatriske sykehusene, på den andre siden, fikk ved at mange kroniske langtidspasienter forsvant ut, frigjort mer kapasitet til behandling. Vi fikk en todeling av psykiatriske institusjoner: Psykiatriske sykehus som var best stilt personellmessig og derfor kunne drive pasientbehandling, og psykiatriske sykehjem med lite og lavt utdannet personell og vekt på pleie og omsorg.

En ny fase i norsk psykiatri ble markert ved at ny lov om psykisk helsevern i 1961 erstattet den gamle sinnssykeloven av 1848. Institusjonsoppbyggingen fortsatte og nye institusjonstyper, som psykiatriske klinikkavdelinger ved somatiske sykehus og psykiatriske poliklinikker, fikk stadig

**Figur 1. Antall døgnplasser ved voksenpsykiatriske institusjoner. 1960-2000. 1 000**



Kilde: Spesialisthelsetjenesten, psykiatri, Statistisk sentralbyrå.

større betydning. Antallet døgnplasser i psykiatriske institusjoner nådde sitt toppunkt i 1973<sup>1</sup> (se figur 1). Den faglige utviklingen innenfor psykiatrien, innføringen av nye medikamenter og behandlingsmetoder, trakk i retning av en stadig mer behandlingsorientert psykiatri. Gradvis mistet de psykiatriske institusjonene mye av sitt preg som totale institusjoner. Nedbyggingen av tradisjonelle institusjonsplasser i psykiatrien startet på begynnelsen av 1970-tallet. Viktige retningslinjer for den videre utvikling ble trukket opp i "Sykehusutbygging i et regionalt helsevesen" (St.meld. nr. 9, 1974-75). Et sentralt spørsmål som ble tatt opp her, og som har forblitt viktig i diskusjonen

omkring psykiatriens utvikling, var befolkningens ulike tilgang til helsetjenester avhengig av bosted.

Et annet spørsmål som fikk stor betydning i denne perioden, og som har stått i fokus gjennom det tiåret som skal analyseres nærmere i denne artikkelen, er knyttet til arbeidsdelingen mellom kommunenes sosial- og primærhelsetjenester på den ene siden og spesialisthelsetjenesten, som inntil 31. desember 2001 var et fylkeskommunalt ansvarsområde, på den andre siden.

### Helsepolitiske målsetninger

Offentlige dokumenter som har preget utviklingen av psykiatrien i siste tiår av forrige årtusen, kjennetegnes av at det har funnet sted en grunnleggende endring i tenkingen omkring psykisk sykdom og behandlingen av mennesker med psykiatriske diagnoser. Endringen ligger som en undertone i de mål som har blitt satt for sektoren.

De helsepolitiske målsetningene som har lagt føringer for utviklingen av psykiaritilbudet gjennom 1990-tallet, er i hovedsak formulert i tre sentrale offentlige dokumenter (se boks). For å klargjøre den konteksten som de psykiatriske spesialisthelsetjenestene har utviklet seg innenfor, vil vi her presentere hovedtrekkene i disse dokumentene. Mot denne bakgrunnen vil så utviklingstendenser for psykiatrien bli presentert.

#### Sentrale dokumenter for utviklingen av psykiatrien på 1990-tallet

St.meld. nr. 41 (1987-88) "Nasjonal helseplan. Helsepolitikken mot år 2000".

St.meld. nr. 50 (1993-94) "Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste".

St.meld. nr. 25 (1996-97) "Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene".

<sup>1</sup> Dette året ble det registrert om lag 13 800 døgnplasser i voksenpsykiatriske institusjoner og avdelinger.

I "Nasjonal helseplan. Helsepolitikken mot år 2000" (St.meld. nr. 41, 1987-88) ble kommunenes ansvar for befolkningens helse vektlagt. Ansvaret for forebygging, diagnostisering, behandling og attføring skulle tillegges den kommunale helse- og sosialtjenesten, mens spesialisthelsetjenesten, som var et fylkeskommunalt ansvar, skulle stå for spesialiserte helsetjenester. Dette gjaldt uansett om det var snakk om somatiske eller psykiatriske lidelser. Samtidig ble det fokusert på at spesialisthelsetjenesten skulle bistå kommunene, blant annet ved å gi råd og rettlede personell ansatt i kommunene. I forbindelse med den somatiske sykehjemsreformen i 1988 ble det diskutert om også driften av de psykiatriske sykehjemmene skulle overtas av kommunene. Dette ble ikke gjennomført, men prinsippet om at kommunene skulle få økt ansvar for pasientgruppen har vært dominerende i tiden senere. I 1991 ble ansvaret for omsorg for psykisk utviklingshemmede overført til den enkeltes hjemkommune (HVPU-reformen), og i forhold til mennesker med psykiske lidelser ble det tilsvarende antatt at det ville gi positiv gevinst at ansvar for grunnleggende helse- og sosialtjenester skulle ivaretas lokalt. En forutsetning for å kunne bygge ned institusjonsplasser i spesialisthelsetjenesten og overføre ansvaret for pasienter til kommunene, var et tilstrekkelig godt poliklinisk tilbud. Det ble imidlertid i Nasjonal helseplan vektlagt som et av voksenpsykiatriens hovedproblemer at den polikliniske kapasiteten var for dårlig, og dette ble dermed en av hovedutfordringene for utviklingen av psykiatritilbudet gjennom 1990-tallet.

Helsepolitiske målsetninger som ble formulert i Nasjonal helseplan ble utdypet i "Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste" (St.meld.

nr. 50, 1993-94). Her ble psykiatri trukket fram som en del av helsetilbudet som hadde behov for styrking, og man var opptatt av organiseringen av tilbudet til personer med psykiske lidelser. Det var særskilt arbeidsdelingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i forhold til psykiatriske langtidspasienter det ble fokusert på. Det ble advart mot en for rask nedbygging av institusjonsplasser, og understreket at kommunene måtte ha ressurser til å påta seg de økte oppgavene som følger av institusjonsnedbygging. Videre ble det framhevet som et mål at mindre psykiatriske institusjoner innenfor spesialisthelsetjenesten burde omdannes fra institusjoner med vekt på pleie og omsorg (psykiatriske sykehjem) til mer aktive bo- og behandlingssentre.

"Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene" (St.meld. nr. 25, 1996-97) var den første stortingsmeldingen som i sin helhet var viet psykisk helsevern. I psykiatrimeldingen ble status for psykiatrien gjennomgått, og man redegjorde for sentrale statlige målsetninger som skulle være grunnlaget for den videre satsningen. Sentrale stikkord var økt ressursinnsats, omstrukturering av tjenestetilbudet, geografisk fordeling og økt effektivitet. Det psykiatriske behandlingstilbudet for voksne skulle omorganiseres slik at psykiatriske sykehusavdelinger, distriktskykiatriske sentra (DPS) og privatpraktiserende spesialister med fylkeskommunal driftsavtale skulle være hovedelementer. Vektleggingen av fordeling av ansvar mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten ble videreført i denne meldingen. Psykiatrimeldingen ble fulgt opp av en *s:opptrappingsplan for psykisk helse* (St.prp. nr. 63, 1997-98) hvor målet om videre satsing på psykiatrien ble ledsaget av konkrete resultatmål og økte bevilgninger for å nå målene.

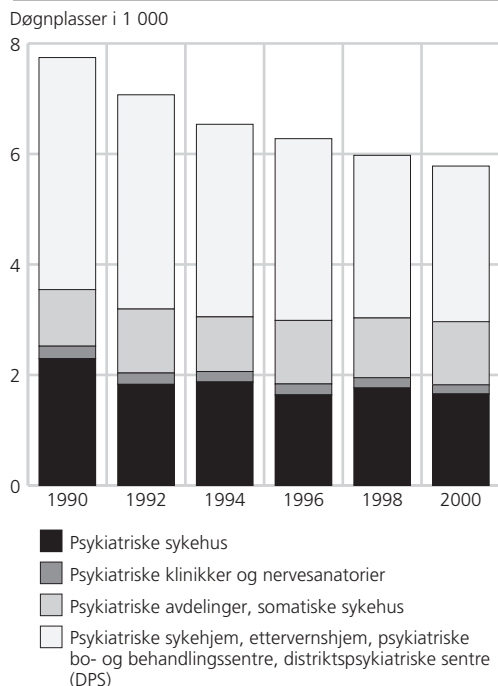
Opptrappingsplanen har et tidsperspektiv som strekker seg fra 1999 til 2006. Hovedmålene i planen er viktige for analysen av utviklingen på 1990-tallet, fordi de helsepolitiske målene som ble presentert i tidligere stortingsmeldinger her ble konkretisert.

### Nedbygging av døgnplasser i voksenpsykiatrien

Ved utgangen av 1990 hadde institusjonene innenfor spesialisthelsetjenesten psykiatri nesten 7 750 døgnplasser avsatt for voksne pasienter. Ti år tidligere, ved utgangen av 1980, var det tilsvarende tallet vel 12 000. Det hadde med andre ord funnet sted en omfattende nedbygging av dette tilbudet gjennom 1980-årene, om lag 35 prosent av de voksenpsykiatriske døgnplassene ble borte i tiårsperioden (se figur 1). Nedbyggingen fortsatte på 1990-tallet, selv om takten ble noe langsommere. Ved utgangen av 2000 rapporterte voksenpsykiatriske institusjoner å ha i underkant av 5 800 døgnplasser. Gjennom dette tiåret forsvant altså ytterligere 25 prosent av døgnplassene i voksenpsykiatrien. Figur 2 viser grafisk utviklingen av døgnplasser på 1990-tallet, og man kan se forholdet mellom plassantallet i de ulike voksenpsykiatriske institusjonstypene.

Døgnplasser i voksenpsykiatriske institusjoner kan grovt sett deles inn i plasser i sykehus og plasser utenfor sykehus. Som sykehusplasser regner vi plasser i psykiatriske sykehus, psykiatriske klinikker, nervesanatorier og psykiatriske avdelinger i somatiske sykehus. Plasser utenfor sykehus omfatter psykiatriske sykehjem, ettervernshjem, psykiatriske bo- og behandlingssentre og distriktspsykiatriske sentre (DPS). Mens 46 prosent av det totale antallet voksenpsykiatriske plasser

**Figur 2. Døgnplasser i voksenpsykiatriske institusjoner, etter institusjonstype. 1990-2000. 1 000**



Kilde: Spesialisthelsetjenesten, psykiatri, Statistisk sentralbyrå.

i 1990 var sykehusplasser, hadde dette økt til 51 prosent av plassene i 2000.

Vi ser at den relativt største reduksjonen i døgnplasser har skjedd ved voksenpsykiatriske institusjoner utenom sykehus. Mens det ved utgangen av 1990 var i alt 4 200 døgnplasser i slike institusjoner, var dette redusert til vel 2 800 ti år senere. Dette tilsvarer en reduksjon på 33 prosent i løpet av tiåret. Ved psykiatriske sykehus ble også plassantallet redusert betraktelig dette tiåret, nedgangen var på 28 prosent. Psykiatriske klinikker og nervesanatorier har en tilsvarende nedgang, 27 prosent av plassene har blitt borte fra 1990 til 2000. Bare ved psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus har utviklingen gått i motsatt retning: Det har

**Tabell 1. Fylkenes døgnplassdekning og forholdet til gjennomsnittlig døgnplassdekning. 1990, 1995 og 2000**

	1990		1995		2000	
	Døgnplasser per 1 000 innbyggere over 18 år	Dekningsgrad i prosent av landsgjennomsnittet utenom Oslo	Døgnplasser per 1 000 innbyggere over 18 år	Dekningsgrad i prosent av landsgjennomsnittet utenom Oslo	Døgnplasser per 1 000 innbyggere over 18 år	Dekningsgrad i prosent av landsgjennomsnittet utenom Oslo
<b>Landet utenom Oslo</b>	<b>2,2</b>	<b>100</b>	<b>1,8</b>	<b>100</b>	<b>1,7</b>	<b>100</b>
Østfold .....	1,6	71	1,3	70	1,3	79
Akershus .....	1,7	79	1,4	78	1,2	72
Hedmark .....	2,0	89	1,4	75	1,2	69
Oppland .....	2,5	114	2,1	114	1,7	102
Buskerud <sup>1</sup> .....	2,6	118	2,1	116	1,3	79
Vestfold .....	1,9	88	1,6	88	1,3	75
Telemark .....	2,1	97	1,5	82	1,4	83
Aust-Agder .....	3,0	137	2,2	122	2,0	117
Vest-Agder .....	2,9	131	2,1	116	1,8	107
Rogaland .....	2,5	111	2,2	124	2,0	120
Hordaland .....	2,7	122	2,1	117	1,9	111
Sogn og Fjordane .....	2,2	98	1,7	96	1,3	78
Møre og Romsdal .....	2,7	121	2,2	123	1,8	107
Sør-Trøndelag .....	2,2	101	1,6	89	1,5	89
Nord-Trøndelag .....	2,0	89	1,7	93	1,3	78
Nordland .....	1,4	64	1,2	65	1,2	72
Troms .....	2,2	100	1,6	91	1,3	79
Finnmark .....	2,1	96	2,0	109	1,3	78

<sup>1</sup> Buskeruds kraftige nedgang i døgnplassdekning fra 1995 til 2000 skyldes at Modum Bads nervesanatorium fra og med 1998 ble registrert under tilknytningsfylket «Staten», mot tidligere under Buskerud.

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, psykiatri, Statistisk sentralbyrå.

blitt om lag 120 flere døgnplasser ved disse institusjonene i løpet av 1990-tallet, noe som tilsvarer en økning på 12 prosent.

Nedbyggingen av døgnplasser i institusjoner utenom sykehus, skyldes en omstrukturering av tilbudet, hvor den tidligere så dominerende institusjonstypen psykiatriske sykehjem har utspilt sin rolle. På 1990-tallet har en rekke slike sykehjem blitt omdannet til mer behandlingsorienterte institusjoner, gjerne som døgnenheter ved nyopprettede distriktpsikiatriske sentre. En del sykehjem har blitt lagt ned eller overført til primærkommunene, og i tillegg har plassantallet ved en del eksisterende sykehjem blitt redusert. I psykia-

trimeldingen (St.meld. nr. 25, 1996-97) ble det advart mot videre nedbygging av psykiatriske døgnplasser i sykehus. Av figur 2 framgår det at den nedbyggingen av døgnplasser i disse institusjonene som har funnet sted gjennom 1990-årene, inntraff tidlig i tiåret, mens plassantallet stabiliserte seg i siste halvdel.

### **Døgnplasser: redusert dekningsgrad**

Dersom vi ser på dekningsgraden for døgnplasser i voksenalderpsykiatriske institusjoner, finner vi at mens det i 1990 var 2,4 døgnplasser i slike institusjoner per 1 000 personer over 18 år, var tilsvarende tall i 1995 og 2000 henholdsvis 1,9 og 1,7 plasser per 1 000. Dette tilsvarer en

reduksjon i dekningsgrad på 29 prosent gjennom tiåret, mens antall døgnplasser i samme periode altså ble redusert med 25 prosent. Økning av antall personer over 18 år og redusert plassantall bidrar til reduksjonen i døgnplassdekning gjennom perioden.

En sentral helsepolitisk målsetning for 1990-tallet har vært at bosted ikke skal være avgjørende for hva slags behandlingstilbud man får. Likevel ser vi at det er stor forskjell på døgnplassdekningen mellom fylkene. Oslo har gjennom hele 1990-tallet vært det fylket som har flest døgnplasser i voksenpsykiatriske institusjoner sett i forhold til antall innbyggere. Ved utgangen av 2000 hadde Oslo 2,7 døgnplasser i voksenpsykiatriske institusjoner per 1 000 innbyggere i aktuell alder, mens dekningsgraden for landet som helhet altså var 1,7. Oslo har gjennom hele perioden hatt klart høyere døgnplassdekning enn øvrige fylker, og dette kan dels forklares ut fra større behov i Oslos befolkning, og dels ut fra større forekomst av lands- og regionsdekkende tilbud. I tabell 1 sammenlignes derfor fylkenes døgnplassdekning med landsgjennomsnittet eksklusive Oslo.

I 1990 varierte dekningsgraden mellom 1,4 (Nordland) og 3,0 (Aust-Agder). Nordlands dekningsgrad var 36 prosent lavere enn gjennomsnittet for landet utenom Oslo, mens Aust-Agders dekningsgrad lå 37 prosent høyere enn dette snittet. I 2000 varierte dekningsgraden mellom 1,2 (Akershus, Hedmark og Nordland) og 2,0 (Aust-Agder og Rogaland). Hedmarks dekningsgrad lå 31 prosent under snittet for landet utenom Oslo, mens Rogaland lå 20 prosent over snittet. Forskjellene i døgnplassdekning mellom fylkene har altså blitt mindre fra utgangen av 1990 til utgangen av 2000.

Det er imidlertid flere forhold som gjør det problematisk å sammenligne fylkenes døgnplassdekning. En rekke institusjoner og avdelinger har et opptaksområde som ikke er sammenfallende med institusjonens beliggenhetsfylke. For eksempel er det slik at avdelinger som er svært spesialiserte, som gir tilbud til pasienter med særskilte og lite utbredte diagnoser, vil måtte ha et større opptaksområde enn tilknytningsfylket for å kunne drives effektivt, samt utvikle de ansattes fagkompetanse. Vi har derfor også institusjoner og avdelinger med landsdekkende og regionsdekkende funksjoner. Dersom vi ser på utgiftene til voksenpsykiatrien, finner vi at Oslo har klart høyest utgifter per innbygger, også dersom vi korrigerer for gjestepasientstrømmer over fylkeskommunegrensene (se Nørgaards artikkel).

Som gjennomgangen av helsepolitiske målsetninger for psykiatrien ovenfor viste, har nedbygging av institusjonsplasser vært et offisielt mål. Det ble understreket at *pasientenes behov* skulle være avgjørende for hvilke behandlingstiltak som ble satt i verk, og hovedprinsippet skulle være at behandling skulle skje på så lavt omsorgsnivå og så nær pasientens bosted som mulig. I dette ligger at poliklinisk behandling og desentraliserte tilbud skulle prioriteres. Man advarte mot videre nedbygging av institusjonsplasser, uten at dette ble oppveid av styrking av det polikliniske tilbudet. Utviklingen av poliklinisk behandling på 1990-tallet, blir behandlet nedenfor.

### **Endret bruk av psykiatriske døgnplasser**

Som vi har sett, har det altså vært en betydelig nedgang i antallet psykiatriske døgnplasser for voksne gjennom 1990-tallet. Fra 1990 til 2000 ble hver fjerde plass av denne typen bygget ned. I tillegg

**Tabell 2. Oppholdsdøgn ved voksenpsykiatriske institusjoner, etter institusjonstype. 1990-2000. 1 000**

	1990	1992	1994	1996	1998	2000
<b>I alt .....</b>	<b>2 525</b>	<b>2 285</b>	<b>2 109</b>	<b>2 033</b>	<b>1 954</b>	<b>1 867</b>
Psykiatriske sykehusavdelinger <sup>1</sup> ...	1 127	1 025	997	985	1 034	1 005
Institusjoner utenfor sykehus <sup>2</sup> ...	1 398	1 260	1 112	1 048	920	862

<sup>1</sup> Omfatter psykiatriske sykehus, psykiatriske klinikker, nervesanatoria og psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus.

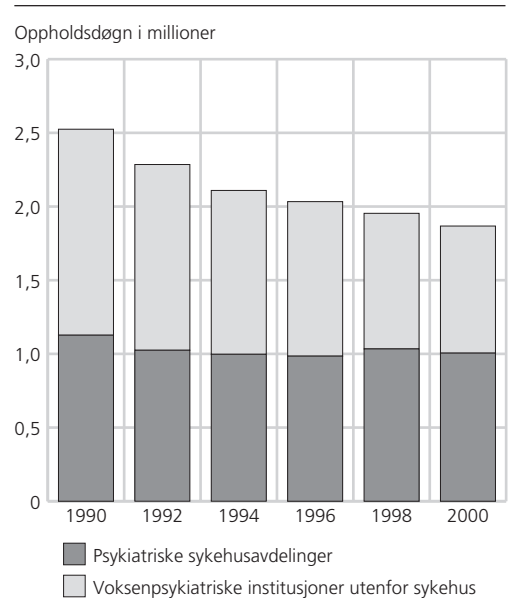
<sup>2</sup> Omfatter psykiatriske sykehjem, ettervernshjem, psykiatriske bo- og behandlingssentre, distriktskykiatriske sentre.

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, psykiatri, Statistisk sentralbyrå.

var også tiåret før preget av nedbygging. Samlet var reduksjonen av slike plasser på 52 prosent fra 1980 til 2000. Det helsepolitiske målet har vært at plassene skal brukes til mer aktiv behandling enn tidligere, og at pasienter som hovedsakelig har behov for pleie og omsorg, ikke skal behandles i institusjoner tilknyttet spesialisthelsetjenesten, men få et adekvat kommunalt tilbud. Hva har så skjedd med virksomheten i de voksenpsykiatriske plassene gjennom 1990-tallet – hvordan brukes plassene?

Tabell 2 viser utviklingen i antall oppholdsdøgn (i 1 000) ved voksenpsykiatriske institusjoner, fordelt på oppholdsdøgn i og utenfor sykehus. Det årlige antallet oppholdsdøgn er vesentlig redusert i løpet av perioden. Det var nesten 660 000 færre oppholdsdøgn i 2000 sammenlignet med 1990, noe som tilsvarer en reduksjon på 26 prosent.

Den samme informasjonen er grafisk framstilt i figur 3, hvor man tydelig ser hvor stor andel av de totale oppholdsdøgnene som har blitt registrert i de to hovedtypene av voksenpsykiatriske institusjoner. Mens 45 prosent av oppholdsdøg-

**Figur 3. Oppholdsdøgn ved voksenpsykiatriske institusjoner, etter institusjonstype. 1990-2000. Millioner**

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, psykiatri, Statistisk sentralbyrå.

nene totalt i 1990 var ved psykiatriske sykehusavdelinger, hadde andelen økt til 54 prosent i 2000. Reduksjonen i oppholdsdøgn ved psykiatriske sykehusavdelinger var på 11 prosent i perioden og hele 38 prosent ved voksenpsykiatriske institusjoner utenfor sykehus.

Antall avsluttede døgnopphold, det vil si utskrivninger etter døgnopphold ved voksenpsykiatriske institusjoner, har økt betydelig på 1990-tallet. Økningen fra 1990 til 2000 har vært på om lag 13 500 utskrivninger, noe som tilsvarer en økning på hele 67 prosent i perioden.

Den relativt største veksten finner vi ved institusjoner utenfor sykehus, hvor antallet utskrivninger har økt med 178 prosent. Ved psykiatriske sykehusavdelinger har veksten vært på 46 prosent.

**Tabell 3. Utskrivninger fra voksenpsykiatriske institusjoner og avdelinger, etter institusjonstype. 1990-2000**

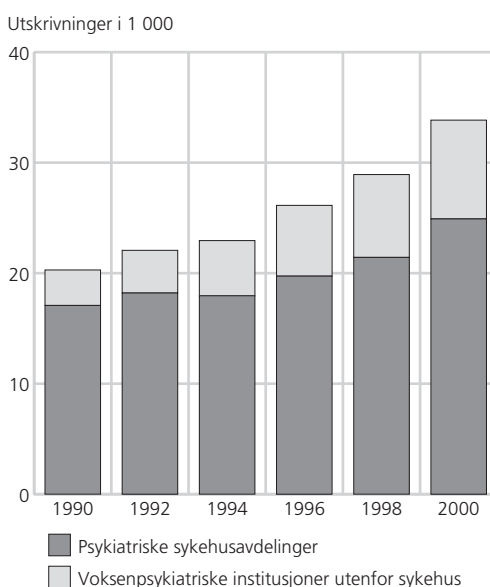
	1990	1992	1994	1996	1998	2000
<b>I alt ..</b>	<b>20 290</b>	<b>22 066</b>	<b>22 947</b>	<b>26 134</b>	<b>28 923</b>	<b>33 847</b>
Psykiatriske sykehus-avdelinger <sup>1</sup> ..	17 080	18 203	17 956	19 732	21 428	24 908
Institusjoner utenfor sykehus <sup>2</sup> ..	3 210	3 863	4 991	6 402	7 495	8 939

<sup>1</sup> Omfatter psykiatriske sykehus, psykiatriske klinikker, nervesanatorier og psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus.  
<sup>2</sup> Omfatter psykiatriske sykehjem, ettervernshjem, psykiatriske bo- og behandlingssentre, distriktpsykiatriske sentre.  
 Kilde: Spesialisthelsetjenesten, psykiatri, Statistisk sentralbyrå.

Gjennom hele 1990-tallet har det vært tilnærmet full utnyttelse av døgnplassene. I 1990 var hver av de nærmere 7 750 døgnplassene i gjennomsnitt i bruk 326 døgn. Dette endret seg lite til 1995 hvor de nesten 6 400 døgnplassene gjennomsnittlig var belagt 324 døgn. Ved utgangen av 2000 var det i underkant av 5 800 døgnplasser, og disse var i gjennomsnitt belagt 323 døgn. Det har imidlertid skjedd store endringer i antall utskrivninger etter døgnopphold per døgnplass i perioden: Mens det i 1990 var gjennomsnittlig 2,6 utskrivninger per plass, økte dette til 3,9 i 1995 og videre til 5,9 utskrivninger per plass i gjennomsnitt i 2000. Det har med andre ord blitt større pasientsirkulasjon i de voksenpsykiatriske institusjonene i løpet av 1990-tallet.

Det gjennomsnittlige antall oppholdsdøgn per utskrivning ble mer enn halvert fra 1990 til 2000. I 1990 var det gjennomsnittlig 123 oppholdsdøgn per utskrivning av døgnpasienter i voksenpsykiatriske

**Figur 4. Utskrivninger av døgnpasienter ved voksenpsykiatriske institusjoner, etter institusjonstype. 1990-2000. 1 000**



Kilde: Spesialisthelsetjenesten, psykiatri, Statistisk sentralbyrå.

institusjoner og avdelinger. I 1995 hadde dette blitt redusert til gjennomsnittlig 82 døgn. For 2000 ble tallet på oppholdsdøgn per utskrivning ytterligere redusert, og var på 56 døgn i gjennomsnitt. Kritikkk har blitt rettet mot nedbyggingen av døgnplasser med den begrunnelse at nedbygging kan føre til flere reinnleggelser. Siden det ikke samles inn pasientdata på identifiserbar form, kan vi ikke svare på om flere utskrivninger og kortere gjennomsnittlig oppholdstid skyldes at flere får hjelp, eller om mange blir utskrevet for raskt og senere innlagt på nytt etter kortere eller lengre tid; om det skapes såkalte "svingdørspasienter".

Endringen i aktivitet ved voksenpsykiatriske døgninstitusjoner gjenspeiler at mange psykiatriske langtidspasienter ikke lenger er innlagt ved institusjoner i spesialisthelsetjenesten, men får kommunale



**Tabell 4. Polikliniske konsultasjoner i voksenpsykiatriske institusjoner. 1990-2000. 1 000**

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Polikliniske konsultasjoner ..	271,6	347,6	347,9	354,7	408,8	429,4	435,4	449,1	473,5	503,7	527,6

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, psykiatri, Statistisk sentralbyrå.

tilbud. En rekke institusjoner har i tråd med statlige anbefalinger blitt omdannet til mer behandlingsorienterte institusjoner. Vi har fått nye distriktspsykiatriske sentre, som til dels er bygget opp ved at tidligere psykiatriske sykehjem organisatorisk er slått sammen med tidligere frittstående poliklinikker. Denne institusjonstypen skal tilby et bredt spekter av allmennpsykiatriske behandlingstilbud på ulike omsorgsnivå (døgn-, dagbehandling og poliklinisk behandling), og er organisert på lokalsykehusnivå med et begrenset opptaksområde.

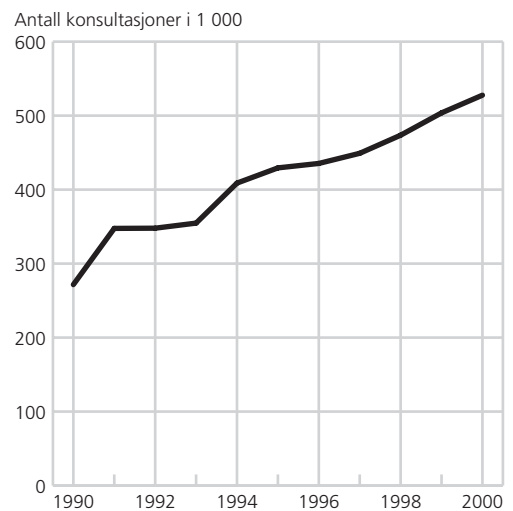
### Sterk økning i poliklinisk aktivitet

Som nevnt, har man i de helsepolitiske målsetningene som har preget 1990-tallet sett kapasiteten for døgnbehandling og det polikliniske tilbudet til mennesker med psykiske lidelser i sammenheng. Et hovedpoeng har vært at det polikliniske tilbudet måtte styrkes dersom det skulle være forsvarlig å bygge ned tallet på døgnplasser. Dårlig utbygd poliklinisk behandlingsskapasitet, har for mange hatt den følgen at innleggelse i døgninstitusjon har vært eneste tilgjengelige behandlingstilbud.

Tabell 4 viser utviklingen i polikliniske konsultasjoner ved voksenpsykiatriske institusjoner, poliklinikker og avdelinger fra 1990 til 2000. Fra og med 1996 har det blitt understreket ved datainnsamlingen at det kun er *refusjonsberettigede* polikliniske konsultasjoner som skal rapporteres. Før denne tid er det grunn til å anta at også konsultasjoner, som ikke gir grunnlag for refusjon fra folketrygden,

har blitt inkludert, for eksempel indirekte pasientarbeid og møter med samarbeidspartnere.

Vi ser at det gjennom 1990-tallet har vært en sterk økning i gjennomførte polikliniske konsultasjoner med voksne pasienter. Her må vi likevel ta forbehold om at datakvaliteten antas å ha blitt stadig bedre i perioden, slik at det er en viss usikkerhet knyttet til om økningen har vært så sterk eller kanskje sterkere enn den som synes her, jf. forrige avsnitt. Vi ser at det ble registrert nesten dobbelt så mange polikliniske konsultasjoner i voksenpsykiatriske institusjoner i 2000 sammenlignet med 1990; den registrerte økningen er på hele 94 prosent. Figur 5

**Figur 5. Polikliniske konsultasjoner ved voksenpsykiatriske institusjoner, avdelinger og poliklinikker. 1990-2000. 1 000**

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, psykiatri, Statistisk sentralbyrå.

**Tabell 5. Polikliniske konsultasjoner i voksenpsykiatriske institusjoner per 1 000 innbyggere over 18 år, 1990-2000**

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere over 18 år .....	83	106	105	107	122	128	129	133	139	147	153

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, psykiatri, Statistisk sentralbyrå.

gir en grafisk framstilling av informasjonen i tabell 4.

I tillegg til den polikliniske aktiviteten som gjennomføres i institusjoner i spesialisthelsetjenesten, har myndighetene lagt vekt på at privatpraktiserende spesialister med fylkeskommunal driftsavtale skal betraktes som en sentral del av det totale spesialiserte psykiske helsevern (se St.meld. nr. 25, 1996-97). Når personellsituasjonen innenfor psykisk helsevern for voksne blir gjennomgått nedenfor, blir disse avtalespesialistene regnet med, men det foreligger dessverre ikke statistikk over antall polikliniske konsultasjoner disse har gjennomført. Her er det altså snakk om en viktig del av aktiviteten innenfor psykisk helsevern som ikke er statistisk dokumentert<sup>2</sup>.

Dersom vi ser på antall gjennomførte polikliniske konsultasjoner i forhold til befolkningen i voksenpsykiatriens målgruppe (personer over 18 år), ser vi en tydelig økende tendens. Mens det i 1990 ble registrert 83 polikliniske konsultasjoner i voksenpsykiatriske institusjoner, poliklinikker og avdelinger per 1 000 innbyggere over 18 år, hadde dette økt til 128 i 1995 og videre til 153 i 2000 (se

tabell 5). Statistikken viser at det relative antall polikliniske konsultasjoner i forhold til befolkningsgrunnlaget, økte med 84 prosent i tiårsperioden, men konklusjonen må vurderes i lys av forhold ved datainnsamlingen og datakvaliteten som det ble redegjort for ovenfor.

Dersom vi sammenligner registrerte polikliniske konsultasjoner i de ulike fylkene sett i forhold til innbyggere over 18 år i fylket, viser tabell 6 at det er store forskjeller fylkene imellom. Oslo hadde relativt flest konsultasjoner i 1990 og 1995, med henholdsvis 151 og 213 polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere over 18 år. I 2000 ble det høyeste antallet polikliniske konsultasjoner i forhold til befolkningsgrunnlaget registrert i Vestfold, med 213 konsultasjoner per 1 000. I 1990 var det færrest konsultasjoner i forhold til folketallet i Østfold og Hordaland, med 58 konsultasjoner per 1 000 innbyggere. Både i 1995 og 2000 ble det relativt laveste antallet polikliniske konsultasjoner registrert i Akershus, med 73 konsultasjoner per 1 000 innbyggere i 1995 og 99 konsultasjoner i 2000.

Tabell 6 viser også at det var mindre forskjell mellom fylkene i 2000 enn det

<sup>2</sup> Innenfor prosjektet Fylkes-KOSTRA, helsetjenester, ble det fra statistikkåret 2000 gjort forsøk på å få oversikt over disse konsultasjonene. Syv av landets fylkeskommuner leverte data innenfor KOSTRA dette året. Imidlertid var ikke datakvaliteten på materialet god nok for offentliggjøring. For statistikkåret 2001 skal alle fylkeskommunene levere KOSTRA-data, og spørsmålet om antall konsultasjoner hos privatpraktiserende avtalespesialister videreføres. Det er derfor håp om at denne aktiviteten etter hvert også kan tallfestes.

**Tabell 6. Dekningsgrad polikliniske konsultasjoner i voksenpsykiatriske institusjoner, avdelinger og poliklinikker og forholdet til gjennomsnittlig dekningsgrad, etter fylke. 1990, 1995 og 2000**

	1990		1995		2000	
	Polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere over 18 år	Dekningsgrad i prosent av landsgjennomsnittet	Polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere over 18 år	Dekningsgrad i prosent av landsgjennomsnittet	Polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere over 18 år	Dekningsgrad i prosent av landsgjennomsnittet
<b>Landet i alt .....</b>	<b>83</b>	<b>100</b>	<b>128</b>	<b>100</b>	<b>153</b>	<b>100</b>
Østfold .....	58	70	123	96	135	88
Akershus .....	60	72	73	57	99	65
Oslo .....	151	182	213	167	204	133
Hedmark .....	84	101	119	93	191	125
Oppland .....	109	130	136	106	196	128
Buskerud .....	64	76	91	71	148	97
Vestfold .....	86	103	146	114	213	139
Telemark .....	68	82	91	71	195	127
Aust-Agder .....	80	96	105	82	111	73
Vest-Agder .....	75	90	125	98	129	84
Rogaland .....	77	92	155	121	125	82
Hordaland .....	58	69	99	78	114	75
Sogn og Fjordane .	93	112	157	122	149	97
Møre og Romsdal .	86	103	88	69	170	111
Sør-Trøndelag .....	72	86	135	106	125	82
Nord-Trøndelag ....	100	121	152	119	190	124
Nordland .....	84	101	112	88	144	94
Troms .....	63	76	143	112	172	112
Finnmark .....	75	90	108	84	122	80

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, psykiatri, Statistisk sentralbyrå.

var 10 år tidligere. I 1990 lå Hordaland 31 prosent under landsgjennomsnittet, mens Oslo lå 82 prosent over. For 2000 lå Akershus 35 prosent under gjennomsnittsverdien, mens Vestfold lå 33 prosent over. Når det gjelder polikliniske konsultasjoner, er det liten strøm av pasienter mellom fylkene, og Oslo er derfor inkludert når landsgjennomsnittet beregnes. Det må igjen understrekes at manglende opplysninger om antall polikliniske konsultasjoner hos privatpraktiserende psykiatere og psykologer med og uten fylkeskommunal driftsavtale, kan gi et noe skjevt bilde av forskjellene fylkene imellom. Oslo har gjennom 1990-tallet hatt klart flest privatpraktiserende psykiatere

og kliniske psykologer med fylkeskommunal driftsavtale.

Er det sannsynlig at fylkeskommunenes bruk av driftsavtaler med privatpraktiserende spesialister kan bidra til å utjevne forskjellene mellom fylkene? I analysen av personellsituasjonen i psykisk helsevern for voksne på 1990-tallet, som følger senere i artikkelen, har vi i tillegg til personell ansatt i psykiatriske institusjoner også tatt med privatpraktiserende psykiatere og kliniske psykologer med fylkeskommunal driftsavtale. Tabell 9 viser at det er klart flest privatpraktiserende spesialister med driftsavtale i Oslo. Konsultasjonene disse utfører kommer i tillegg til de registrerte konsultasjonene

**Tabell 7. Beregnede årsverk<sup>1</sup> ved voksenpsykiatriske institusjoner. 1990-2000**

	1990	1992	1994	1996	1998	2000
Beregnete årsverk ved voksenpsykiatriske institusjoner .....	12 980	13 006	12 826	13 151	13 689	14 147

<sup>1</sup> Beregnede årsverk er antall heltidsansatte pluss antall deltidsansatte omregnet til heltidsansatte per 31. desember i statistikkåret. Kilde: Spesialisthelsetjenesten, psykiatri, Statistisk sentralbyrå.

ved institusjonene i tabell 6. Dette betyr at det er flere som får et slikt behandlingstilbud i Oslo enn det tabell 6 isolert sett tyder på. Enkelte andre fylkeskommuner har en forholdsvis lav dekningsgrad hva polikliniske konsultasjoner angår, men dette kan til en viss grad kompenseres av mange årsverk av privatpraktiserende. Dette gjelder for eksempel Hordaland, hvor mange privatpraktiserende spesialister bidrar til at tilbudet om poliklinisk behandling er bedre enn det som kommer fram i tabell 6.

### Personellsituasjonen – fylkesvise forskjeller

Når myndighetene har presentert sine målsetninger for psykiatrien, er problemer omkring rekruttering av personell et poeng som stadig har blitt trukket fram. Tilgangen til personell er en flaskehals, som også i stor grad har hindret idealet om likhet i behandlingstilbud over hele landet i å bli innfridd.

SSB gjennomfører årlige punkttellinger av personell i psykiatriske institusjoner, hvor et estimat for antall årsverk lages ved å legge sammen antall heltidsansatte og antall deltidsansatte ved utgangen av året og regne om til heltidsansatte på dette tidspunktet. Dersom institusjoner i stor grad er nødt til å benytte seg av overtidsarbeid for å få personellkabalene til å gå opp, vil ikke dette bli registrert i beregnede årsverk, som kun tar hensyn til *avtalt* arbeidstid eller stillingsbrøk. Fordi det er en punkttelling som ligger bak

SSBs årsverkstall, vil ikke variasjoner i personellinnsatsen gjennom året bli fanget opp. Det er imidlertid ikke grunn til å tro at dette skaper systematiske feil i datamaterialet, men at beregningsmåten gir et godt bilde av utviklingstendenser for personellinnsatsen over tid. Tabell 7 viser beregnede årsverk i voksenpsykiatriske institusjoner, poliklinikker og avdelinger i perioden 1990 til 2000.

Tabell 7 viser at antall beregnede årsverk ved voksenpsykiatriske institusjoner, avdelinger og poliklinikker økte med nesten 9 prosent fra 1990 til 2000.

Om vi ser på dekningsgraden for personell i voksenpsykiatriske institusjoner, avdelinger og poliklinikker per 1 000 innbyggere over 18 år, viser tabell 8 at den var på 4,0 i 1990, 3,9 i 1995 og 4,1 i 2000. Gjennom hele 1990-tallet har det vært store forskjeller fylkene imellom. Oslo har hele tiden hatt den høyeste dekningsgraden, med henholdsvis 7,5, 6,6 og 6,3. Oslos høye dekningsgrad kan dels forklarerer med mange landsdekkende og regiondekkende tilbud, og ved at nyrekruttering til Oslo av ulike årsaker er lettere enn til institusjoner andre steder i landet. I tillegg er det vanlig å anta at storbyproblemer gjør at behovet for spesialiserte psykiatriske helsetjenester er større hos Oslo-befolkningen enn i befolkningen ellers i landet.

Klinisk psykologi og psykiatri har lenge utgjort store grupper blant

**Tabell 8. Dekningsgrad beregnede årsverk<sup>1</sup> i voksenpsykiatriske institusjoner, avdelinger og poliklinikker og forholdet til gjennomsnittlig dekningsgrad, etter fylke. 1990, 1995 og 2000**

	1990		1995		2000	
	Beregnete årsverk per 1 000 innbyggere over 18 år	Dekningsgrad i prosent av landsgjennomsnittet	Beregnete årsverk per 1 000 innbyggere over 18 år	Dekningsgrad i prosent av landsgjennomsnittet	Beregnete årsverk per 1 000 innbyggere over 18 år	Dekningsgrad i prosent av landsgjennomsnittet
<b>Landet i alt .....</b>	<b>4,0</b>	<b>100</b>	<b>3,9</b>	<b>100</b>	<b>4,1</b>	<b>100</b>
Østfold .....	2,8	70	2,7	71	3,2	78
Akershus .....	2,8	71	2,9	75	3,2	77
Oslo .....	7,5	188	6,6	169	6,3	153
Hedmark .....	3,7	93	3,3	86	3,7	91
Oppland .....	3,9	98	3,9	101	4,1	101
Buskerud <sup>2</sup> .....	3,6	90	3,7	95	3,4	82
Vestfold .....	3,3	83	3,4	87	3,5	85
Telemark .....	3,1	78	3,1	79	3,8	94
Aust-Agder .....	3,1	78	2,9	74	3,2	79
Vest-Agder .....	3,3	83	3,5	89	3,9	95
Rogaland .....	3,5	87	3,7	96	4,1	100
Hordaland .....	3,8	95	4,1	106	4,2	102
Sogn og Fjordane ...	3,0	76	3,4	87	3,7	91
Møre og Romsdal ...	4,0	100	3,7	97	4,3	105
Sør-Trøndelag .....	4,7	118	3,6	94	4,0	98
Nord-Trøndelag .....	3,1	78	3,5	92	3,6	87
Nordland .....	3,2	81	3,5	90	3,6	89
Troms .....	4,5	114	4,6	118	4,3	105
Finnmark .....	3,2	81	3,6	92	3,1	75

<sup>1</sup> Beregnede årsverk er heltidsansatte pluss deltidsansatte omregnet til deltidsansatte per 31. desember i rapporteringsåret.

<sup>2</sup> Buskeruds nedgang i dekningsgrad fra 1995 til 2000 skyldes at Modum Bads nervesanatorium fra og med 1998 ble registrert under tilknytningsfylket Staten, mot tidligere under Buskerud.

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, psykiatri, Statistisk sentralbyrå.

privatpraktiserende helsepersonell med driftsavtale. I 1998 ble det gjennomført en regelendring i tilknytning til de privatpraktiserende spesialistenes adgang til å få refusjon fra folketrygden. Endringen medførte at helsepersonell med privat praksis uten driftsavtale med fylkeskommunen ikke lenger fikk adgang til trygderefusjon for sine pasienter. Parallelt med dette ble det etablert en øremerket tilskuddsordning til fylkeskommuner som inngikk driftsavtaler med helsepersonell som til da hadde hatt privat praksis uten driftsavtale. I denne ordningen ble driftsavtaler for spesialister i psykiatri og klinisk psykologi prioritert. Som nevnt,

understreker offentlige myndigheter at privatpraktiserende spesialister i psykiatri og kliniske psykologer, skal være en sentral del av fylkenes spesialiserte tilbud om helsetjenester innenfor psykisk helsevern.

Av tabell 9 framgår det at det i 2000 var flere fylkeskommuner som hadde inngått driftsavtaler med privatpraktiserende spesialister i psykiatri og kliniske psykologer enn ti år tidligere. I 1990 var det fem fylkeskommuner som ikke hadde inngått slik avtale med spesialister i psykiatri, mens tilsvarende tall for 2000 var to fylkeskommuner. Det var seks

**Tabell 9. Avtalte årsverk med fylkeskommunen blant spesialister i psykiatri og kliniske psykologer, etter fylke, 1990, 1995 og 2000**

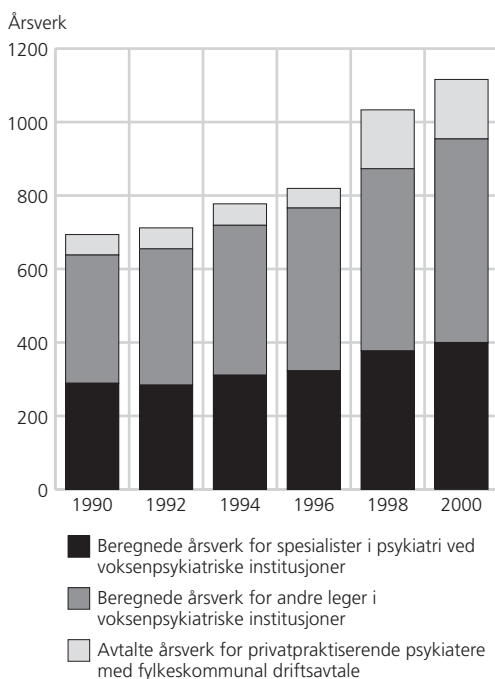
	Spesialister i psykiatri			Kliniske psykologer <sup>1</sup>		
	1990	1995	2000	1990	1995	2000
<b>Landet i alt</b>	<b>55,8</b>	<b>56,3</b>	<b>162,0</b>	<b>95,8</b>	<b>101,8</b>	<b>395,1</b>
Østfold .....	0,7	-	3,8	6,5	6,5	18,3
Akershus ...	9,6	7,8	17,6	13,9	14,6	49,2
Oslo .....	20,9	21,7	64,6	36,5	37,8	125,9
Hedmark ...	2,5	3,1	5,8	4,9	7,1	11,2
Oppland ....	-	-	0,4	3,0	3,0	9,6
Buskerud ...	2,5	2,5	7,6	4,0	4,0	19,1
Vestfold ....	2,3	2,3	11,5	5,0	5,0	14,8
Telemark ...	1,0	1,0	3,4	1,0	1,0	11,5
Aust-Agder	0,7	0,7	3,9	-	-	3,8
Vest-Agder	0,5	0,5	3,1	-	-	4,7
Rogaland ...	1,2	2,0	7,1	10,5	10,5	26,7
Hordaland .	6,9	6,3	18,4	6,6	8,7	52,0
Sogn og Fjordane ....	1,0	0,7	0,9	-	-	9,0
Møre og Romsdal ....	-	-	0,2	-	-	11,4
Sør-Trøndelag .	2,4	3,2	7,5	1,0	1,0	14,5
Nord-Trøndelag .	-	-	-	-	-	1,7
Nordland ...	-	1,5	3,0	2,0	1,5	7,4
Troms .....	3,6	3,0	3,1	1,0	1,0	4,3
Finnmark ...	-	-	-	-	-	-

<sup>1</sup> Kliniske psykologer omfatter også spesialister i barne- og ungdomspsykiatri.  
Kilde: Spesialisthelsetjenesten, spesialister med fylkeskommunale driftsavtaler, Statistisk sentralbyrå..

fylkeskommuner som ikke hadde inngått driftsavtale med privatpraktiserende kliniske psykologer i 1990, mens for 2000 gjelder dette bare en fylkeskommune. Vi ser også at antallet avtalte årsverk totalt ble nesten tredoblet i perioden.

Leger har en sentral profesjon i psykisk helsevern, og både leger tilsatt i institusjonene og privatpraktiserende spesialister i psykiatri er viktige for å sikre at befolkningen får helsetjenester av god kvalitet. Figur 6 viser antall beregnede

**Figur 6. Antall beregnede legeårsverk i spesialisthelsetjenesten, voksenpsykiatri, 1990-2000**



Kilde: Spesialisthelsetjenesten, psykiatri, Statistisk sentralbyrå.

årsverk for spesialister i psykiatri og andre leger i voksenpsykiatriske institusjoner, pluss antall avtalte årsverk mellom fylkeskommunene og spesialister i psykiatri med fylkeskommunal driftsavtale.

Totalt har antall beregnede årsverk for leger (spesialister i psykiatri og andre leger tilsatt i voksenpsykiatriske institusjoner og privatpraktiserende spesialister i psykiatri med fylkeskommunal driftsavtale) økt fra 694 i 1990 til 1 116 i 2000. Dette tilsvarer en økning på 61 prosent i perioden.

### Psykisk helsevern framover

Norge er nå i ferd med å gjennomføre en omfattende reform av spesialisthelsetjenesten. 1. januar 2002 ble ansvaret for

spesialisthelsetjenesten overført fra fylkeskommunene til staten, og fem regionale helseforetak med staten som eier ble opprettet. Sykehus og institusjoner er organisert som helseforetak under de regionale helseforetakene. Eierskaps- og foretaksreformen gjennomføres dermed midt i opptrappingsperioden for psykisk helsevern som er presentert i *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006* (St.prp. nr. 63, 1997-98).

Reformen vil medføre endringer i rapporteringsopplegget for spesialisthelsetjenesten. Som en følge av eierskiftet vil helseforetakene skifte fra et finansielt orientert regnskapssystem til å følge regnskapslovens bestemmelser. Dette gir Statistisk sentralbyrå nye utfordringer med hensyn til å kunne produsere sammenlignbare økonomiske indikatorer før og etter reformen. Rapportering av aktivitet, plasser og personell reiser også nye problemstillinger. Sykehusene og institusjonene utfører sentrale samfunnsoppgaver av stor velferdsmessig betydning, og det er viktig at det kan produseres statistikk som tilfredsstillende behøver til så vel politiske myndigheter som forskningsmiljøer og allmennheten også i framtiden. SSB arbeider aktivt for å sikre at tidsreiser for relevante variabler skal kunne videreføres, slik at effekten av helsereformen skal kunne evalueres.

### Referanser

Goffman, Erving (1961): *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor Books.

St.meld. nr. 9 (1975-75): *Sykehusutbygging i et regionalt helsevesen*.

St.meld. nr. 41 (1987-88): *Nasjonal helseplan. Helsepolitikken mot år 2000*.

St.meld. nr. 50 (1993-94): *Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*.

St.meld. nr. 25 (1996-97): *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet*.

St.prp. nr. 63 (1997-98): *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*.

Vold, Borgny (1999): "Psykiatriens historie i Norge, del 1: Den store institusjonsoppbyggingen" i *Samfunnsspeilet* 1999, 1, Statistisk sentralbyrå.





Åsne Vigran

## Pleie- og omsorgstjenestene

*Mange av oppslagene om pleie- og omsorgstjenester i aviser og tidsskrifter, kanskje særlig innenfor omsorg for eldre, har vært preget av oppslag som: "Kommunene er ikke forberedt på eldrebølgen", "Pleietrengende ligger alene 15 timer i døgnet", "Eldre låses inne". Kritikken har vært rettet både mot institusjonsomsorgen og mot hjemmetjenestene. Enkelthendelser slås stort opp, "virkeligheten" er ikke til å leve med, men er alt bare elendighet?*

Tilbudet av pleie- og omsorgstjenester har ikke vært, og er i dag fortsatt ikke, likt i alle kommuner. Tilbudene som eksisterer er heller ikke organisert på samme måte, noen kommuner har en høy grad av integrering mellom de ulike tjenestene, for eksempel at all pleie- og omsorgstjeneste drives fra en institusjon og man fordeler personellet mellom hjemme- og institusjonstjenester etter behov. Andre kommuner har et klarere skille mellom tjenestesteder og tjenestetyper. Til tross for ulik organisering kan man si at ingen kommuner er helt uten tjenester, og at alle har de mest sentrale tjenestene pålagt gjennom lov.

### **435 kommuner – og mange måter å organisere tjenestetilbudet på**

Når man betrakter tilbudet av pleie- og omsorgstjenester i norske kommuner, vises et mangfold av tjenester, og ulike brukergrupper med forskjellige behov. Tilbudet av tjenester har blitt bygget betydelig ut de siste årene. Blant annet er tilbud om dagsenter eller aktivitetssenter tilpasset for ulike brukergrupper blitt mer og mer vanlig.

Innslaget av private tilbud er stort på enkelte områder, mens andre igjen i hovedsak domineres av kommunale tilbud. Ofte er de private tilbudene et supplement til de kommunale tilbudene og drives med tilskudd fra kommunen. Mengden private foretak og ideelle organisasjoner som driver virksomhet innenfor institusjonsomsorgen har ligget nokså konstant rundt 10 prosent av det totale antallet institusjoner. Mange av disse private institusjonene er innlemmet i kommunale planer og mottar en betydelig kommunal støtte til drift av institusjonen.

Tabell 1 viser at det kommunale tilbudet for en del tjenester har økt siden 1996, med unntak for tilbud om trygghetsalarm, fotpleie og eldresenter. Tilbudet av disse tjenestene er likevel ikke blitt mindre, men i motsetning til øvrige tjenester, er det de private tilbudene som er blitt flere.

Norges Handikapforbund gjennomførte i perioden 1990-1993 en prøveordning med brukerstyrt personlig assistanse. Ordningen er en alternativ organisering

**Tabell 1. Andel av kommunene med tilbud om ulike tjenester i kommuner og bydeler. Hele landet. 1999. Prosent**

	Kommunalt tilbud	Prosent endring i kommunalt tilbud	Privat tilbud	Både kommunalt og privat tilbud	Tjenesten finnes ikke
Vaktmestertjenester .....	79,4	3,6	1,5	0,4	18,7
Trygghetsalarm .....	90,2	-0,1	2,6	6,8	0,4
Matombringning .....	93,6	7,2	1,5	2,3	2,6
Fotpleie .....	20,6	-9,5	64,7	4,9	9,8
Ferieavlastning .....	81,9	21,7	0,4	0,2	17,4
Helgavlastning .....	78,1	.	0,4	0,4	21,1
Trygghetsplasser .....	21,7	.	0,4	0,2	77,7
Eldresenter .....	63,6	-0,4	4,9	3,2	28,3
Dagsenter for funksjonshemmede .....	34,0	36,2	0,9	0,2	64,9
Dagsenter for psykisk utviklingshemmede .....	69,8	13,5	0,2	0,0	30,0
Dagsenter for psykiatriske pasienter .....	67,9	65,9	0,4	0,4	31,3
Dagsenter for aldersdemente .....	28,3	29,8	0,2	0,0	71,5
Dagsenter for flere brukergrupper .....	40,0	6,1	1,7	0,0	58,3

Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

av praktisk bistand og personlig assistanse for sterkt funksjonshemmede som har behov for bistand både i og utenfor hjemmet. I motsetning til øvrige tjenester, er det brukeren selv som avgjør hva de tildelte timene med hjelp skal benyttes til. Fra 1994 ble det for første gang ytt et statlig stimuleringsstøttekudd til ordningen. De første årene hadde den et relativt beskjedent omfang, men i 1998 hadde om lag 45 prosent av alle kommuner etablert et tilbud om brukerstyrt personlig assistanse. Fra og med mai 2000 er alle kommunene pålagt ved lov å ha et slikt tilbud til dem som har behov for det. Statistisk sentralbyrå har registrert enkelte opplysninger om ordningen siden

1996. Om lag 680 personer var omfattet av ordningen i 2000.

Hvis man sammenligner svar fra kommunene om når og hvordan tjenestene er tilgjengelige, har det vært en viss utvikling i tilbudet siden tidlig på 1990-tallet. I 1993 hadde over halvparten av kommuner og bydeler et tilbud om heldøgns hjemmesykepleie til de brukerne som hadde behov for det. I 2000 har nær 86 prosent dette tilbudet.

### Fra aldershjem til sykehjem

Tidlig på 1990-tallet var 1 100 institusjoner for eldre og funksjonshemmede i drift. I overkant av en tredjedel av disse

### Kommunale pleie- og omsorgstjenester

Det kommunale tilbudet av pleie- og omsorgstjenester omfatter praktisk bistand (hjemmehjelp og annen hjelpevirksomhet, som boveiledning, opplæring i dagliglivets gjøremål og brukerstyrt personlig assistanse) og hjemmesykepleie. Alle de forannevnte tjenestene ytes i den enkelte bolig. I tillegg tilbyr mange kommuner en rekke andre tjenester til eldre og funksjonshemmede som bor hjemme, bl.a. ambulering vaktmester, fotpleie, trygghetsalarm, matlevering, tilbud om eldresenter eller plass i dagsenter eller dagavdeling i institusjon. Kommunene tilbyr også ulike former for avlastning til pårørende, støttekontakt og mulighet for plass i en tilrettelagt bolig eller en institusjonsplass i syke- eller aldershjem.

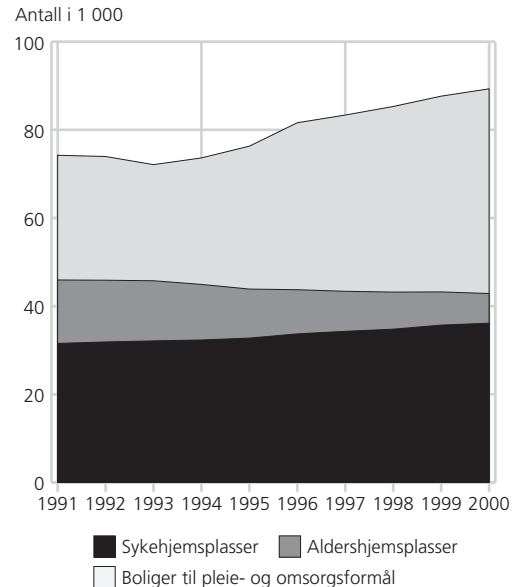
institusjonene var somatiske sykehjem, mens resten var aldershjem eller andre typer kombinerte institusjoner. Antallet institusjoner er redusert med nærmere 6 prosent siden begynnelsen av 1990-årene, men tallet på sykehjem har økt kraftig og utgjorde mer enn 60 prosent av alle registrerte institusjoner i 2000. I takt med nedgangen i antall institusjoner har det vært en nedgang i institusjonsplassene fra 45 900 i 1991 til 42 900. Sammensetningen av institusjonsplassene har derimot endret seg. Mens 69 prosent av institusjonsplassene var sykehjemsplasser i 1991, var over 84 prosent sykehjemsplasser i 2000.

### Enerom i institusjon – et knapt gode?

En av flere myter innenfor eldreomsorgen ser ut til å være at muligheten til å få et enerom på institusjon er et knapt gode. Satsingen på enerom har vært i fokus over lengre tid, både som satsingsområde for flere politiske partier, og etter hvert som mål i handlingsplanen for eldreomsorgen. Ennå har ikke alle enerom, men da ses det bort fra det faktum at av alle de 37 700 rommene i institusjoner for eldre og funksjonshemmede, er over 32 400 enerom. De resterende 5 300 rommene fordeler seg på 5 200 dobbeltrom og om lag 100 flersengsrom. Et annet faktum som blir borte, er at de nye institusjonene som er opprettet eller er under bygging, bare har enerom – og det bygges stadig nye institusjoner. Statistikken forteller ikke noe om hvorvidt rom som er beregnet for én, brukes av to på grunn av et midlertidig overbelegg ved institusjonen.

Tilskuddene til pleie- og omsorgstjenestene har vært betydelige, og en stor andel har gått til bygging og ombygging av institusjoner og bygging av omsorgsboli-

**Figur 1. Plasser i institusjoner for eldre og funksjonshemmede. 1991-2000. 1 000**



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

ger. Disse boligene skal ha en viss utforming og et visst tilbud, og kommunene kan søke om å få oppstartingsstilskudd til byggingen fra Husbanken. I 2000 ble det registrert i overkant av 13 100 slike omsorgsboliger.

I 2000 var det om lag 42 900 institusjonsplasser og 46 400 boliger til pleie- og omsorgsformål. Som et resultat av de siste års tilskuddsordninger ventes begge kategorier å få en markant stigning i årene framover.

En undersøkelse gjengitt i tidsskriftet "Aldring & Eldre" (Ytrehus 1999) viser at kommunene har gjort ulike tilpasninger i forhold til de mål som er lagt for dekningsgrader innenfor institusjonsomsorg og boliger i handlingsplanen for eldreomsorgen. I et representativt utvalg kommuner viser tendensen at man både bygger boliger og institusjonsplasser. Hvis man

betrakter den nasjonale statistikken, ser bildet litt annerledes ut. Dersom man ser institusjonsplassene i forhold til antallet personer over 67 år, viser tallene for 2000 en nokså stabil dekningsgrad i forhold til 1994 (fra 7,2-7,0), mens boligdekningen har steget (fra 4,6-7,6). Hvis man ser utbyggingen av sykehjems plasser isolert fra andre institusjonsplasser, viser denne likevel en stigende tendens fra 5,2 til 5,9 plasser per 100 personer over 67 år. Dette er likevel langt lavere utbyggingstakt enn for boligene. Økningen i antall sykehjems plasser oppveier ennå ikke fullt ut nedbyggingen i antall plasser i aldershjem.

### **Tilrettelagte boliger som "mellomstasjon"**

Å betrakte reduksjonen i institusjonsplasser isolert kan gi et litt skjevt bilde av hva som skjer i pleie- og omsorgstjenestene. I en årrekke har målet vært at hjelpetrenende skal kunne bo lengst mulig i sitt eget hjem. I handlingsplanen for eldreomsorgen heter det "Eldreomsorgen skal bidra til at eldre med behov for pleie og omsorg kan fortsette å leve et trygt og mest mulig verdig og selvstendig liv. Et hovedmål er at eldre skal kunne fortsette å bo i sine egne hjem så lenge som mulig. Men en forutsetning for dette er at tjenestene kapasitets- og kvalitetsmessig er utbygd slik at eldre føler seg trygge på at de får et godt tjenestetilbud når de trenger det. Målet er at alle som har behov for det, skal få et tilfredsstillende og mest mulig likeverdig tjenestetilbud, uavhengig av bosted, inntekt og sosial status."

Begrepet " eget hjem " omfatter i dag også kommunale boliger med ulik grad av tilpasning for eksempel for personer som er avhengig av å bruke rullestol eller har ulike typer bevegelseshemminger. Felles for boligene er at dette er enheter som

hjelpetrenende selv disponerer og betaler husleie for. I tillegg til en tilpasset bolig får beboeren ulike tjenester enten fra tilknyttet personale eller etter en individuell vurdering fra hjemmetjenestene. Disse boligene er ment å skulle fylle de tradisjonelle aldershjemmenes oppgave. I 1994 ble det opprettet en tilskuddsordning for bygging av omsorgsboliger, boliger med helt spesifikke krav til størrelse og innredning der det også skal være mulighet for heldøgns pleie og omsorg dersom beboeren har behov for dette. Omsorgsboliger ble første gang registrert i pleie- og omsorgsstatistikken i 1997, og disse boligene utgjorde mer enn en fjerdedel av de 46 400 boligene som ble brukt til pleie- og omsorgsformål i 2000.

### **Økt ressursbruk – og mye går til lønn**

Utgiftene til personell og tjenesteyting innenfor pleie og omsorg i norske kommuner var i 2000 i overkant av 38,5 milliarder kroner, eller i overkant av 190 000 kroner per bruker. Sammenlignet med 1994 tilsvarer det en økning per bruker på nærmere 50 prosent.

Om lag 80 prosent av utgiftene innenfor pleie og omsorg er knyttet til lønn. Mye av økningen i utgiftene kan forklares med opprettelse av nye stillinger. Bare på 1990-tallet har tallet på årsverk i pleie- og omsorgssektoren økt med nesten 20 000 årsverk. Andelen kvalifisert helsepersonell innenfor sektoren, f.eks. syke- og hjelpepleiere, er økende. Noe av økningen skyldes at kommunene overtok omsorgen for personer med psykisk utviklingshemming tidlig på 1990-tallet.

I 2000 ble det utført 89 700 årsverk i pleie- og omsorgssektoren, en økning på 10 200 årsverk siden utløpet av 1997, et

halvår før handlingsplanen for eldreomsorgen ble iverksatt. Over halvparten av disse årsverkene ble utført av personell med sykepleier- eller hjelpepleierutdanning. Fysioterapeuter og leger utførte om lag 600 årsverk i institusjonene innenfor pleie og omsorg. Årsverkene som utføres av disse to yrkesgruppene i pleie- og omsorgstjenestene ellers, kan ikke skilles ut fra årsverkene som utføres i kommunehelsetjenesten for øvrig. Hvis man ser helsefaglig og sosialfaglig utdanning sammen, ble 63,4 prosent eller 56 533 av alle årsverk utført av personell med enten helsefaglig eller sosialfaglig utdanning, og 36,6 prosent (3 274) av årsverkene av personell uten fagopplæring eller med annen utdanning.

Hvis de utførte årsverkene fordeles på antall brukere, ble det utført omtrent 0,4 årsverk per bruker som er registrert som inne i tjenesten ved utløpet av året. Dermed som man betrakter hjemmetjenestene og institusjonstjenestene separat, ble det utført en noe høyere andel årsverk per bruker i institusjon. Andelen årsverk utført per bruker i institusjon var noe høyere for somatiske sykehjem enn i aldershjem.

### **Hvem får tilbud om pleie- og omsorgstjenester – og hva slag?**

Ved utgangen av 2000 hadde nesten 202 000 personer (se ramme om beboere i boliger til pleie- og omsorgsformål) hjelp gjennom pleie- og omsorgstjenestene. Om lag en femtedel av disse personene bodde i institusjonene, de øvrige fikk hjelp fra hjemmetjenestene i eget hjem. Dette er alle personer som var registrert som brukere av tjenestene ved utgangen av året. I løpet av året vil altså flere ha vært innom tjenestene. Ved utgangen av 2000 var over halvparten av de registrerte brukerne personer over 80 år.

### **Beboere i boliger til pleie- og omsorgsformål**

Personer som bor i en bolig til pleie- og omsorgsformål er ikke regnet inn i det totale brukertallet. Årsaken er at disse brukerne ofte mottar en eller annen form for praktisk bistand eller hjemmesykepleie og dermed allerede er registrert som mottakere av hjemmetjenester. Av samme årsak er personer som mottar avlastning eller støttekontakt heller ikke regnet med i totaltallet av mottakere. Pleie- og omsorgsstatistikken gir ikke noe totalbilde av sammensetningen av tilbud til den enkelte bruker.

### **Yngre brukere vanlig i hjemmetjenestene ...**

Hjemmetjenesten er den av tjenestene innenfor pleie og omsorg som har det største innslaget av yngre brukere. I fjor utgjorde personer under 67 år omtrent en fjerdedel av brukerne som var registrert per 31. desember. Sett i forhold til befolkningen utgjør disse brukerne likevel en svært liten del, om lag 1 prosent av alle kvinner under 67 år og en enda lavere andel blant menn i samme alderskategori. Det høye antallet unge brukere skyldes at de fleste tjenester som ytes til personer med psykisk utviklingshemming og andre unge med funksjonshemming som en følge av HVPU-reformen fra 1991, nå regnes inn under hjemmetjenestene. Når man følger utviklingen i antall brukere av hjemmetjenester bakover i tid, ser vi at de unge brukerne er den gruppen som har økt mest i antall, fra 25 000 i 1992 til i overkant av 38 400 i 2000. I de senere årene er det også blitt flere eldre brukere.

Den nasjonale pleie- og omsorgsstatistikken er basert på summariske opplysninger, og kan ikke gi svar på hvor mange tjenester den enkelte får, eller hvor stort behov den enkelte bruker har for tjenester. Imidlertid finnes det systemer for

registrering av enkeltindivider i kommunene. Et av disse systemene, Gerix, blir brukt av om lag 50 kommuner (heretter kalt Gerix-kommuner). Kommunene som brukte Gerix, utgjorde ikke et representativt utvalg av kommuner, men dataene kan likevel gi et godt bilde av situasjonen. 1997 er valgt som analyseår på bakgrunn av at tallene viser liten variasjon mellom statistikkårgangene og det var flest kommuner som sendte inn data dette året. I 1997 viste resultater fra disse kommunene at om lag 26 500 brukere mottok tjenester. Av disse mottok 20 500 hjemmetjenester, mens 6 000 bodde i institusjon. Hvis man sammenligner de samme aldersgruppene i Gerix-kommuner med det som framkommer i den nasjonale statistikken, er brukerratene innenfor de ulike tjenestene omtrent like. Det er derfor grunn til å anta at disse tallene kan gi et nokså godt bilde av hva som foregår innenfor tjenestene. Mottakerne av hjemmetjenester som var over 67 år, fikk i gjennomsnitt hjelp nær 5 timer per uke. Hvis man holder den enkeltes behovsnivå konstant, fikk personer som bodde alene i gjennomsnitt litt mer hjelp enn de som bodde sammen med noen. Den tildelte mengden hjelp øker noe med alderen, og menn får i gjennomsnitt noe mer hjelp enn kvinner, uansett om de bor alene eller ikke. Når man sammenligner resultatene over flere år, viser disse svært liten variasjon.

#### **Beregningen av behovsnivå i Gerix-dataene**

Behovsnivået for den enkelte bruker er regnet ut som et veid gjennomsnitt på grunnlag av 17 ulike behovsvariabler. Behovsvariablene er skalert fra 1-7 ("7" representerer stort hjelpebehov og "1" representerer at brukeren i stor grad er selvhjulpent). Resultatene som presenteres er et rent gjennomsnitt av de veide gjennomsnittene (brukergjennomsnitt).

I pleie- og omsorgsstatistikken samles det inn opplysninger om ressurskrevende brukere, dvs. brukere som får tjenester i hjemmet tilsvarende 35,5 timer i uka eller mer enn ett årsverk i året. I 2000 ble det registrert nesten 6 000 personer eller litt over 3,5 prosent av alle mottakerne av hjemmetjenester. De aller fleste av mottakerne var i aldersgruppen 18-66 år. Fordelingen er tilsvarende i Gerix-kommuner. Også her er de fleste av de ressurskrevende brukerne mellom 18 og 66 år. En annen side ved tjenestene som vi fortsatt vet svært lite om, er om de personene som får hjelp gjennom de kommunale tjenestene, synes de får nok hjelp. Brukerens objektive behov sammenfaller ikke alltid med den enkeltes følte behov.

#### **... mens eldre dominerer institusjonene**

Institusjonsbeboerne i Gerix-kommuner hadde i gjennomsnitt et langt høyere behovsnivå enn brukerne av hjemmetjenester. Noe av dette kan antakelig forklares med at institusjonsbeboerne i hovedsak er personer over 80 år. Av nær 42 200 beboere ved utgangen av 2000, var 10 700 eller vel en fjerdedel under 80 år. Fem av seks av disse var i aldersgruppen 67-79 år. Over 70 prosent av institusjonsbeboerne er kvinner. I de senere årene har flere avisoppslag tatt for seg situasjonen til yngre mennesker som bor i institusjoner for eldre. Målsetningen fra det offentlige side har vært at disse skal få et tilbud utenfor institusjon. Fortsatt bor nesten 1 600 personer under 67 år i institusjon, men bare i overkant av 250 personer er under 50 år. Blant de yngste beboerne er 190 innskrevet for langtidsopphold. I hovedsak er tilbud om plass i institusjon likevel forbeholdt de eldste og mest pleietrengende.

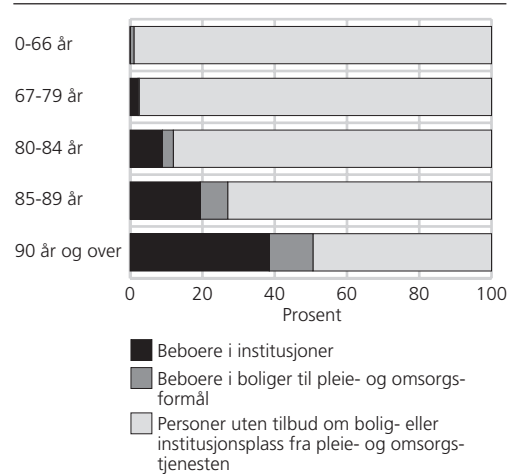
## Stadig mer vanlig å bo i bolig til pleie- og omsorgsformål

Nær 1 prosent av befolkningen, over 45 500 personer, bodde i boliger som kommunene disponerer til pleie- og omsorgsformål i 2000. Antallet beboere i slike boliger har økt kraftig i andre halvdel av 1990-tallet. Sammenlignet med institusjonene finner vi her en langt høyere grad av yngre beboere, mer enn en fjerdedel er under 67 år. Også her er de kvinnelige beboerne i flertall. Bare i de yngste aldersgruppene er det flest menn.

## En større andel bruker pleie- og omsorgstjenestene

En måte å sammenligne tilbudet av tjenester i ulike år på, er å sammenligne bruksratene innenfor ulike tjenester og aldersgrupper. En sammenligning av årene 1994 og 2000 kan gi et bilde av utviklingen. Når man ser på hjemmetjenestene, har den generelle bruksraten steget i befolkningen og den har steget

Figur 2. Personer, etter boligforhold og aldersgruppe. 2000. Prosent



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

for de aller eldste aldersgruppene, men har gått noe ned for personer mellom 80 og 84 år. Bruksratene for boliger har økt for alle aldersgrupper. Dette gjelder både boliger med tilrettede tjenester

Tabell 2. Brukere av ulike pleie- og omsorgstjenester per 1 000 innbyggere i befolkningen. 1994 og 2000

	I alt	0-66 år	67-79 år	80-84 år	85-89 år	90 år og over
<b>1994</b>						
Befolkning .....	4 348 410	3 726 624	448 306	99 955	51 483	22 042
Brukere av hjemmetjenester .....	32,7	7,2	108,7	329,6	456,3	451,9
Beboere i boliger for eldre og funksjonshemmede .....	7,0	2,4	18,8	58,6	81,3	93,9
Beboere i institusjoner .....	10,0	0,4	22,8	103,9	222,4	442,6
<b>2000</b>						
Befolkning .....	4 503 436	3 889 736	416 799	111 706	59 200	25 995
Brukere av hjemmetjenester .....	35,5	9,9	108,6	318,0	467,5	493,5
Beboere i boliger for eldre og funksjonshemmede .....	10,1	3,5	29,9	76,3	120,9	150,5
Beboere i institusjoner .....	9,4	0,4	21,8	89,5	193,7	385,0
Brukere av hjemmetjenester .....	159 669	38 393	45 246	35 524	27 677	12 829
Beboere i boliger for eldre og funksjonshemmede .....	45 515	13 452	12 472	8 524	7 156	3 911
Beboere i institusjoner .....	42 236	1 598	9 090	10 001	11 469	10 007

Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

og fast tilsatt personale og boliger uten slik tilrettelegging. Dette stemmer godt overens med det generelle bildet. Tallet på boliger har steget kraftig de siste fire årene. Ser vi derimot på institusjoner, har bruksratene gått ned for de fleste aldersgrupper, unntatt personer under 67 år. Nedgangen i bruksrater i institusjonene skyldes i hovedsak nedleggelse av flere aldershjem, samt ombygging og modernisering av mange institusjoner slik at de fyller dagens krav til tilbud om enerom til de som ønsker det. I tillegg til gjenåpningen av ombygde institusjoner har flere nye institusjoner blitt åpnet i 2000 og flere kommer til i 2001.

### **Positiv utvikling i 1990-årene**

Hvis man ser utviklingen innenfor pleie- og omsorgstjenester på 1990-tallet under ett, kan den vanskelig ses som annet enn positiv. Tilbudet av tjenester er utvidet og på mange områder nok også forbedret i og med nybygging og ombygging av en rekke boliger og institusjoner. Til tross for at satsingsperioden for handlingsplanen for eldreomsorgen nå er over, vil man nok også i kommende år se en fortsatt utvikling av både institusjons- og boligtilbud.

### **Referanser**

St.meld. nr. 50 (1996-97): *Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet - respekt - kvalitet*. Sosial- og helsedepartementet.

Ytrehus, Siri (1999): Utbygging av omsorgsboliger og sykehjem. Lokale tilpassninger og kommunal variasjon, *Aldring & Eldre*, nr. 3, 1999.



## De sist utgitte publikasjonene i serien Statistiske analyser

### *Recent publications in the series Statistical Analyses*

- |    |   |    |   |
|----|---|----|---|
| 35 | Sosialt utsyn 2000. 2000. 256s. 265 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4789-6  | 46 | Naturressurser og miljø 2001. 2001. 278s. 300 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4967-8  |
| 36 | O.F. Vaage: Norsk mediebarometer 1999. 2000. 79s. 155 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4794-2  | 47 | Natural Resources and the Environment 2001. Norway. 2001. 293s. 300 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4995-3  |
| 37 | Natural Resources and the Environment 2000. 2000. 298s. 265 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4832-9  | 48 | D. Ellingsen: Kriminalitet og rettsvesen. 2001. 73s. 180 kr inkl. mva. ISBN 82-537-5010-2   |
| 38 | O.F. Vaage: Kultur- og fritidsaktiviteter. 2000. 122s. 180 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4841-8   | 49 | R. Kjeldstad og M. Rønsen: Enslige foreldre på arbeidsmarkedet 1980-1999. En sammenligning med gifte mødre og fedre. 2002. 122s. 180 kr inkl. mva. ISBN 82-537-5027-7 |
| 39 | E. Søybye: Statistikk og historie. 2001. 145s. 180 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4860-4   | 50 | B. Lie: Innvandring og innvandrere 2002. 2002. 117s. 210 kr inkl. mva. ISBN 82-537-5044-7   |
| 40 | Social Trends 2000. 2001. 253s. 265 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4902-3  | 51 | J.E. Lystad: IKT- barometer 2001. 2002. 88s. 180 kr inkl. mva. ISBN 82-537- 5046-3  |
| 41 | Helse i Norge. Helsetilstand og behandlingstilbud belyst ved befolkningsundersøkelser. 2001. 158s. 260 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4912-0 | 52 | O.F. Vaage: Til alle døgnets tider. Tidsbruk 1971-2000. 2002. 254s. 260 kr inkl. mva. ISBN 82-537-5055-2  |
| 42 | O.F. Vaage: Norsk mediebarometer 2001. 79s. 180 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4913-9  | 53 | O.F. Vaage: Norsk mediebarometer 2001. 2002. 83s. 180 kr inkl. mva. ISBN 82-537-5061-7  |
| 43 | S.T. Vikan: Kvinner og menn i Norge. 2001. 132s. 210 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4916-3   | 54 | B. Lie: Immigration and immigrants. 2002. 188s. 210 kr inkl. mva. ISBN 82-537-5108-7  |
| 44 | O.F. Vaage: Norsk kulturbarometer 2000. 2001. 98s. 180 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4924-4   | 55 | F. Brunvoll og H. Høie: Naturressurser og miljø 2002. 2002. 197s. 260 kr inkl. mva. ISBN 82-537-5167-1  |
| 45 | M.I. Kirkeberg: Inntekt, skatt og overføringer 2001. 2001. 155s. 180 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4965-1                                   |    |   |