

SAMDATA

Sykehus og Psykisk helsevern

Rapport

Helseregionenes utfordringer

Beate M. Huseby
(red)

SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning
7465 TRONDHEIM
Telefon: 73 59 25 90
Telefaks: 73 59 63 61

NIS-rapport 3/02

ISBN 82-446-0992-3
ISSN 0802-4979

SINTEF © Unimed Helsetjenesteforskning
Kopiering uten kildehenvisning er forbudt

Forside: Kari Fagerberg, TAPIR UTTRYKK AS

Trykk: TAPIR UTTRYKK, Trondheim

**SINTEF Unimed**

Postadresse: 7465 Trondheim
Besøksadresse: Olav Kyrres gt. 3
Telefon: 73 59 25 90
Telefaks: 73 59 63 61

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

Helseregionenes utfordringer

FORFATTER(E)

Beate M. Huseby (red.)

OPPDRAGSGIVER(E)

Helsedepartementet

RAPPORTNR. STF78 A025015	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Marit Getz Wold	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-446-0992-3	PROSJEKTNR. 78521501 / 78522401	ANTALL SIDER OG BILAG 139
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\7850 NIS\Prosjekt\78521501 SAMDATA RAPPORT\Endelig rapport		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Beate M. Huseby / Vidar Halsteinli	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
ARKIVKODE E	DATO 2002-09-23	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Jon Magnussen, forskningssjef	

SAMMENDRAG

Rapporten er felles for SAMDATA Sykehus og SAMDATA Psykisk Helsevern og setter fokus på seks ulike utfordringer for helseregionene ved statens overtagelse av eier- og driftsansvaret for spesialisthelsetjenesten. De tre første kapitlene (kapittel 2,3,4) analyserer aktivitet, ventelister og effektivitet ved somatiske sykehus mens de tre siste kapitlene i rapporten (kap. 5, 6 og 7) analyserer pasientsammensetning i det psykiske helsevernet, status for Opptappingsplanen for psykisk helse og utviklingen i desentraliseringen av psykiatriske tjenester.

Kapittel 2 viser at aktiviteten ved de somatiske sykehusene har økt i perioden 1999-2001, men økningen gjelder ikke alle sykehus og alle typer innleggelser og behandlinger. Andelen reinnleggelser (innleggelser som øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivning) har også økt fra 1996 til 2001. Kapittel 3 gir en beskrivelse av ventetider før behandling i Norge totalt og variasjoner i dette mellom de fem helseregionene. Pasienter som venter på generell kirurgi, ortopedi og behandling for øre-nese-hals-sykdommer venter lengst, men 69 prosent av pasientene som venter på elektiv kirurgi får et tilbud om behandling innen 6 mnd. Kapittel 4 viser at den tekniske effektiviteten ved de somatiske sykehusene økte moderat fra år 2000 til 2001, mens kostnadseffektiviteten var stabil. Kapitlet viser imidlertid signifikante forskjeller mellom helseregionene for begge typer effektivitet.

Kapittel 5 setter fokus på pasientsammensetningen i det spesialiserte psykiske helsevernet ved ulike typer institusjoner. Sykehusene har høyest andel innleggelser for øyeblikkelig hjelp, flest unge pasienter, og har flest av de alvorligst syke pasientene. Kapittel 6 og 7 setter fokus på status for Opptappingsplanen for psykisk helse. Kap. 6 framsetter 13 delmål i Opptappingsplanen og beskriver status for hvert av disse delmålene. Det konkluderes med at antall årsverk – både i psykisk helsevern for barn og voksne, har økt i samme takt som målene tilsier, men innen psykisk helsevern for voksne må andelen årsverk for "kvalifisert" personell økes dersom målet i Opptappingsplanen skal kunne nås. Kapittel 7 analyserer utviklingen i desentraliserte DPS'er, og konkluderer med at det har vært en styrking av de distriktpsikiatriske tjenestene, men at dette langt på vei skyldes omorganisering av sykehjem og overføring av poliklinikker ved sykehusene.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Psykatri	Mental Health
EGENVALGTE	Sykehus	Hospitals
	Statistikk	Statistics

Forord

Formålet med SAMDATA-prosjektet er å presentere bearbejdede og sammenlignbare styringsindikatorer og analyser av utviklingstendenser for spesialisthelsetjenesten. Vårt mål er at dette skal bidra til et bedre grunnlag for styring, planlegging, evaluering og forskning om sykehussektoren. SAMDATA-prosjektet er todelt (SAMDATA Sykehus og SAMDATA Psykisk Helsevern) og publiserer to tabellrapporter med tall for siste års utvikling. I år har vi imidlertid laget en felles rapport for SAMDATA Psykisk Helsevern og SAMDATA Sykehus.

Temaet for årets SAMDATA-rapport er helseregionenes utfordringer ved overgangen fra fylkeskommunalt til statlig eierskap. Rapporten setter fokus på seks ulike utfordringer for spesialisthelsetjenesten og presenterer analyser knyttet til disse problemstillingene. De utfordringene som settes i fokus i denne rapporten er:

- målsettingen om økt aktivitet ved de somatiske sykehusene i lys av utviklingen i reinnleggelser
- utviklingen i ventetider ved somatiske sykehus
- effektivitetsutviklingen i de somatiske sykehusene
- pasientsammensetningen i det spesialiserte psykiske helsevernet
- status for opptrappingsplanen for psykisk helse
- desentraliseringen av tjenestetilbudet i voksenpsykiatrien

Rapporten er utarbeidet ved SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning på oppdrag fra Helsedepartementet. Kontaktperson i Helsedepartementet har vært Marit Getz Wold.

Forfatterne av hvert enkelt kapittel har hatt hovedansvaret for bearbejding og kvalitetskontroll av de data som inngår i de respektive kapitlene. Prosjektsekretær Hanne Kvam har hatt ansvaret for å sy sammen alle bidragene fra forskerne.

Trondheim, september 2002

Beate M. Huseby

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Innholdsfortegnelse	3
Tabelloversikt	7
Figuroversikt	11
Summary: Challenges facing the new, regional health authorities.....	13
1 Innledning: Helseregionenes utfordringer	17
Beate M. Huseby	
1.1 Innledning: Paradoksale forventninger?.....	17
1.2 Psykisk helsevern og somatiske sykehustjenester: felles mål - men ulik dagsorden	18
1.3 Helseregionenes utfordringer	20
1.4 Økt aktivitet – men også økt omfang av reinnleggelser ved de somatiske sykehusene	21
1.5 Ventetider i somatiske sykehus	21
1.6 Ressursutnyttelse og effektivitet i de somatiske sykehusene.....	21
1.7 Pasientsammensetningen i det spesialiserte psykiske helsevernet	22
1.8 Status for Opptrappingsplanen for psykisk helse	23
1.9 Desentraliseringen av tjenestetilbudet i voksenpsykiatrien	24
2 Aktivitetsutviklingen ved somatiske sykehus 1996-2001: økt aktivitet, men flere reinnleggelser	25
Beate M. Huseby	
2.1 Innledning: Økt aktivitet – flere pasienter eller flere reinnleggelser?.....	25
2.2 Analyseenheter og datagrunnlag	26
2.3 Befolkningsutviklingen i helseregionene.....	27

2.4	Aktivitetsutviklingen i helseregionene.....	28
2.4.1	Aktivitetsutviklingen ved sykehusene i Helseregion Øst	30
2.4.2	Aktivitetsutviklingen ved sykehusene i Helseregion Sør	32
2.4.3	Aktivitetsutviklingen ved sykehusene i Helseregion Vest.....	33
2.4.4	Aktivitetsutviklingen ved sykehusene i Helseregion Midt-Norge	35
2.4.5	Aktivitetsutviklingen ved sykehusene i Helseregion Nord	36
2.5	Utviklingen i antall pasienter og andel reinnleggelser.....	37
2.5.1	Utviklingen i antall pasienter og gjennomsnittlig antall opphold per pasient	38
2.5.2	Utviklingen i andelen reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager	40
2.5.3	Økningen i reinnleggelser av eldre pasienter.....	42
2.6	Oppsummering og avsluttende kommentar	44
3	Ventetider i somatiske sykehus	47
Thomas A. Lie		
3.1	Innledning	47
3.2	Ventelistedynamikk	48
3.3	Om rett til helsehjelp.....	49
3.4	Materiale og datakvalitet.....	49
3.5	Hvor lenge venter de, og hva venter de på?	51
3.6	Ventetid til elektiv kirurgisk behandling	55
3.6.1	Rater og ventetider for innsettelse av hofteprotese.....	57
3.6.2	Rater og ventetider for fjerning av åreknuter	59
3.6.3	Rater og ventetider for fjerning av mandler	61
3.6.4	Rater og ventetider for hjerte-bypass	63
3.6.5	Rater og ventetider for brystkreftoperasjon	65
3.7	Oppsummering og avsluttende kommentar	67
4	Sykehussektorens effektivitet	69
Jon Magnussen		
4.1	Bakgrunn.....	69
4.2	Datagrunnlag og metode.....	70
4.3	Resultater – nasjonalt nivå	71

4.4	Utvikling innen helseregionene.....	73
4.5	Utnyttelse av lege- og sykepleierressurser	76
4.6	Oppsummering og avsluttende kommentar	78
5	Hvem får døgnbehandling i det spesialiserte psykiske helsevernet?	79
Torhild Heggstad		
5.1	Innledning	79
5.2	Materiale	80
5.3	Fordeling av tjenester etter alder og type institusjon	81
5.4	Pasientsammensetningen kategorisert etter diagnose.....	82
5.5	Vurdering av pasientenes funksjonsnivå	88
5.6	Oppsummering og avsluttende kommentar	91
6	Status for Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006.....	93
Helge Hagen		
6.1	Innledning	93
6.2	Avgrensing av perioden	93
6.3	Psykisk helsevern for voksne	94
6.3.1	Kvalitativ styrking	94
6.4	Kvantitativ styrking	97
6.5	Psykisk helsevern for barn- og unge	102
6.6	Oppsummering og avsluttende kommentar	106
7	Desentraliserte tjenester	109
Per Bernhard Pedersen		
7.1	Innledning	109
7.1.1	Har vi fått en desentralisering av tjenestetilbudet i voksenpsykiatrien?	109
7.1.2	Bakgrunn	109
7.1.3	Valg av kriterier	110
7.2	Personellinnsats.....	111
7.2.1	Utviklingen over tid	111
7.2.2	Fylkesvise forskjeller i personellfordeling	116

7.3	Tilgjengelighet målt ved forbruk.....	120
7.3.1	Heldøgnskapasitet nasjonalt	120
7.3.2	Fylkesvise variasjoner i tilgang til døgnbehandling.....	123
7.3.3	Tilgang til polikliniske tjenester	125
7.4	Oppsummering og avsluttende kommentar.....	126
	Litteraturliste	127
	Vedlegg 1.....	133
v4.1	Sykehus som inngår i analysen:.....	133
	Vedlegg 2.....	135
v5.1	Institusjoner som inngår i utvalgene for analyse av diagnoser og GAF-skåre innenfor psykisk helsevern	135
v5.2	Skala for S-GAF.....	138

Tabelloversikt

Tabell 1.1	Utviklingen i antall årsverk og brutto driftsutgifter for somatiske sykehus og psykisk helsevern fra 1993 til 2001. Brutto driftsutgifter er målt i faste priser (2001).....	20
Tabell 2.1	Befolkningsutviklingen i de fem helseregionene i perioden fra 1996 til 2001. .	28
Tabell 2.2	Prosentvis økning i antall døgnopphold, antall elektive opphold, elektive opphold for kirurgisk behandling og dagbehandling fra 1996 til 2001 og fra 1999 til 2001. Prosent endring i sum opphold for sykehusene i helseregionene.	29
Tabell 2.3	Aktivitetsutviklingen ved sykehus i Helseregion Øst. prosentvis endring i døgnopphold, elektive døgnopphold og dagbehandling fra 1996 til 1999 og fra 1999 til 2001.....	31
Tabell 2.4	Aktivitetsutviklingen ved sykehus i Helseregion Sør. Prosentvis endring i døgnopphold, elektive døgnopphold og dagbehandling fra 1996 til 1999 og fra 1999 til 2001.....	33
Tabell 2.5	Aktivitetsutviklingen ved sykehus i Helseregion Vest. Prosentvis endring i døgnopphold, elektive døgnopphold og dagbehandling fra 1996 til 1999 og fra 1999 til 2001.....	34
Tabell 2.6	Aktivitetsutviklingen ved sykehus i Helseregion Midt-Norge. Prosentvis endring i døgnopphold, elektive døgnopphold og dagbehandling fra 1996 til 1999 og fra 1999 til 2001.....	35
Tabell 2.7	Aktivitetsutviklingen ved sykehus i Helseregion Nord. Prosentvis endring i døgnopphold, elektive døgnopphold og dagbehandling fra 1996 til 1999 og fra 1999 til 2001.....	37
Tabell 2.8	Antall døgnpasienter ved sykehusene i helseregionene og antall opphold per pasient etter pasientenes alder. Data fra 1996, 1999 og 2001.	39
Tabell 2.9	Andel av oppholdene som er eneste pasientopphold, reinnleggelser innen 30 og 60 dager eller andre fleropphold 1996, 1999 og 2001.	41

Tabell 2.10	Andel pasienter med bare 1 opphold og andel reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter pasientenes alder 1996 og 2001.....	43
Tabell 2.11	Andel av pasientene som er reinnlagt som ø-hjelp innen 30 dager etter type innleggelse og behandling ved pasientenes første døgnopphold i 1996 og 2001.....	44
Tabell 3.1	Antall per 1 000 innbyggere for henholdsvis ventende, nyhenviste og behandlede (ordinært avviklede) pasienter, samt rate for ventende >6 mnd og prosentandel ventende >6 mnd per 30 april 2002.	51
Tabell 3.2	Ventetid til ulike omsorgsnivå per region og prosentandel pasienter som har ventet over og under 6 mnd. Ventende per 30. april 2002.....	52
Tabell 3.3	Ventetid innefor ulike fagområder for nyhenviste pasienter som fortsatt venter per 30 april 2002. Ventetid i dager og prosentandel pasienter ventet under/over 6 måneder.....	53
Tabell 3.4	Avsluttede ventetider til elektiv kirurgi (kir-DRG) per 1000 innbyggere. Fordelt etter bostedsregion, bostedsfylke og behandlingsnivå. Kjønn- og aldersstandardiserte rater, ventetid i dager og prosentandel pasienter ventet under/over 6 måneder. Norge 2001. (N=223 614).	56
Tabell 3.5	Rater og avsluttede ventetider for innsettelse av hofteprotese per 100 000 innbyggere 16 år og eldre. Fordelt etter bostedsregion og bostedsfylke. Kjønn- og aldersstandardiserte rater, ventetider i dager og prosentandel pasienter ventet under/over 6 måneder. Norge 2001. (N=7 650).	58
Tabell 3.6	Rater og avsluttede ventetider for fjerning av åreknuter per 100 000 innbyggere 16 år og eldre. Fordelt etter bostedsregion og bostedsfylke. Kjønn- og aldersstandardiserte rater, ventetider i dager og prosentandel pasienter ventet under/over 6 måneder. Norge 2001. (N=6 199).	60
Tabell 3.7	Rater og avsluttede ventetider for fjerning av mandler per 100 000 innbyggere 49 år og yngre. Fordelt etter bostedsregion og bostedsfylke. Kjønn- og aldersstandardiserte rater, ventetider i dager og prosentandel pasienter ventet under/over 6 måneder. Norge 2001. (N=9 410).	62
Tabell 3.8	Rater og avsluttede ventetider for hjerte-bypass per 100 000 innbyggere 16 år og eldre. Fordelt etter bostedsregion og bostedsfylke. Kjønn- og aldersstandardiserte rater, ventetider i dager og prosentandel pasienter ventet under/over 3 måneder. Norge 2001. (N=3 806).	64

Tabell 3.9	Rater og avsluttede ventetider for brystkreftoperasjon per 100 000 kvinner 16 år og eldre. Fordelt etter bostedsregion og bostedsfylke. Aldersstandardiserte rater, ventetider i dager og prosentandel pasienter ventet under/over 1 måneder. Norge 2001. (N=2 741).....	66
Tabell 4.1	Variasjoner rundt gjennomsnittlig teknisk effektivitet i 5 % intervaller. Teknisk effektivitet 2001.....	75
Tabell 5.1	Fordeling av aktiviteten ved sykehusene etter aldersgrupper per region. Prosentvis fordeling målt etter hhv. antall oppholdsdøgn og opphold (inkluderer også uavsluttede opphold).	82
Tabell 5.2	Pasientsammensetning etter hoveddiagnosegruppe for døgnopphold ved alle typer institusjoner samlet. Avsluttede opphold 2001.	83
Tabell 5.3	Pasientsammensetning for elektive døgnopphold etter hoveddiagnosegruppe og helseregion ¹⁾ . Prosentvis fordeling av avsluttede sykehusopphold 2001....	86
Tabell 6.1	Årsverk i institusjoner for voksne etter personellkategori og driftsform. Antall og endring 1996-98 og 1998-2001.	95
Tabell 6.2	Antall årsverk og bemanningsfaktorer ved bo- og behandlingssentra/"DPS'er" etter personellkategori. 1996-2001.....	96
Tabell 6.3	Årsverk for privatpraktiserende psykiatere og psykologer med fylkeskommunale driftsavtale. Absolutte tall og endring fra 1997 til 2001.....	97
Tabell 6.4	Døgnplasser i psykisk helsevern for voksne 1996-2001. Antall og prosent endring.	99
Tabell 6.5	Antall polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne 1996, 1998 og 2001. Antall og prosent endring. Hele tusen.	100
Tabell 6.6	Antall polikliniske årsverk blant fagutdannet personale ¹⁾ totalt, per år og per virkedag. 1998-2001. Antall og prosent endring.....	101
Tabell 6.7	Antall oppholdsdager i psykisk helsevern for voksne 1996, 1998 og 2001. Antall og prosent endring. Hele tusen.....	102
Tabell 6.8	Døgnplasser i psykisk helsevern for voksne 1996-2001. Antall og prosent endring.	103
Tabell 6.9	Polikliniske fagårsverk i psykisk helsevern for barn og unge. Nasjonale tall. Absolutte tall og endring fra 1996-2001.	104

Tabell 6.10	Tiltak totalt og direkte tiltak. Poliklinisk virksomhet blant barn og unge. Absolutte tall og endring 1998-2001.	105
Tabell 6.11	Aktivitet i psykisk helsevern for barn og unge. Absolutte tall og endring fra 1998-2001.	105
Tabell 7.1	Personellinnsats i det psykiske helsevern for voksne 1996-2001. Årsverk totalt etter institusjonstype, funksjon og år. Absolutt og relativ endring 1998-2001.	112
Tabell 7.2	Legeårsverk i det psykiske helsevernet for voksne. Etter institusjonstype og funksjon 1996-2001.	114
Tabell 7.3	Psykologårsverk i det psykiske helsevernet for voksne. Etter institusjonstype og funksjon. 1996-2001.	115
Tabell 7.4	Sykepleierårsverk i det psykiske helsevernet for voksne. etter institusjonstype og funksjon. 1996-2001.	116
Tabell 7.5	Personellinnsats etter institusjonstilknytning. Desentraliserte tjenester for voksne. Årsverk per 10 000 innbyggere 18 år og eldre og i prosent. av årsverk totalt. Etter tilknytningsfylke. 2001.	118
Tabell 7.6	Tabell 7.6 Personellinnsats etter funksjon. Desentraliserte tjenester for voksne. Årsverk per 10 000 innbyggere 18 år og eldre og i prosent. av årsverk totalt. Etter tilknytningsfylke. 2001.	119
Tabell 7.7	Endring i fylkesvis fordeling av personellinnsats til desentraliserte tjenester i psykisk helsevern for voksne. CV for personellrate etter institusjonstilknytning og funksjon 1998, og 2001, absolutt og relativ endring 1998-2001, samt korrelasjon mellom nivå 1998 og endring 1998-2001.	120
Tabell 7.8	Døgnvirksomhet i det psykiske helsevernet for voksne. Oppholdsdøgn, Utskrivninger og opphold totalt etter institusjonstype 1996-2001. Absolutte tall og prosentfordeling.	122
Tabell 7.9	Heldøgnsopphold i det psykiske helsevernet for voksne. Døgntilbud utenfor sykehus. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre, og prosentandel av opphold totalt. 1996,1998 og 2001. Etter bostedsfylke.	123
Tabell 7.10	Oppholdsdøgn i det psykiske helsevernet for voksne. Døgntilbud utenfor sykehus. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre, og prosentandel av oppholdsdøgn totalt. 1996, 1998 og 2001. Etter bostedsfylke.	124
Tabell 7.11	Polikliniske konsultasjoner i det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre 1996-2001. Etter tilknytningsfylke.	125

Figuroversikt

Figur 3.1	Avsluttede ventetider til alle omsorgsnivå og fagområder. Standardisert rate per 1000 innbyggere. Bostedsregion. Periodetall 2001.....	54
Figur 4.1	Utvikling i teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet 1992-2001. 1992 =100	71
Figur 4.2	Prosent endring i teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet fra foregående år.	72
Figur 4.3	Utvikling i kostnadseffektivitet pr helseregion 1999-2001.....	74
Figur 4.4	Utvikling i teknisk effektivitet pr helseregion 1999-2001.	75
Figur 4.5	Effektivitetsfront med to innsatsfaktorer og ett produkt. Definisjon av slakk. .	77
Figur 4.6	Teoretisk effektiviseringsgevinst ved å eliminere slakk. 1999-2001	77
Figur 5.1	Aldersfordelingen for pasienter innlagt ved ulike typer døgninstitusjoner 2001, målt etter antall opphold, både avsluttede og uavsluttede.	81
Figur 5.2	Pasientsammensetningen målt ved grupper etter pasientenes hoveddiagnose i ICD 10 for ulike typer institusjoner. Avsluttede institusjonsopphold 2001. N=18317.....	84
Figur 5.3	Gruppert symptomnivå (GAF-S) og funksjonsnivå (GAF-F) ved innleggelse for et utvalg pasienter etter type institusjon. Avsluttede opphold 2001.	89
Figur 5.4	Gruppert symptomnivå (GAF-S) og funksjonsnivå (GAF-F) ved utskriving for et utvalg pasienter etter type institusjon. Avsluttede opphold 2001.	90
Figur 7.1	Økning i årsverksinnsats totalt i det psykiske helsevernet for voksne 1998-2001. Etter institusjonstype og funksjon.....	113

Summary: Challenges facing the new, regional health authorities

Introduction

From January 1st 2002, the Norwegian central government took over the responsibility for the provision of general hospital and specialised mental health services. The responsibility for planning and running these services were transferred from the 19 counties to five governmentally controlled Regional Health Authorities (RHAs), organised as health enterprises. This marks the culmination of a decade of reforms in the health service sector. The mental health services are in the middle of an eight-year program aimed at increasing and improving both the quantity and quality of services. In general hospitals, fee-for-service has replaced general grants as the main source of income, in order to improve the efficiency of these services. Patients' rights have been strengthened, including the right to choose where and how they want to receive treatment. Increased emphasis has also been placed on improving the quality of services, and on targeting resources for high priority services. The RHAs have been given responsibility for the implementation of these policy reforms.

Despite these reforms, the values and goals guiding the health service policies have remained stable. The government has emphasised that the main goal is to provide the whole population, regardless of age, gender, social class and geographic location, with easy access to high quality publicly supplied health services.

Given the stability of the policy goals, the transfer of responsibility for specialised health services may be viewed merely as an organisational reform. The expectations are, however, high and complex, if not contradictory:

- The RHAs shall provide services according to existing policy goals and values, but also facilitate change
- The RHAs shall provide services, but also attend to consumers' (patients') rights and welfare.
- The RHAs shall create a professional and modern mode of leadership, but also have a close co-operation with deeply rooted professional interests.
- The RHAs shall increase the volume of services and reduce waiting lists, but also reduce costs.

It is already evident that the RHAs handle these challenges in different ways. For instance, some RHAs have merged hospitals into larger regional hospital trusts, while other RHAs have maintained a fairly decentralised structure. Some RHAs have integrated general hospitals and specialised mental health services, while other RHAs have maintained separate trusts for each sector.

This report is based on data from the years leading up to the reform, in this way confronting the challenges facing the RHAs at the time they took over the responsibility for providing services. The RHAs are responsible for both general hospital services and mental health services. These sectors have developed in different ways, and differ somewhat in the chal-

allenges facing them. Still, services will have to be co-ordinated one way or another. In order to illuminate both differences and common challenges, this report covers both sectors.

Challenges for the RHAs

In chapter two to seven, the following questions or challenges are more closely analysed:

- Does increased activity in general hospitals lead to increased re-hospitalisation (chap. 2)?
- How many and for how long does people have to wait for treatment in general hospitals (chap. 3)?
- Are the hospitals becoming more or less effective (chap. 4)?
- Which groups, demographically and medically defined, receive treatment from the mental health services (chap. 5)?
- To what extent have the eight-year program for improving and increasing mental health services so far been implemented according to plan (chap. 6)?
- To what degree have mental health services been decentralised in accordance with the same plan (chap. 7)?

Increased activity – but also more readmitted patients in general hospitals

According to the government proposal of the new law on health enterprises (Ot prp 66 (2000-2001)), increased activity, especially in fields with long waiting lists, have been set as one of the main targets for the health enterprises. This implies increased capacity, especially for elective surgery. Chapter two describes changes in the number of in-patient stays in general hospitals over the time periods 1996-1999 and 1999-2001. There was a considerably larger increase in activity during the first than during the second period. Closer analysis on hospital and regional level reveals considerable differences. In some hospitals there were still an increase in the number of patients treated, in others activity were reduced during the last period.

Chapter two also analyses whether increased activity represent an increase in the number of readmission rather than more patients receiving treatment. To some extent the increase is a result of more readmissions, particularly within 30 days of discharge.

Waiting for treatment

Chapter three analyses how long patients have to wait for medical examination and/or treatment in general hospitals. By the end of April this year a total of 247 500 referrals had not yet been processed (total population of Norway: 4.5 million).

Long waiting lists may represent a medical risk, an extra burden for the patient and are also costly from an economic point of view. Consequentially, reducing the time span from referral to treatment represent a major challenge for the RHAs. This chapter analyses variations in these time spans, between counties and regions, in general and for different groups of patients/procedures. The analysis display major inter-regional differences. There are also major differences between procedures. The longest time-spans are found for patients waiting for general surgery, orthopaedic surgery and surgery in the ear, nose or throat.

Resource utilisation and efficiency in acute care hospitals

In chapter four the focus is on hospital efficiency. Efficient utilisation of scarce resources is a central goal in the provision of all public services. Knowledge about the level as well as the change in efficiency is therefore of great importance for public decision making. In chapter four we track the development in technical efficiency and cost-efficiency for the period 1992–2001, nationally as well as for each region.

The analyses show that the level of technical efficiency was stable in the period 1992-1996, rose substantially from 1996–1997, and has remained fairly stable from 1997-2001. Cost efficiency has remained fairly stable, with the exception of notable negative shifts in 1995-96 and 1998-99.

Viewing each region separately reveal large differences in cost- as well as technical efficiency. Health region East has a considerably lower level of efficiency than the other regions (with the exception of region north.) Region North, on the other hand, is characterised by a positive development in efficiency in the last part of the period.

Characteristics of inpatients in mental health institutions

Evaluation of reforms and organisational changes must be based on knowledge about patient groups and their needs. Chapter five focus on the case-mix of inpatients at hospitals vs. smaller institutions in the mental health services, as categorised by age, diagnoses and severity of illness at the time of admission and at discharge.

Despite intentions towards decentralization of services, the large majority of inpatients are still treated at hospitals. In addition, 75% of all hospital admissions are emergent ones, leaving less room for planned activities.

The admissions of elderly patients (65 years or older) constitute a considerably smaller part of the inpatient care in psychiatric institutions than in general hospitals. In addition the elderly patients in mental health care had in general fewer admissions per person than younger patients.

The two largest patient groups had a diagnosis of schizophrenia or a mood disorder. All categories of institutions admitted to some degree all categories of patients. The mean number of admissions per person was higher at the smaller institutions than at the hospitals.

The chapter also addressed more specifically the care of patients with substance abuse and those with eating disorders. Both groups were more frequently admitted to general hospitals than to institutions in the mental health services. This illustrates the need for co-ordination and co-operation between different units and levels of care.

At the time of admission, the hospital patients had a higher severity of illness or overall psychological disturbance, compared to those admitted to minor institutions, as routinely measured by the GAF-score. 2/3 of the patients had a score value of 40 or lower at the time of hospital admission (psychotic and/or representing a danger to oneself or others). The patient population of hospitals also had the largest difference in GAF-scores between the status at the time of admission and the status at discharge.

1/3 of the patients had a GAF-score of 40 or less at discharge, and will need follow-up. Consequently, the long-time care of this subgroup will require considerable resources.

Status for the program for expansion and improvement of mental health services

In 1998 the Norwegian parliament adopted an eight-year program for the expansion and improvement of services for people with mental health problems. The program covers the period 1998 to 2006. The implementation of this program will be one of the most important

task for the RHAs in the coming years. Based on 13 indicators, chapter six analyse to what extent the program so far has been implemented according to plan.

The program stipulates an increase by 2.1 billion NOK (300 mill euros) in the annual running cost over the eight-year period. Over the first three years, only 23 percent has been achieved, indicating a need to increase the speed of expansion if the program is to be fulfilled within the program period.

Another central target of the program is to increase the recruitment of qualified personnel. If recruitment continue at the present rate, there will by the end of the period be a shortage of 1000 full time equivalents performed by college and university trained personnel.

It is also pointed out that shortage on qualified personnel represents the largest obstacle for the development of District Psychiatric Centres (community mental health centres).

The program stipulates a major increase in the productivity of out-patient clinics. So far there have been no increase in the out-patient clinics for adults. This may in part be caused by the rapid expansion of services.

Decentralisation of services

Another central aim of the program is to increase access and availability of services by expanding decentralised services. These services shall primarily be organised as District Psychiatric Centres (DPCs), covering in-patient as well as day-patient and out-patient services. Chapter seven investigate to what extent we so far in the program (1998-2001) have had an expansion of the decentralised services.

There has been a major expansion of the DPCs as measured by personnel. To some extent this has been achieved through reorganisation of psychiatric nursing homes and transferral of out-patient clinics from hospitals. There has also been a major expansion of personnel in out-patient clinics. Still, the hospital wards have been one of the main beneficiaries of the expansion of services so far.

The chapter also analyses changes in the consumption of decentralised services. There has been a major increase in such services as measured by the number of in-patient stays, discharges and consultations at the out-patient clinics.

1 Innledning: Helseregionenes utfordringer

Beate M. Huseby

1.1 Innledning: Paradoksale forventninger?

1. januar 2002 overtok staten eieransvaret for spesialisthelsetjenesten i Norge, og de regionale helseforetakene som ble opprettet (RHF'ene) som følge av eierskapsreformen har nå ansvar for driften av både somatiske sykehus og spesialisthelsetjenester for psykisk helsevern. Eierskiftet avslutter en tiårsperiode med svært mange offentlige utredninger og nye lover om spesialisthelsetjenesten (NOU 1991:7, NOU 1992:8, NOU 1993:22, NOU 1995:6, NOU 1996:5, NOU 1997:2, NOU 1997:18, NOU 1997:20, NOU 1998:9, NOU 1999:15, NOU 2000:22, St meld 50 1993-94, St meld 44 1995-96, St meld 24 1996-97, St meld 25 1996-97, St meld 26 1999-2000, St prp nr 63 1997-98, St prp 59 2001-2002, Ot prp 12 1998-1999, Ot prp 66 2000-2001). Disse utredningene har ført til iverksetting av flere store reformer av både økonomisk og prinsipiell karakter. Psykisk helsevern er nå midtveis i Opptrappingsplanen for psykisk helse (St prp 63 1997-98) som skal gi både en kvantitativ og kvalitativ styrking av tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser. De somatiske sykehusene har vært forsøkt gjort mer effektive gjennom innføringen av stykkprisfinansiering (ISF), og pasientene er satt i fokus og er gitt utvidete rettigheter ved både valg av sykehus og behandling. Det er satt fokus på kvaliteten i pasientbehandlingen og gjort forsøk på nye prioriteringer, grensesettinger for ny medisinsk teknologi og funksjonsdelinger. De regionale helseforetakene har fått ansvaret for å videreføre og fullføre alle disse reformene.

På tross av alle reformene og endringene i spesialisthelsetjenesten de siste årene, er imidlertid de helsepolitiske målene stabile. Ot prp 66 (den nye helseforetaksloven) understreker at det overordnede helsepolitiske målet om at hele befolkningen, uavhengig av alder, kjønn og bosted skal gis god tilgang til helsetjenester av god kvalitet gjennom en offentlig styrt helse- og omsorgssektor skal opprettholdes. I henhold til helseministerens tale 11. juni¹ 2002 kan også dette målet hevdes å være styrket ved at den nye stortingsmeldingen om folkehelsepolitikken som er under utvikling, skal sette et skarpere søkelys på sosial ulikhet i helse og bidra til å redusere denne. I den ovennevnte talen uttalte helseministeren også at psykiske lidelser er et stort folkehelseproblem og psykisk helsevern skal vektlegges og "løftes fram" i den nye stortingsmeldingen. Stabiliteten i de helsepolitiske målene gjør at eierskapsreformen i spesialisthelsetjenesten kan fremstå som en endring av rent organisasjonsmessig karakter, men forventningene til effekten av denne organisasjonsendringen er mange og komplekse:

- RHF'ene skal ivareta de eksisterende helsepolitiske målene og samtidig skape rom for endring og handlekraft
- RHF'ene skal være eier (tilbyder) av spesialisthelsetjenester, men er samtidig gitt ansvaret for å ivareta pasientenes (kundernes) rettigheter og velferd

¹ Helseministerens tale på Nettverkssamling for Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner på Quality Hotel Mastermyr 11. juni 2002: "Strategier for en bedre folkehelse - slik en helseminister ser det".

- RHF'ene skal skape en profesjonell og moderne lederrolle i sykehussektoren i nært samarbeid med sterke profesjons-organisasjoner med dype historiske røtter
- RHF'ene skal øke pasientbehandlingen og redusere ventelistene, og samtidig redusere kostnadsnivået

Halvveis i sykehusreformens første driftsår er endringene allerede mange. Nye endringer er under planlegging og de regionale helseforetakene kan komme til å velge ulike veier mot felles mål. Per dato har Helse Øst 16 ulike foretak som i hovedsak er basert på tidligere institusjonsinndelinger, mens Helse Vest og Helse Nord har dannet fire og fem helseforetak (i tillegg til apotekforetak) med utgangspunkt i geografisk nærhet mellom institusjonene. Foretaksinndelingene i regionene varierer også med hensyn til satsning på selvberging og grad av samarbeid mellom ulike spesialiseringsnivå, samt i grad av samordning mellom den somatiske spesialisthelsetjenesten og spesialisthelsetjenester for psykisk helsevern. Helse Nord har valgt å fusjonere institusjoner for psykisk helsevern og somatiske sykehus² og en tilsvarende fusjon er under planlegging i Helse Midt-Norge³. Helse Øst og Helse Sør har så langt valgt å beholde egne foretak for psykisk helsevern, men her pågår et strategiarbeid med strukturendringer som siktemål. Helse Vest har også laget felles foretak for somatisk og psykisk virksomhet, men det er foretatt en deling på sykehusnivå innen Helse Bergen⁴.

Hvilke løsninger som viser seg å være mest hensiktsmessig for spesialisthelsetjenestene på sikt er fremdeles et åpent spørsmål. Eierskapsreformen løsrev spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene som også har ansvar for videregående skoler, samferdsel, rus,- og familievern. Dette skaper rom for et mer ensidig og sterkere fokus på den samlede sykehussektoren og gir mulighet for sterkere samarbeid og samordning av somatiske sykehustjenester og psykisk helsevern, men kan også bidra til at skiller forsterkes gjennom økt "nærsynthet" og vanskelige økonomiske prioriteringer.

I denne SAMDATA-rapporten har vi valgt å legge vekt på at de regionale helseforetakene har ansvar for både somatiske sykehustjenester og spesialisthelsetjenester for psykisk helsevern, og har derfor laget en felles rapport for SAMDATA Sykehus og SAMDATA Psykisk Helsevern. Fokus i denne rapporten er Helseregionenes utfordringer på etableringstidspunktet for de regionale helseforetakene. Rapporten er skrevet på bakgrunn av data om aktivitet og ressurser i både den somatiske og den psykiske spesialisthelsetjenesten før eierskapsreformen ble gjennomført. Uavhengig av om psykisk helsevern og somatiske sykehus organiseres i egne eller felles helseforetak, vil ansvaret for driften av begge sektorene ligge hos de regionale helseforetakene som dermed har ansvar for en samordning av disse tjenestene. Det kan derfor være nyttig å betrakte de to typene spesialisthelsetjeneste i et samlet perspektiv.

1.2 Psykisk helsevern og somatiske sykehustjenester: felles mål - men ulik dagsorden

De overordnede helsepolitiske målene om god tilgjengelighet og mest mulig effektiv ressursutnyttelse er felles for de somatiske sykehusene og det spesialiserte psykiske helsevernet. Mange av utfordringene i sektoren er også felles, i begge sektorer påpekes behovet for økt kapasitet, økt pasientgjennomstrømning, redusert ventetid før behandling og nærmere samarbeid med primærhelsetjenesten. Det kan likevel pekes på en rekke utfordringer som er ulik for den somatiske og den psykiske spesialisthelsetjenesten. I kapittel 2 påpekes det eksempelvis at eldre pasienter utgjør en stadig større del av det samlede antallet døgnpasienter ved de somatiske sykehusene, og det poengteres at disse pasientene også reinnlegges stadig

² Nordlandssykehuset HF sammenfatter de tidligere institusjonene Nordland SSH, Lofoten sykehus og Nordland psykiatriske sykehus.

³ St. Olavs Hospital HF, Orkdal sanitetsforenings sykehus og Psykisk helsevern i Sør-Trøndelag fusjonerer fra 01.01.2003.

⁴ Sandviken sykehus og psykiatrisk klinikk ved Haukeland sykehus er fra sommeren 2002 etablert som en enhet med egen direktør.

oftere. Kapittel 5, om pasientsammensetningen i det spesialiserte psykiske helsevernet, viser imidlertid at hovedvekten av pasientene som var innlagt for døgnopphold ved psykiatriske institusjoner, uavhengig av institusjonstype, var yngre enn 45 år, og det påpekes at eldre pasienter hadde færre opphold per person enn de yngre.

Et eksempel på ulik dagsorden i psykisk helsevern og den somatiske sykehussektoren kan knyttes til de ulike målsettingene om sentralisering/spesialisering og desentralisering av tjenestene. Ved de somatiske sykehusene har faglige vurderinger av kvaliteten av enkelte tjenester (SMM 2001:2), og økonomiske vurderinger av effektiviteten gått i retning av å anbefale sterkere spesialisering og sentralisering av de somatiske sykehustjenestene. I kapittel 4 i denne rapporten påpekes det at analyser av sykehusenes effektivitet har vist at sykehus som er sterkt spesialiserte⁵ framstår som mer effektive enn sykehus som er mer differensierte. Temaet for kapittel 7 er imidlertid knyttet til spørsmålet om tjenestetilbudet i voksenpsykiatrien er blitt mer desentralisert i tråd med målsettingene i psykiatrimeldingen (St meld nr 25 1996-1997) og Opptreppingsplanen (St prp nr 63 1997-98). I psykisk helsevern er målet om økt tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester av god kvalitet nært knyttet til målsettingen om utbygging av desentraliserte DPS'er.

Disse eksemplene illustrerer at de ulike delene av den norske spesialisthelsetjenesten kan ha ulik dagsorden og ulike veier fram mot de felles helsepolitiske målene om god tilgjengelighet og best mulig ressursutnyttelse. I en egen rapport utarbeidet for Helse Øst (Hatling, Ruud, Reas og Pedersen 2002) er det foretatt en gjennomgang av ulike organisasjonsmodeller for samordning mellom somatikk og psykiatri. Hovedresultatet er at det finnes mange modeller og former for samordning, og at det er liten systematisk kunnskap om effekten av ulike modeller. Samordningen av psykisk helsevern og somatiske sykehus representerer derfor en av flere utfordringer for de regionale helseforetakene. For enkelte pasientgrupper vil en sterkere samordning være av stor betydning. I kapittel 5 settes det fokus på to pasientgrupper som er brukere av både somatiske sykehus og psykiatriske tjenester. Dette er pasienter med spiseforstyrrelser og rusmiddelmissbrukere, og begge pasientgruppene har særlige behov for et nært samarbeid mellom det psykiatriske og det somatiske behandlingstilbudet.

Utfordringene knyttet til samordning av psykisk helsevern og somatiske sykehus er av både organisasjonsmessig, kunnskapsmessig og organisatorisk art, men vil i særlig grad kunne fremtre ved budsjettering og prioriteringer av økonomiske midler. Vi har derfor sett nærmere på utviklingen i ressursinnsatsen til somatiske sykehus og psykisk helsevern i perioden 1993 til 2001. Hovedtall for denne perioden er vist i tabell 1.1.

Ressursutviklingen for de ulike delene av spesialisthelsetjenesten har vært ulik de siste 8 år. I perioden fra 1993 til 2001 økte de offentlige utgiftene⁶ til psykisk helsevern med 19,1 prosent, mens utgiftene til somatiske sykehus økte med 37 prosent. For begge typer spesialisthelsetjenester var veksten svakest i perioden 1993 til 1995 og sterkest i perioden 1996 til 1998. Utgiftsveksten de tre siste år (1999 til 2001) var 7,3 prosent for somatiske sykehus og 3 prosent for psykisk helsevern.

Dersom vi sammenstiller utviklingen i brutto driftsutgifter med utviklingen i årsverk, finner vi at veksten i årsverk fra 1993 til 2001 har vært noe høyere for somatikk enn psykisk helsevern, men fra 1998 har veksten vært høyest i det psykiske helsevernet. Dette kan bl.a. knyttes til en sterk økning i antall legeårsverk i psykisk helsevern i perioden fra 1999 til 2001 (14,5 prosent). I denne perioden var økningen i legeårsverk ved de somatiske sykehusene langt lavere (6,1 prosent). Den relative økningen i antallet årsverk for sykepleiere i perioden fra 1993 til 2001 har vært like høy for somatiske sykehus og psykisk helsevern.

⁵ Med spesialisert menes det i denne sammenhengen sykehus som enten har sterk hovedvekt av (i) opphold for øyeblikkelig hjelp eller elektive opphold eller (ii) opphold definert i kirurgiske eller medisinske DRG.

⁶ Brutto driftsutgifter minus sykelønnsrefusjon målt i faste 2001-priser.

Tabell 1.1 Utviklingen i antall årsverk og brutto driftsutgifter for somatiske sykehus og psykisk helsevern fra 1993 til 2001. Brutto driftsutgifter er målt i faste priser (2001).

	Nivå 1993	Nivå 2001	Pst endr 1993-95	Pst endr 1996-98	Pst endr 1999- 2001	Pst endr 1993- 2001
Brutto driftsutg. somatiske sykehus	26 591	36 438	2.9	11.4	7.3	37.0
Brutto driftsutg. psykisk helsevern	7706	9 179	-1.6	9.0	3.0	19.1
Årsverk totalt somatiske sykehus	46 877	58 416	4.4	7.8	3.3	24.6
Årsverk totalt psykisk helsevern	14 581	17 146	1.3	4.4	6.4	17.6
Årsverk leger somatiske sykehus	4 827	7 104	8.0	14.5	6.1	47.2
Årsverk leger psykisk helsevern	801	1 223	9.0	8.7	14.5	52.6
Årsverk sykepleiere somatiske sykehus	16 498	22 148	8.5	11.2	1.9	34.2
Årsverk sykepleiere psykisk helsevern	3 932	5 276	1.9	15.0	8.1	34.2

Utviklingen i brutto driftsutgifter viser en noe annen trend enn utviklingen i årsverk de siste tre årene. En forklaring på at brutto utgifter øker mest for somatikk kan være at aktivitetsøkningen ved somatiske sykehus gjennomføres ved endrede vaktplaner, økt bruk av overtid og/eller innleid personell. Dette medfører økte utgifter, men påvirker ikke nødvendigvis årsverkstallene. Samtidig kan det stilles spørsmålsteget om registreringen av årsverk ved sykehusene har vært god nok de siste årene. Med dette i mente ser vi at for spesialisthelsetjenesten sett under ett, har de somatiske sykehusene fått en større andel av de totale brutto driftsutgiftene for sykehussektoren. I 1992 utgjorde brutto driftsutgifter til psykisk helsevern 22,7 prosent av de totale brutto driftsutgiftene i sykehussektoren. På tross av satsningen i Opptrappingsplanen var denne andelen redusert til 20,1 prosent i 2001. Tallene viser dermed at det psykiske helsevernet ikke har blitt prioritert høyere enn somatiske sykehus.

Prioritering av ressurser vil bli en stor utfordring for de regionale helseforetakene. Hvordan helseforetakene organiseres med hensyn til størrelse og samordning somatikk og psykiatri vil kunne ha betydning for prioriteringen, i tillegg til valg av finansieringsform. Om staten velger å videreføre innsatsstyrt finansiering eller gå over til mer rammebasert finansiering gjenstår imidlertid å se.

1.3 Helseregionenes utfordringer

Vi har påpekt at de regionale helseforetakene står overfor en rekke forventninger som kan framstå som paradokser, og at psykisk helsevern og somatiske sykehus står overfor en rekke felles, men også ulike utfordringer. Temaet for denne rapporten er "utfordringer for helseregionene" og de fokus som settes i fortsettelsen av denne rapporten er av langt mer konkret karakter enn de forventningene og utfordringene som er diskutert så langt. Det er likevel sentrale spørsmål for spesialisthelsetjenesten som vil kunne knyttes til en vurdering av de regionale helseforetakenes suksess. De utfordringene som settes i fokus i denne rapporten er:

- Målsettingen om økt aktivitet ved de somatiske sykehusene i lys av utviklingen i reinnleggelse
- Utviklingen i ventetider ved somatiske sykehus
- Ressursutnyttelse og effektivitet i de somatiske sykehusene
- Pasientsammensetningen i det spesialiserte psykiske helsevernet

- Status for Opptrappingsplanen for psykisk helse
- Desentraliseringen av tjenestetilbudet i voksenpsykiatrien

1.4 Økt aktivitet – men også økt omfang av reinnleggelser ved de somatiske sykehusene

I den nye helseforetaksloven (Ot prp 66 2000-2001) fremgår det at det er en politisk målsetting å øke aktiviteten ved de somatiske sykehusene. Denne målsettingen er i stor grad knyttet til målet om å redusere ventetiden for planlagte behandlinger. Dersom ventetidene skal reduseres, må antallet elektive opphold for kirurgisk behandling økes. I kapittel 2 settes det derfor fokus på aktivitetsutviklingen i somatiske sykehus. SAMDATA Sykehus Tabeller 2001 viser at aktiviteten økte med totalt 6,1 prosent (totalt for dagbehandling og heldøgnsopphold) fra år 2000 til 2001, men fra 1999 til år 2000 ble omfanget av heldøgnsopphold noe redusert. Dette gjør det relevant å analysere utviklingen i døgnopphold og elektive døgnopphold i særdeleshet, over tid. I kapittel 2 beskrives aktivitetsutviklingen detaljert for hvert av sykehusene i helseregionene for periodene 1996 til 1999, og fra 1999 til 2001. Den detaljerte beskrivelsen avslører at aktivitetsutviklingen fra 1999 til 2001 var langt mindre entydig enn utviklingen fra 1996 til 1999, og flere av sykehusene i både Helseregion Øst, Sør og Vest har redusert antallet døgnopphold fra 1999 til 2001.

Kapitlet setter også fokus på spørsmålet om økningen i sykehusopphold kan knyttes til en økning i antallet pasienter eller forklares av en økning av omfanget av reinnleggelser eller pasienter med fleropphold. Analysene viser at omfanget av reinnleggelser har økt fra 1996 til 2001, og at det i særlig grad er reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager som har økt.

1.5 Ventetider i somatiske sykehus

I kapittel 3 settes det fokus på ventetider for behandling ved somatiske sykehus. Per 30 april 2002 var det registrert 247533 henvisninger som ventende til utredning og behandling i norsk spesialisthelsetjeneste.

I dette kapitlet påpekes det at lang ventetid før behandling kan være både faglig uforvarselig, tungt for den enkelte pasient og samfunnsøkonomisk kostbart. Reduserte ventetider er derfor en viktig utfordring og et sentralt suksess-kriterium for de regionale helseforetakene. I kapittel 3 beskrives derfor variasjoner i ventetid mellom helseregioner og ulike bostedsområder ved oppstarten av eierskapsreformen. Variasjonene mellom regionene i ventetid før behandling analyseres både generelt og mer detaljert for enkelte pasientgrupper. Det påpekes at det er til dels store forskjeller mellom regionene i andel pasienter som har ventet lenge. Mens 35 prosent av pasientene som står på venteliste i Helseregion Midt-Norge har ventet mer enn 6 mnd, er tilsvarende tall for Helseregion Sør bare 21 prosent. Dette kan indikere at tilgjengeligheten til sykehustjenester avhenger av bosted.

Analysene i kapittel 3 viser også at pasienter som venter på generell kirurgi, ortopedi og behandling for øre-nese-hals-sykdommer venter lengst. For den samlede elektive kirurgiske aktiviteten var det en median ventetid på 98 dager i 2001. 69 prosent av pasientene som venter på elektiv kirurgi får et tilbud innen 6 måneder. Mens dette kan være akseptabelt for enkelte pasientgrupper, kan det være urimelig lenge for andre. For de "mest alvorlige" lidelsene som bypass-operasjoner og brystkreft er ventetiden, som forventet, imidlertid mye lavere enn for de mindre alvorlige lidelsene.

1.6 Ressursutnyttelse og effektivitet i de somatiske sykehusene

I kapittel 4 påpekes det at effektiv ressursbruk er en sentral målsetting for all offentlig tjenesteproduksjon og at kunnskap om effektivitetsnivå og utviklingen i denne gir et viktig be-

slutningsgrunnlag for alle vedtak og reformer. Utviklingen i effektivitet vil derfor, i likhet med utviklingen i aktivitet og ventelister være et sentralt suksess-kriterium for de regionale helseforetakene. I kapittel 4 beskrives derfor utviklingen i effektivitet fra 1992 til 2001 både for Norge som helhet og for hver av de fem helseregionene. Kapitlet gir dermed en beskrivelse av både "arven" fra fylkeskommunene og de regionale helseforetakenes framtidige effektiviseringspotensiale.

I likhet med tidligere analyser av effektivitetsutviklingen skiller det mellom teknisk effektivitet⁷ og kostnadseffektivitet⁸. For Norge som helhet viser analysene at den tekniske effektiviteten var stabil fra 1992 til 1996, økte relativt sterkt fra 1996 til 1997, og har vært relativt stabil i de etterfølgende årene fram mot eierskapsreformen. Utviklingen i fylkeskommunenes siste driftsår var imidlertid positiv ved at den tekniske effektiviteten viste en svak stigning. Med unntak av kraftige fall i årene 1995-1996 og 1998-1999 har kostnadseffektiviteten vært preget av stabilitet.

Analysene av effektivitetsutviklingen for de enkelte helseregionene viser signifikante forskjeller mellom regionene i nivået av kostnadseffektivitet. Helseregion Øst har en betydelig lavere kostnadseffektivitet enn de øvrige regionene, med unntak av Helseregion Nord. Det påpekes at Helseregion Nord hadde et lavt nivå av teknisk effektivitet i 1999 og år 2000, men denne helseregionen hadde en positiv utvikling i både teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet i fylkeskommunenes siste driftsår.

1.7 Pasientsammensetningen i det spesialiserte psykiske helsevernet

Vurderinger av reformer, organisasjonsendringer og satsninger krever kunnskap om pasientene og pasientenes behov. Kapittel 5 setter derfor fokus på pasientsammensetningen i det spesialiserte psykiske helsevernet og gir en beskrivelse av alderssammensetningen blant pasientene, de ulike diagnosegruppene ulike omfang og alvorlighetsgraden av pasientenes tilstand ved innleggelse og utskrivning ved ulike typer institusjoner. Kapitlet påpeker at hovedtyngden av all døgnbehandling fortsatt foregår på sykehusnivå til tross for målsettingen om desentralisering. Det påpekes også at sykehusene, i tillegg til å ha det høyeste behandlingsevolumet for døgnopphold, har en svært høy andel innleggelser for øyeblikkelig hjelp (75%). Det hevdes at denne situasjonen kan virke styrende på type aktivitet, og kan skape mindre rom for tiltenkte planlagte funksjoner. Andelen elektive innleggelser er høyest for pasienter med organiske lidelser.

Analysene av pasientenes alderssammensetning viser at sykehusene har flest av de yngre pasientene, men selv på sykehjemnivå er aldersfordelingen relativt jevn og gjennomsnittsalderen er 51 år. De eldre står for en betydelig mindre andel av oppholdene innenfor psykisk helsevern enn det man finner innenfor somatiske sykehus og de eldre innenfor psykisk helsevern har i gjennomsnitt færre opphold per person enn yngre.

De pasientene som står for flertallet av oppholdene (utskrevne pasienter), befinner seg innenfor diagnosegruppene affektive lidelser og schizofreni (ca 30% hver). Selv om schizofreni er en relativt sjelden lidelse, er denne lidelsen dermed knyttet til en betydelig andel av behandlingsressursene. Analysene viser også at selv om andelen av schizofrenipasienter er noe høyere ved de mindre institusjonene, og andelen med rusmiddelmissbruk er noe høyere på sykehusnivå, behandler alle institusjonstyper i noen grad alle typer pasienter. Antallet opphold per person er noe høyere ved de mindre institusjonene enn på sykehusene.

I dette kapitlet settes også, som tidligere nevnt, fokus på pasienter med rusmiddelmissbruk og spiseforstyrrelser og det påpekes at disse pasientene synliggjør behovet for samarbeid og samordning mellom ulike nivåer og enheter i spesialisthelsetjenesten. For begge pasientgrupper er antallet innleggelser ved somatiske sykehus flere enn døgnoppholdene innenfor

⁷ Teknisk effektivitet er et mål for ressursbruk per korrigerende opphold i form av årsverk og utgifter til medisiner.

⁸ Kostnadseffektivitet er et mål for faktiske netto driftsutgifter per korrigerende opphold.

psykisk helsevern. For psykiatriske sykehusenheter finnes rusmiddelbruk som hoved- eller bidiagnose ved 19% av alle opphold. Så langt er alkohol det hyppigst forekommende rusmidlet.

Måler man alvorlighetsgraden av pasientenes tilstand ved innleggelse med GAF-skåre (skala for symptomnivå og funksjonsnivå) finner man at sykehusene har flest av de alvorligst syke. For hele 2/3 av oppholdene var pasientene psykotiske og/eller til fare for seg selv eller andre (GAF-S verdi 40 eller lavere). En slik situasjon understreker også behovet for ressurser til å styrke sykehusenes virksomhet.

Sykehuspopulasjonene har størst forskjell mellom status i symptom- og funksjonsnivå mellom innlegges- og utskrivningstidspunktet. Mer generelt har pasientene som skrives ut fra de mindre institusjonene et noe lavere funksjonsnivå enn de som skrives ut fra sykehusene. En tolkning av resultatene er at de mindre institusjonene behandler pasienter med et langvarig behandlingsbehov, og i mindre akutte faser enn sykehusene.

Analysene i kapittel 5 viser også at relativt mange pasienter er såpass dårlige ved utskrivning at de vil trenge videre oppfølging over tid. For hele utvalget befinner ca 1/3 seg i de to gruppene med dårligst GAF-skåre ved utskrivning (≤ 40). Det poengteres derfor at langtidsoppfølging av de samme personene vil kreve relativt mye ressurser.

1.8 Status for Opptrappingsplanen for psykisk helse

Opptrappingsplanen for psykisk helse er en åtteårig plan med konkrete tiltak og økonomiske virkemidler for å styrke tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser, både kvantitativt og kvalitativt. Planperioden startet i 1999 og skal avsluttes i 2006. Fullføringen av opptrappingsplanen vil være en av de regionale helseforetakenes mest sentrale oppgaver⁹, og vi har derfor analysert statusen for Opptrappingsplanen ved utgangen av fylkeskommunenes siste driftsår. I kapittel 6 beskrives 13 konkrete og fastlagte mål for opptrappingsplanen og grad av måloppnåelse for disse i 2001.

Opptrappingsplanen stipulerer økningen i driftsutgifter til psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) til 2,1 milliarder kroner (1998-kroner). I kapitlet påpekes det at brutto driftsutgifter til psykisk helsevern økte med 475 millioner kroner (omregnet til 1998-kroner) i løpet av de tre første årene av planperioden. Denne realøkningen skyldes i all hovedsak økte statlige tilskudd. Økningen de tre første årene utgjør altså i størrelsesorden 23 prosent av den totale stipulerte økningen. Det innebærer at dersom man skal nå målet om økning på 2,1 milliarder, må økningen i utgiftene ligge på et høyere nivå de siste fem årene enn i de tre første i planperioden. Opptrappingsplanen tilsier med andre ord økt vekst i årene som kommer.

I Opptrappingsplanen fremheves bemanning som et vesentlig kvalitetselement. I de tre årene hittil i planperioden har antall årsverk – både i psykisk helsevern for barn og voksne, økt i samme takt som målene tilsier. Opptrappingsplanen legger også til grunn at 10 770 av årsverkene i psykisk helsevern for voksne skal utføres av universitets- eller høyskoleutdannet personell ("kvalifisert" personell). I 2001 ble det utført 7920 årsverk i disse personellgruppene. For å nå målet i Opptrappingsplanen må økningen altså være 570 flere slike årsverk per år. Hittil i planperioden har økningen vært 373 nye årsverk i disse personellgruppene per år.

Kapittel 6 påpeker også at målsettingen om økt produktivitet ikke har blitt fullført ved polikliniske enheter for voksne så langt. Produktiviteten var tilnærmet stabil fram til 2001, da den sank med sju prosent til 1,57 konsultasjoner per behandler per virkedag. Dette knyttes bl.a. til den store tilveksten av nye behandlere i 2001 (161 nye behandlere).

⁹ Finansieringen av Opptrappingsplanen skjer hovedsakelig gjennom statlige øremerkede midler, basert bl a på fylkeskommunale planer, men etter at staten, gjennom de regionale helseforetakene, overtok eierskapet til spesialisthelsetjenesten i 2002, er imidlertid de regionale foretakene gitt anledning til å vurdere prioriteringen av de ulike investeringsprosjektene på ny.

Det påpekes forøvrig at mangel på leger, psykologer og høyskoleutdannet personell trolig vil være den største hindringen for å kunne bygge ut de faglig selvstendige distriktpsikiatriske sentra som det legges opp til i plandokumentene. Opptappingsplanen går inn for at hele landet skulle dekkes av slike distriktpsikiatriske sentre (DPS) med definerte opp-taksområder. Et DPS skal bestå av voksenpsykiatrisk poliklinikk, dagtilbud og døgnplasser. Denne institusjonstypen "DPS" er under utbygging. Få av enhetene tilfredsstillende per dato de krav som angis i planen. Fordi så mange av disse enhetene er inne i en utviklingsprosess, lar det seg vanskelig gjøre å tallfeste hvor mange plasser det er per i dag. Om det beregnede antall døgnplasser på 2040 ved DPS'er kan nås i 2006, vil være avhengig av flere forhold, og ikke bare av antall nye plasser som bygges finansiert av Opptappingsplanen. Totaltallet vil være sterkt avhengig av endringer i plasstallet når eldre institusjoner bygges om, og hvordan disse forandrer sine arbeidsformer. Denne type endringer i plasstallet foreligger det ikke oversikt over nå, ikke minst fordi helseforetakene har signalisert at de vil vurdere driften av sine institusjoner på ny etter overtakelsen fra fylkeskommunene.

1.9 Desentraliseringen av tjenestetilbudet i voksenpsykiatrien

Et av hovedmålene for Psykiatrimeldingen og Opptappingsplanen er å bedre tilgjengeligheten til tjenestene, både når det gjelder volum og geografisk plassering. Arbeidet med en slik desentralisering av tjenestene har vært knyttet til utbyggingen av distriktpsikiatriske sentra (DPS). Slike sentra skal i fremtiden utgjøre det psykiske helsevernets "lokalsykehus-funksjon" eller andrelinjetjeneste, og omfatte døgnavdelinger, dagavdelinger og poliklinisk virksomhet.

I kapittel 7 undersøker vi i hvilken grad man så langt har fått til en slik desentralisering av tjenester. Dette blir undersøkt med utgangspunkt i både personelldata og gjennom analyser av bruk av ulike tjenester. Det stilles spørsmål om (i) om det har vært en forskyvning av personellressurser fra sykehus og sykehusavdelinger til andre institusjoner og driftsformer, (ii) om en større del av tjenestene blir levert fra andre institusjoner, (iii) om forbruket av slike tjenester har økt, og (iv) om vi har fått en utjevning av de fylkesvise forskjellene i slike tilbud. Gjennomgangen fokuserer på opptappingsperioden 1998-2001¹⁰, med det refereres også tall for perioden 1996-98¹¹.

Både absolutt og relativt har det over opptappingsperioden vært en desentralisering av personellinnsatsen, både når det gjelder personell totalt, og for leger, psykologer og sykepleiere. Det har vært en vesentlig styrking av de distriktpsikiatriske tjenestene. Veksten i disse tjenestene skyldes imidlertid delvis en overføring av funksjoner fra andre institusjoner (omorganisering av sykehjem, overføring av poliklinikker fra sykehusene). Poliklinikkene hadde også en betydelig vekst i perioden. Det har imidlertid også vært en betydelig styrking av døgnavdelingene ved sykehusene, som samtidig sto for brorparten av veksten i den foregående toårsperioden. En antar at fordelingen av ressurser mellom sykehustjenester og andre tjenester er blant de forhold som bør følges opp i den videre iverksettelsen av Opptappingsplanen.

Det er store forskjeller i fylkenes ressursinnsats til desentraliserte tjenester. For døgnbehandling i distriktpsikiatrien og for den polikliniske virksomheten har de fylkesvise forskjellene blitt redusert. For de øvrige indikatorer finner vi bare små endringer i spredning. En antar slike forskjeller også bør følges opp i den videre iverksettingen av opptappingsplanen.

Målt ved antall opphold og utskrivninger ved institusjoner utenfor sykehus, og ved antall polikliniske konsultasjoner, har det gjennom hele perioden vært en vesentlig utbygging av desentraliserte tjenestetilbud og funksjoner. Det er imidlertid ingen tegn til utjevning av de fylkesvise forskjellene i tilgjengelighet til tjenesten.

¹⁰ Opptappingsplanen ble iverksatt i 1999.

¹¹ Psykiatrimeldingen ble lagt fram i 1997.

2 Aktivitetsutviklingen ved somatiske sykehus 1996-2001: økt aktivitet, men flere reinnleggelser

Beate M. Huseby

2.1 Innledning: Økt aktivitet – flere pasienter eller flere reinnleggelser?

I Ot.prp. 66 (2000-2001) (den nye helseforetaksloven) påpekes det at det er et mål å øke behandlingskapasiteten ved de somatiske sykehusene i Norge. I tilknytning til revidert nasjonalbudsjett for 2002 (St.prp. nr. 59 2001-2002) fremmet regjeringen også forslag om å øke bevilgningene til drift og investeringer i de regionale helseforetakene med 1775 mill. kroner. I følge proposisjonen skulle dette "innebære at nivået på pasientbehandlingen i helseforetakene i 2001 kan videreføres og økes". Det kan dermed hevdes at det er og har vært et politisk mål å *øke aktiviteten* i den somatiske spesialisthelsetjenesten.

I 2001 økte aktiviteten ved de somatiske sykehusene. Antallet heldøgnsopphold, dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner økte totalt med henholdsvis 4,4, 10,3 og 3,0 prosent. Mer detaljerte oversikter over aktivitetsutviklingen (se SAMDATA Sykehus Tabeller) viser imidlertid at økningen varierte sterkt mellom ulike sykehus, fylker og helseregioner i både 2000 og 2001. For befolkningen i Oslo økte det samlede antallet sykehusopphold¹² med bare 124 opphold i 2001, mens befolkningen i Akershus hadde nesten 9000 flere sykehusopphold i 2001 enn i år 2000. Dersom vi også tar i betraktning at døgnaktiviteten ble redusert fra 1999 til år 2000, både i Oslo og for Norge totalt, er det grunn til å stille spørsmål om den politiske målsettingen om økt aktivitet er oppfylt ved alle sykehus i et toårsperspektiv.

Når aktiviteten øker, og ønskes økt, er det også nødvendig å stille spørsmål om hvilke aktiviteter og behandlinger som øker i omfang. Målsettingen om økt aktivitet ved de somatiske sykehusene i Norge er i stor grad knyttet til målet om å redusere ventetiden for planlagte behandlinger. Det er dermed behandlingskapasiteten for elektiv (planlagt) behandling som ønskes økt. Tidligere analyser av befolkningens bruk av sykehustjenester har vist at antallet opphold for øyeblikkelig hjelp har økt relativt sterkt det siste tiåret (Huseby 2000, 2001), mens ratene for elektiv kirurgi og annen elektiv behandling har vært mer stabil. Dette gjør det nødvendig å stille spørsmål om den elektive aktiviteten har økt og om hvilke pasientgrupper som har økt ved sykehusene.

Når den politiske målsettingen om økt aktivitet knyttes til en økning i antall *opphold* (ikke pasienter), er det også relevant å stille spørsmål om antallet pasienter har økt tilsvarende eller om omfanget av reinnleggelser har økt. Bratlid (2002) har nylig hevdet at det ikke behandles *flere* pasienter enn tidligere ved de somatiske sykehusene i Norge, men at de samme pasientene behandles flere ganger. Tidligere analyser ved SINTEF Unimed (Heggstad og Lilleeng 1995, Heggstad 1996 og 1997) har påpekt at omfanget av reinnleggelser

¹² Totalt for dagbehandling og heldøgnsopphold eksklusive opphold for fødsler, kjemoterapi, rehabilitering og dialysebehandling.

økte i perioden fra 1991 til 1996. Reinnleggelsenes omfang og utvikling er imidlertid ikke analysert for alle norske sykehus de senere år¹³. I lys av den politiske målsettingen om økt aktivitet er det derfor grunn til å stille spørsmål om aktivitetsøkningen kan knyttes til en økning av reinnleggelser eller behandling av flere pasienter.

I dette kapitlet settes fokus på økningen i aktiviteten ved de somatiske sykehusene. Vi stiller spørsmål om (i) om denne økningen har vært like stor i alle helseregionene og ved alle sykehus de siste 5 år, (ii) om hvilke typer behandlinger som har økt mest og (iii) om aktivitetsøkningen kan knyttes til en økning i omfanget av reinnleggelser.

De fleste SAMDATA-analyser av aktivitetsutviklingen de senere år har tatt utgangspunkt i geografiske variasjoner i befolkningens bruk av sykehus. Lite har derfor vært skrevet om hvert enkelt sykehus sin aktivitetsutvikling over tid. I lys av det politiske målet om økt aktivitet og raskere pasientbehandling i den somatiske spesialisthelsetjenesten setter dette kapitlet derfor fokus på aktivitetsutviklingen ved *sykehusene* i de regionale helseforetakene. Aktivitetsutviklingen beskrives i henhold til antallet døgnopphold, antallet elektive opphold (definert i kirurgiske og ikke-kirurgiske DRG), antallet dagbehandlinger¹⁴ og pasientenes alder i perioden fra 1996 til 2001. Beskrivelsene vil være relativt detaljerte og vil påpeke hvilke sykehus som i særlig grad har økt og redusert aktiviteten. I siste del av kapitlet analyseres endringer i omfanget av reinnleggelser ved døgnopphold i perioden fra 1996 til 2001.

2.2 Analyseenheter og datagrunnlag

Fokus i dette kapitlet er aktivitetsutviklingen ved *sykehusene* i de fem regionale helseforetakene. Fordi de ulike regionale helseforetakene har et noe ulikt nivå av pasientstrømmer ut av helseregionene (se kapittel 6 SAMDATA Sykehus Tabeller) beregnes ikke rater for befolkningen med utgangspunkt i sykehusenes aktivitet. Rater for sykehusbruk tar vanligvis utgangspunkt i befolkningens bruk av sykehustjenester – uavhengig av hvilke sykehus som benyttes, mens sykehusenes aktivitet vektlegges i dette kapitlet. Analysene sier derfor intet om nivået av sykehustjenester i en helseregion er høyt eller lavt, men endringer i aktiviteten beskrives på både region,- og sykehusnivå. Befolkningsutviklingen i de fem helseregionene i perioden 1996 til 2001 beskrives imidlertid kort som bakgrunn for å forstå og tolke aktivitetsutviklingen ved sykehusene i denne femårsperioden.

Fokuset på de fem regionale helseforetakene gjør også at statlige og private sykehus er utelatt fra analysene i dette kapitlet. En oversikt over hvilke sykehus som inngår i analysene (alle sykehus i de fem regionale helseforetakene) finnes i vedlegget til dette kapitlet. For å kunne sammenligne utviklingen i helseregionene tas det heller ikke hensyn til at inndelingen i helseregioner ble endret i 1999. Den inndelingen som her er benyttet, er knyttet til helseregionenes inndeling i 2001. Radiumhospitalet og Rikshospitalet er analysert som sykehus i Helseregion Sør. Fordi vi analyserer data t.o.m. 2001 omtales ikke helseregionene som regionale helseforetak.

I dette kapitlet analyseres i hovedsak heldøgnsopphold. Dette skyldes delvis at opphold for dagbehandling ikke var fullstendig registrert før 1999 og delvis at det er umulig p.g.a. data-tekniske forhold å analysere utviklingen i reinnleggelser for dagbehandling. Inntil 2001 var pasienter som mottok poliklinisk behandling registrert med annet pasientnummer enn innlagte pasienter i det pasient-administrative systemet. Fordi dagbehandling gjelder både innlagte pasienter og poliklinisk behandling blir det dermed umulig å analysere omfanget av reinnleggelser ved dagbehandling før 2001. Et annet argument for å begrense analysene til heldøgnsopphold er knyttet til dagbehandlingenes karakter. En rekke typer dagbehandling er *ment* å gjennomføres som en serie behandlinger, og gjør det vanskelig å skille mellom re-

¹³ Bratlid (2002) analyserer bare reinnleggelser ved Regionsykehuset i Trondheim. Heggstad har også nylig publisert en artikkel i Health Service Research (Heggstad 2002), men grunnet lang trykkesetid benyttes data fra 1996 i hennes analyser.

¹⁴ Fordi dagbehandlinger ikke ble fullstendig registrert før 1999, vil beskrivelsene av aktivitetsutviklingen innen dagbehandling bare gjelde perioden fra 1999 til 2001.

innleggelse og omsorgsperiode. I analysene av utviklingen i reinnleggelse er det derfor bare døgnoppholdene som er analysert, men omfanget av reinnleggelse totalt (antall opphold per pasient) er beskrevet for 2001.

I dette kapitlet skilles det mellom pasienter med *fleropphold* og reinnleggelse. En *reinnleggelse* er definert som et nytt sykehusopphold hvor pasienten blir innlagt for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter et tidligere døgnopphold. Et *fleropphold* betegner at pasienten har hatt flere døgnopphold i løpet av et kalenderår, uavhengig av tidsrommet mellom oppholdene. Pasienter med fleropphold kan derfor ha flere planlagte opphold i løpet av året. I dette kapitlet skilles det mellom pasienter med bare 1 opphold, pasienter som er reinnlagt som ø-hjelp innen 30 dager, pasienter som er innlagt som ø-hjelp innen 60 dager og pasienter med fleropphold (enten ø-hjelp etter 60 dager eller flere planlagte døgnopphold).

Vi vil også gjøre oppmerksom på at analysene av antall pasienter og reinnleggelse kan være noe misvisende ved at data ikke gir mulighet til å kontrollere for overføringer av pasienter mellom sykehus. Dersom en pasient blir overført til annet sykehus, vil denne pasienten bli telt to ganger. En reinnleggelse eller et fleropphold representerer også en reinnleggelse ved samme sykehus.¹⁵ Alle analyser er også knyttet til et kalenderår. En pasient som blir innlagt i desember og deretter reinnlagt i januar året etter vil derfor ikke telles som en pasient med reinnleggelse.

2.3 Befolkningsutviklingen i helseregionene

Selv om det ikke er rater som analyseres i dette kapitlet, er det viktig å relatere aktivitetsutviklingen ved sykehusene til befolkningsutviklingen. Når befolkningen øker, er det naturlig å forvente en aktivitetsvekst på samme nivå eller høyere dersom målet om økt aktivitet skal sies å være nådd. Når andelen eldre i helseregionene øker, er det også naturlig å forvente en økning i antallet sykehusopphold for eldre. Tabell 2.1 viser derfor befolkningsutviklingen i de fem helseregionene i perioden fra 1996 til 2001.

I perioden fra 1996 til 2001 økte befolkningen i Norge totalt med 3 prosent. Antallet eldre over 80 år økte imidlertid med nesten 12 prosent, mens antallet personer i aldersgruppen 67 til 79 år ble redusert med 7.5 prosent. Eldres¹⁶ andel av befolkningen totalt sett, økte imidlertid bare fra 4.1 prosent til 4.5 prosent. Størst befolkningsøkning var det imidlertid i aldersgruppen 50 til 66 år, der antallet personer økte med nesten 15 prosent. I 1996 var 16.5 prosent av befolkningen i denne aldersgruppen, mens denne andelen hadde økt til 18.4 prosent i år 2001.

Det har også vært visse variasjoner mellom regionene i befolkningsutviklingen. I de tre sørligste helseregionene (Helseregion Øst, Sør og Vest) var befolkningsøkningen omtrent 4 prosent, mens antallet personer bosatt i Helseregion Nord ble redusert med nesten 1 prosent. Økningen i antallet middelaldrende (50 til 66 år) og eldre (fra 80 år) var også noe lavere i Helseregion Nord (henholdsvis 13.8 og 10.3 prosent) sammenlignet med de andre helseregionene (henholdsvis 15.8 og 12.5 prosent i Helseregion Vest). Dette gjør det naturlig å forvente en lavere vekst (eller svak nedgang) i antallet sykehusopphold i Helseregion Nord.

Økningen i antallet middelaldrende og eldre over 80 år gjør det naturlig å forvente en økning i antall sykehusopphold for disse aldersgruppene. Befolkningsveksten totalt sett var størst i Helseregion Øst og gjør det dermed naturlig å forvente den største aktivitetsøkningen ved sykehusene i denne helseregionen.

¹⁵ Heggstad (upublisert) har analysert omfanget av reinnleggelse ved andre sykehus enn det pasienten først ble behandlet ved. Hun finner at 95 prosent av reinnleggelsene gjennomføres ved samme sykehus som pasientenes første opphold.

¹⁶ Personer 80 år og eldre.

Tabell 2.1 Befolkningsutviklingen i de fem helseregionene i perioden fra 1996 til 2001.

		Helseregion Øst	Helseregion Sør	Helseregion Vest	Helseregion Midt-Norge	Helseregion Nord	Totalt
Befolkn. tall	1996	1550676	852535	895395	627036	467072	4392714
	1999	1592540	872493	916018	633118	464328	4478497
	2001	1613860	882755	926908	637635	462908	4524066
Prosent endring 1996 – 2001	0-15 år	7.3	5.6	4.2	3.2	0.3	4.9
	16-49 år	1.4	0.0	0.4	-2.3	-6.2	-0.4
	50-66 år	13.7	16.0	15.8	15.0	13.8	14.7
	67-79 år	-8.0	-8.2	-5.9	-8.0	-6.2	-7.5
	80 år +	11.3	12.2	12.5	12.1	10.3	11.7
	Totalt	4.1	3.5	3.5	1.7	-0.9	3.0
Prosent endring 1999 – 2001	0-15 år	2.2	1.7	1.3	1.2	-0.4	1.5
	16-49 år	0.6	0.0	0.0	-0.8	-2.0	-0.1
	50-66 år	4.8	5.7	5.8	5.9	5.0	5.3
	67-79 år	-5.2	-4.8	-3.5	-4.3	-3.7	-4.5
	80 år +	6.7	6.2	5.9	5.4	4.4	6.0
	Totalt	1.3	1.2	1.2	0.7	-0.3	1.0

2.4 Aktivitetsutviklingen i helseregionene

Med en befolkningsøkning på 3 prosent, vil man generelt sett forvente en økning i antall sykehusopphold på samme nivå eller høyere. Det bør imidlertid nevnes at det i denne perioden har vært en vridning mot dagbehandling for deler av døgnaktiviteten for å effektivisere pasientbehandlingen. Det har også i noe større grad enn tidligere blitt brukt private sykehus (som ikke inngår i disse analysene), slik at økningen i offentlig pasientbehandling totalt sett vil være noe større enn det som her beskrives. I både Helseregion Øst og Sør har også sykehusfusjonene (Sentralsykehusene i Østfold og Vestfold) medført en reduksjon i antallet registrerte opphold. Dette skyldes at pasienter som blir overført mellom sykehusene i Østfold og Vestfold tidligere fikk dette registrert som to eller flere opphold, mens de nå får dette registrert som ett opphold. I 1999 ble antall sykehusopphold ved Sykehuset Østfold redusert med omtrent 1700 døgnopphold som en følge av denne registreringsendringen.

Vi påpekte innledningsvis at den elektive behandlingen er en svært sentral del av den totale aktivitetsutviklingen og vil kunne danne et vurderingsgrunnlag for de regionale helseforetakenes framtidige suksess. SAMDATA Sykehus Tabeller 2001 viser at antallet elektive opphold¹⁷ økte fra 2000 til 2001, men fjorårets SAMDATA-tabeller viste at nivået av elektive opphold ble redusert fra 1999 til år 2000. Det kan derfor stilles spørsmål om antallet elektive døgnopphold har økt i et toårsperspektiv. I 2001 varierte også *ratene* for elektiv behandling mellom fylkene med inntil 29 prosent for elektiv kirurgi¹⁸ og 56 prosent for annen elektiv be-

¹⁷ Ratene for elektiv kirurgi økte fra 52 opphold per 1000 innbygger til 56 opphold per 1000 innbygger, mens ratene for annen elektiv behandling økte fra 28 opphold per 1000 innbygger til 31 opphold per 1000 innbygger.

¹⁸ Oslo hadde det laveste nivået av elektiv kirurgi, med en rate på 47 opphold per 1000 innbygger, som er 29 prosent lavere enn Finnmark med en rate på 66 opphold for elektiv kirurgi per innbygger. Se Tabell 5.8 SAMDATA Sykehus Tabeller.

handling¹⁹. Oslo, Hordaland og Sør-Trøndelag hadde det laveste nivået av elektiv kirurgi, mens Rogaland og Sør-Trøndelag hadde det laveste nivået av annen elektiv behandling.²⁰ Vi har derfor lagt særlig vekt på beskrivelsene av utviklingen i elektive opphold, både totalt og fordelt på opphold for kirurgisk behandling og behandling definert i medisinske DRG.

Tabell 2.2 Prosentvis økning i antall døgnopphold, antall elektive opphold, elektive opphold for kirurgisk behandling og dagbehandling fra 1996 til 2001 og fra 1999 til 2001. Prosent endring i sum opphold for sykehusene i helseregionene.

	Heldøgnsopphold eksklusive fødsler		Elektive heldøgnsopphold ekskl. fødsler		Elektive heldøgnsopphold for kir. behandling		Elektive heldøgnsopphold definert i medisinske DRG		Dagbeh. totalt	Dagbeh. ekskl. dialyse, kjemo., rehab.
	Pst. endr. 96-2001	Pst. endr. 99-2001	Pst. endr. 96-2001	Pst. endr. 99-2001	Pst. endr. 96-2001	Pst. endr. 99-2001	Pst. endr. 96-2001	Pst. endr. 99-2001	Pst. endr. 99-2001	Pst. endr. 99-2001
Helseregion Øst	11.8	2.4	3.3	8.8	9.2	8.0	-0.8	9.9	9.9	-0.3
Helseregion Sør	13.1	4.0	5.0	2.8	11.5	6.2	2.8	0.5	21.2	21.2
Helseregion Vest	11.0	1.7	9.8	4.7	13.4	5.2	9.0	4.4	29.7	27.2
Helseregion Midt-Norge	13.9	3.7	9.1	5.1	9.1	3.9	11.9	7.4	23.0	9.2
Helseregion Nord	9.8	4.1	-2.0	6.5	15.1	5.1	-9.7	8.4	21.1	14.3
Totalt	12.0	3.0	5.0	5.4	11.3	6.0	2.1	5.1	19.1	12.3

Tabell 2.2 viser at økningen i døgnopphold fra 1996 til 2001 overgår befolkningsøkningen i alle regionene. Fra 1996 til 2001 økte antallet *heldøgnsopphold* totalt med 12 prosent, mens elektive døgnopphold og elektive døgnopphold for kirurgisk behandling økte med henholdsvis 5 og 11,3 prosent fra 1996 til 2001. I tillegg økte antallet dagbehandlinger med 19,1 eller 12,3 prosent, avhengig av om opphold for rehabilitering, dialyse og kjemoterapi inkluderes i tallgrunnet eller ei.

Totalt for perioden 1996 til 2001 var økningen i døgnopphold størst i Helseregion Midt-Norge (13.9 prosent) og lavest i Helseregion Nord (9.8 prosent). På tross av nedgangen i antall innbyggere i Helseregion Nord økte imidlertid aktiviteten ved sykehusene i denne regionen mest i perioden fra 1999 til 2001 (4.1 prosent), mens Helseregion Vest hadde den laveste økningen i døgnopphold fra 1999 til 2001 med bare 1,7 prosent økning. Helseregion Vest hadde imidlertid den største økningen i antall dagbehandlinger, uavhengig av om opphold for rehabilitering, dialyse og kjemoterapi inkluderes eller ekskluderes i tallgrunnet.

Totalt sett, var den prosentvise økningen i elektive opphold for *kirurgisk* behandling fra 1996 til 2001 høyere enn økningen i både døgnopphold totalt og økningen i totalt antall elektive opphold. Dette indikerer at den elektive kirurgiske aktiviteten har økt, mens elektive opphold definert i medisinske DRG har vært tilnærmet stabilt (pluss 2 prosent totalt). Økningen i opphold for elektiv kirurgi har dermed ikke skjedd på bekostning av opphold for øyeblikkelig

¹⁹ Ratene for annen elektiv behandling var 22 opphold per 1000 innbygger i Sør-Trøndelag og Rogaland og 50 opphold per 1000 innbygger i Finnmark. . Se Tabell 5.8 SAMDATA Sykehus Tabeller.

²⁰ Gjelder samlede rater for dagbehandling og døgnopphold.

hjelp, men kan knyttes til en reduksjon i andre elektive opphold²¹. I 1996 var det eksempelvis like mange elektive opphold i kirurgiske og ikke-kirurgiske DRG i Helseregion Øst. I 2001 var det mer enn 6000 flere opphold for elektiv kirurgi enn elektive opphold definert i ikke-kirurgiske DRG.

For utviklingen i elektive opphold finner vi relativt store variasjoner mellom de ulike helse-regionene. I Helseregion Nord ble antallet elektive døgnopphold *redusert* med 2 prosent fra 1996 til 2001, mens Helseregion Vest økte omfanget av elektive opphold med nesten 10 prosent. På tross av en nedgang i elektive døgnopphold totalt sett, hadde imidlertid Helse-region Nord en økning i døgnopphold for elektiv kirurgisk behandling fra 1996 til 2001. Nedgangen i elektive opphold i Helseregion Nord gjaldt opphold definert i medisinske DRG.²² En noe tilsvarende utvikling finner vi også i Helseregion Øst og Helseregion Sør. I disse regionene økte også antallet elektive opphold for kirurgisk behandling langt sterkere enn antallet elektive opphold totalt.

Som tidligere påpekt, var økningen i dagbehandling størst i Helseregion Vest, og lavest i Helseregion Øst. Dagbehandlingsaktiviteten i Helseregion Øst økte likevel med nesten 10 prosent når opphold for rehabilitering, dialysebehandling og kjemoterapi inkluderes i tallgrunnlaget. I lys av et politisk mål om reduserte ventelister og økt aktivitet ved sykehusene, vil det likevel kunne hevdes å være bekymringsfullt at dagbehandlingsaktiviteten i Helse-region Øst var negativ dersom vi ser bort fra opphold for rehabilitering, dialysebehandling og kjemoterapi.

Pasientenes alderssammensetning ble også noe endret fra 1996 til 2001. Antallet opphold for pasienter i aldersgruppen 67 til 79 år ble redusert fra 1996 til 2001, mens antallet opphold for pasienter i aldersgruppen over 80 år økte relativt kraftig. I Helseregion Midt-Norge ble antallet døgnopphold for pasienter over 80 år økt med mer enn 50 prosent fra 1996 til 2001, mens økningen i Helseregion Øst var "bare" 21.5 prosent. Antallet døgnopphold for pasienter i aldersgruppen 50 til 66 år økte også relativt sterkt. Denne utviklingen er i hovedsak i tråd med befolkningsutviklingen, men veksten i opphold for eldre pasienter var likevel særskilt høy i helseregion Midt-Norge.

Tabell 2.2 viser den prosentvise økningen i antall sykehusopphold i helseregionene. I et normativt perspektiv kan det imidlertid stilles spørsmål om den prosentvise økningen i antall opphold ønskes like sterk i alle helseregionene. I 1999 var ratene for samlet antall opphold²³ 14,5 prosent høyere i Helseregion Nord enn i Helseregion Øst. I 2001 var variasjonen mellom disse to regionene økt til 17 prosent. Den prosentvise økningen i antall døgnopphold fra 1999 til 2001 var størst i den helseregionen der ratene for døgnopphold var høyest i 1999, og lavest i de to regionene der ratene for døgnopphold var lavest i 1999.

2.4.1 Aktivitetsutviklingen ved sykehusene i Helseregion Øst

I Helseregion Øst økte aktiviteten betydelig i siste femårsperiode, men veksten i antall døgnopphold fra 1999 til 2001 var mest beskjeden i denne helseregionen, og to av sykehusene i regionen hadde en faktisk nedgang i antall døgnopphold fra 1999 til 2001. Aktivitetsøkningen i Helseregion Øst var imidlertid langt sterkere fra 1996 til 1999 enn i perioden 1999 til 2001, og fra 1996 til 1999 økte omfanget av døgnopphold med 9,2 prosent. Dette var i hovedsak opphold for øyeblikkelig hjelp, og antallet elektive døgnopphold ble redusert med 5 prosent. Fra 1999 til 2001 var veksten i døgnopphold relativt beskjeden i denne

²¹ Med andre elektive opphold menes i hovedsak elektive opphold definert i medisinske DRG. Elektive opphold som ikke er klassifisert i en DRG er imidlertid også inkludert.

²² Nedgangen i elektive døgnopphold totalt er knyttet til en nedgang i elektive opphold definert i med. DRG. Fra 1996 til 2001 ble elektive døgnopphold definert i med. DRG redusert i 10 prosent i Helseregion Nord.

²³ Eksklusive opphold for dialyse, rehabilitering, kjemoterapi og fødsler.

helseregionen (2,4 prosent), men omfanget av *elektive* døgnopphold økte med 8,8 prosent og medførte dermed en økning i elektive opphold totalt fra 1996 til 2001.

Tabell 2.3 Aktivitetsutviklingen ved sykehus i Helseregion Øst. prosentvis endring i døgnopphold, elektive døgnopphold og dagbehandling fra 1996 til 1999 og fra 1999 til 2001.

	Heldøgnsopphold eksklusive fødsler		Elektive heldøgnsopphold eksklusive fødsler		Dagbehandl. totalt	Dagbeh. eks. dialyse, rehab. kjemo.
	Pst. endr. 1996-99	Pst. endr. 1999-2001	Pst. endr. 1996-99	Pst. endr. 1999-2001	Pst. endr. 1999-2001	Pst. endr. 1999-2001
Oppland SSH Gjøvik	6.3	6.4	-10.1	12.9	-2.1	-6.2
Oppland SSH Lillehammer	3.3	2.6	-8.5	0.5	21.7	-5.3
Tynset sjukehus	-5.6	18.1	-10.2	19.1	23.3	5.3
Kongsvinger sjukehus	1.1	24.0	-5.8	2.9	18.6	4.5
Ssh i Hedmark	2.6	1.2	0.9	11.2	42.3	26.4
Sunnaas sykehus	0.5	1.2	0.4	1.3	-	-
Stensby sykehus	11.1	2.3	-19.2	13.2	12.2	0.6
Martina Hansens hosp	11.9	19.3	12.0	20.5	-2.8	-2.9
Bærum sykehus	11.4	7.4	7.4	22.7	47.4	45.1
Ssh i Akershus	10.1	10.2	-11.5	37.2	33.7	8.5
Sykehuset Østfold	10.4	1.4	-6.7	0.1	19.8	12.9
Lilleham. san for revm. sh.	22.6	20.2	24.1	19.0	-	-
Ullevål sykehus	22.8	-12.1	-4.3	0.3	2.2	9.6
Aker sykehus	-6.5	-1.5	-26.9	-7.8	-26.7	-46.4
Diakonhjemmets sykehus	6.5	10.3	-17.1	13.6	68.7	75.5
Ski sykehus	13.3	16.6	18.8	-1.6	-0.9	27.2
Lovisenberg diak. sh.	18.6	26.4	38.7	49.0	-9.3	-15.3
Totalt prosent endring	9.2	2.4	-5.0	8.8	9.9	-0.3
Endring i antall opphold (N=)	16 270	4 585	-2 762	4 584	8 785	-150

To av sykehusene i Helseregion Øst reduserte antallet døgnopphold fra 1996 til 2001. Dette var Tynset sykehus og Aker sykehus. Tynset sykehus økte imidlertid antallet opphold fra 1999 til 2001, og hadde for perioden som helhet en økning i antall døgnopphold på 11,5 prosent. Aker sykehus reduserte imidlertid antallet døgnopphold både fra 1996 til 1999 og fra 1999 til 2001, og var det eneste sykehuset i regionen som reduserte antallet døgnopphold i siste femårsperiode totalt. Reduksjonen i døgnopphold fra 1996 til 2001 var på 7,9 prosent og 1328 opphold. Antallet elektive døgnopphold ble imidlertid redusert enda sterkere (-1453 opphold), men det var i hovedsak elektive opphold definert i medisinske DRG som ble redusert. I tillegg ble antallet dagbehandlinger²⁴ ved dette sykehuset redusert med vel 4500 opphold fra 1999 til 2001.

²⁴ Eksklusive opphold for kjemoterapi, rehabilitering og dialyse.

Fra 1999 til 2001 ble også aktiviteten ved Ullevål sykehus redusert (minus 4745 døgnopphold). Ullevål sykehus hadde imidlertid en relativ sterk økning i antall døgnopphold i perioden fra 1996 til 1999, og økte dermed omfanget av døgnopphold for perioden som helhet (+7.9 prosent). Antallet elektive opphold for kirurgisk behandling ble redusert ved Ullevål sykehus fra 1996 til 1999, men økte med nesten like mange opphold fra 1999 til 2001. Ved dette sykehuset økte også antallet dagbehandlinger²⁵ med vel 1000 opphold fra 1999 til 2001.

For perioden som helhet var den prosentvise økningen i døgnopphold størst ved Lovisenberg sykehus (+ 49 prosent og 2254 døgnopphold, derav nesten 1600 elektive opphold), mens antallet døgnopphold økte mest ved SSH i Akershus (+4500 døgnopphold) og ved SSH i Østfold (+3636 opphold)²⁶. Ved Lovisenberg sykehus ble imidlertid antallet dagbehandlinger²⁷ redusert fra 1999 til 2001. Antallet dagbehandlinger økte mest ved SSH i Hedmark (+1428 opphold eksklusive opphold for rehabilitering, dialyse og kjemoterapi), men den prosentvise økningen i dagbehandling var størst ved Diakonhjemmets sykehus.

2.4.2 Aktivitetsutviklingen ved sykehusene i Helseregion Sør

Helseregion Sør hadde generelt sett en relativt sterk økning i både døgnopphold og dagbehandlinger fra både 1996 til 1999 og fra 1999 til 2001. Omfanget av elektive døgnopphold ble imidlertid redusert ved flere av sykehusene i regionen i perioden fra 1996 til 1999, men økte igjen fra 1999 til 2001. Nedgangen i elektive opphold gjaldt i hovedsak elektive døgnopphold definert i medisinske DRG, men Radiumhospitalet, Mandal sykehus og Betanien hospital hadde også en svak nedgang i elektive opphold for kirurgisk behandling.

Kysthospitalet ved Stavern hadde den største prosentvise økningen i antall døgnopphold for perioden som helhet, (+ 73.8 prosent). Denne økningen tilsvarte 500 opphold. Vest-Agder SSH hadde imidlertid den største økningen i antall opphold (+3048 døgnopphold totalt), men Telemark SSH, Buskerud SSH, og Vestfold SSH økte også antallet døgnopphold med mer enn 2000 opphold fra 1996 til 2001. Ved Vestfold SSH var det imidlertid en liten nedgang i antall døgnopphold fra 1999 til 2001, men dette kan trolig knyttes til endringen i registreringen av opphold.²⁸ Vestfold SSH økte i tillegg antallet dagbehandlinger med 50 prosent. Dette tilsvarer omtrent 2400 dagbehandlinger dersom opphold for dialyse, kjemoterapi og rehabilitering holdes utenfor. I motsetning til de andre sentralsykehusene i regionen var veksten ved Aust-Agder SSH relativt moderat. Ved dette sykehuset ble omfanget av elektive døgnopphold redusert fra 1996 til 1999. Antallet dagbehandlinger²⁹ ble også redusert ved Aust-Agder SSH fra 1999 til 2001, men økte med henholdsvis 16 og 28 prosent ved Buskerud og Telemark SSH. Den største økningen i dagbehandling (telt i antall opphold) hadde imidlertid Rikshospitalet (+3866 dagbehandlinger fra 1999 til 2001) som kom i normal drift igjen i 2001 etter flyttingen. Totalt for perioden 1996 til 2001, hadde Rikshospitalet også en økning i døgnopphold på nesten 1000 opphold. Økningen i antall opphold ved Det norske Radiumhospitalet var noe større (+1142 døgnopphold), og selv om dette sykehuset hadde en liten nedgang i dagbehandling (-17 prosent), tilsvarte dette bare 40 behandlinger. Fra 1999 til 2001 var også antallet elektive døgnopphold definert i medisinske DRG omtrent uendret ved dette sykehuset.

I Helseregion Sør ble dagbehandlingsaktiviteten økt med mer enn 8000 dagbehandlinger fra 1999 til 2001 selv om vi ser bort fra opphold for dialysebehandling, kjemoterapi og rehabili-

²⁵ Eksklusive opphold for kjemoterapi, rehabilitering og dialyse.

²⁶ Denne økningen kommer til tross for endringer i registreringsgrunnlaget av døgnopphold ved Østfold SSH og har derfor trolig vært enda større.

²⁷ Eksklusive opphold for kjemoterapi, rehabilitering og dialyse.

²⁸ Opphold ved Sandefjord sykehus, Larvik sykehus og Vestfold SSH/Horten sykehus ble inntil 2001 registrert som opphold ved 3 ulike sykehus. I 2001 fikk imidlertid pasienter som ble overført mellom disse sykehusene registrert bare ett sykehusopphold i stedet for 2 opphold.

²⁹ Eksklusive opphold for kjemoterapi, rehabilitering og dialyse.

tering. Rikshospitalet og Vestfold sentralsykehus stod for 74 prosent av denne økningen (6200 dagbehandlinger).

Tabell 2.4 Aktivitetsutviklingen ved sykehus i Helseregion Sør. Prosentvis endring i døgnopphold, elektive døgnopphold og dagbehandling fra 1996 til 1999 og fra 1999 til 2001.

	Heldøgnsopphold eksklusive fødsler		Elektive heldøgnsopphold eksklusive fødsler		Dagbehandl. totalt	Dagbeh. eks. dialyse, rehab. kjemo.
	Pst. endr. 1996-99	Pst. endr. 1999-2001	Pst. endr. 1996-99	Pst. endr. 1999-2001	Pst. endr. 1999-2001	Pst. endr. 1999-2001
Ringerike sykehus	10.6	8.2	14.4	4.7	26.0	5.9
Buskerud sentralsykehus	9.4	4.1	-3.5	16.2	-3.6	16.0
Kongsberg sykehus	6.0	17.4	-9.8	37.1	66.8	26.4
Det norske Radiumhospitalet	10.2	-0.8	11.1	-0.6	-2.8	-17.1
Rikshospitalet	1.7	2.1	1.8	1.6	21.5	32.1
Vestfold sentralsykehus	12.1	-1.8	1.3	-20.2	46.7	50.2
Betanien hospital	16.6	18.4	17.4	19.8	-3.2	-3.7
Notodden sykehus	20.3	1.6	-19.5	5.6	40.3	3.6
Rjukan sykehus	21.9	5.3	21.7	3.4	-19.9	-19.4
Kragerø komb. helseinst	8.8	1.3	-1.3	0.1	117.0	53.1
Telemark sentralsjukehus	10.5	6.2	-6.5	12.4	25.6	27.7
Aust-Agder sentralsjukehus	7.3	2.4	-7.3	3.5	21.5	-2.9
Kongsgård sykehus	4.0	7.4	4.2	7.4	-22.8	-
Mandal sykehus	-4.7	-31.0	-8.0	-27.7	12.2	8.0
Lister sykehus	14.0	13.8	7.7	17.7	-2.3	5.0
Vest-Agder sentralsykehus	7.3	10.4	-5.2	8.0	20.4	3.1
Kysthospitalet ved Stavern	37.0	26.9	34.9	28.7	66.3	
Totalt prosent endring	8.7	4.0	2.1	2.8	21.2	21.2
Endring i antall opphold (N=)	12 451	6 272	1 380	1 863	15 448	8 077

2.4.3 Aktivitetsutviklingen ved sykehusene i Helseregion Vest

Generelt sett var veksten i døgnopphold i Helseregion Vest langt sterkere fra 1996 til 1999 enn fra 1999 til 2001, og denne helseregionen hadde som tidligere nevnt den svakeste veksten i døgnopphold fra 1999 til 2001. Fra 1999 til 2001 økte imidlertid omfanget av dagbehandlinger relativt sterkt.

Den lave veksten i døgnopphold fra 1999 til 2001 kan knyttes til en varierende aktivitetsutvikling ved sykehusene i Helseregion vest fra 1999 til 2001. Fylkessykehuset på Voss økte døgnaktiviteten og antallet dagbehandlinger med henholdsvis 41 og 240 prosent (1297 og 1118 opphold) i denne perioden³⁰, mens Diakonissehjemmet Haraldsplass og Fylkessjuke-

³⁰ Denne økningen ble i hovedsak foretatt fra år 2000 til 2001.

huset på Odda reduserte døgnaktiviteten med henholdsvis 8.2 og 9.5 prosent. Fylkessjukehuset på Stord, Haukeland sykehus og Kysthospitalet i Hagevik reduserte også døgnaktiviteten noe i denne perioden. Disse fem sykehusene reduserte antallet døgnopphold med til sammen 1780 opphold fra 1999 til 2001. I et femårsperspektiv (1996-2001) var det imidlertid bare Fylkessjukehuset på Odda som har redusert døgnaktiviteten (-18.5 prosent). Alle sykehusene i Sogn og Fjordane økte imidlertid døgnaktiviteten også fra 1999 til 2001. Den prosentvise veksten for perioden som helhet var størst ved Fylkessjukehuset på Nordfjordeid (16.5 prosent), mens Fylkessjukehuset i Lærdal hadde størst prosentvis vekst fra 1999 til 2001.

Tabell 2.5 Aktivitetsutviklingen ved sykehus i Helseregion Vest. Prosentvis endring i døgnopphold, elektive døgnopphold og dagbehandling fra 1996 til 1999 og fra 1999 til 2001.

	Heldøgnsopphold eksklusive fødsler		Elektive heldøgnsopphold eksklusive fødsler		Dagbehandl. totalt	Dagbeh. eks. dialyse, rehab. kjemo.
	Pst. endr. 1996-99	Pst. endr. 1999-2001	Pst. endr. 1996-99	Pst. endr. 1999-2001	Pst. endr. 1999-2001	Pst. endr. 1999-2001
Fylkessh. i Haugesund	1.7	7.5	-6.8	4.4	13.2	0.9
SSH i Rogaland	10.5	1.8	8.0	-1.6	23.6	10.0
Kysthospitalet i Hagevik	-0.9	-1.3	-9.4	-1.6	61.4	60.5
Fylkessjukehuset på Voss	8.0	41.1	-22.3	218.7	269.9	240.9
Fylkessjukehuset på Stord	4.9	-3.0	-14.3	-6.3	29.2	59.7
Fylkessjukehuset i Odda	-9.9	-9.5	-14.6	-13.6	74.2	61.7
Diakonissehj. Haraldsplass	17.1	-8.2	2.3	-1.0	95.5	98.3
Haukeland sykehus	13.7	-1.6	19.8	-0.8	27.6	32.5
Fylkessjukeh. Nordfjordeid	10.5	5.4	-34.7	2.7	25.1	8.6
Fylkessjukehuset i Lærdal	-6.3	19.1	-45.9	92.7	10.7	4.3
SSH i Sogn og Fjordane	2.7	4.6	-6.1	6.3	21.7	15.9
Totalt prosent endring	9.2	1.7	4.9	4.7	29.7	27.2
Endring i antall opphold (N=)	10 454	2 087	1 717	1 739	12 631	6 984

Fra 1996 til 2001 økte sykehusene i Helseregion Vest antallet elektive døgnopphold for kirurgisk behandling med 2500 opphold. Alle sykehusene (med unntak av Fylkessjukehuset på Odda³¹) bidro til denne økningen, men SSH i Rogaland og Haukeland stod for til sammen 44 prosent av økningen. Ved begge disse sykehusene ble hele denne økningen i elektiv kirurgi foretatt i perioden fra 1996 til 1999. Fra 1999 til 2001 økte antallet døgnopphold for elektiv kirurgisk behandling mest ved Lærdal sykehus (+322 opphold). I Helseregion Vest var nivået av "andre elektive opphold" (elektive opphold som ikke er definert i en kirurgisk DRG) totalt sett svært stabilt. Fylkessjukehuset på Voss økte imidlertid denne typen opphold med mer enn 1000 døgnopphold. Haukeland økte også omfanget av elektive opphold definert i ikke-kirurgiske DRG med nesten 16 prosent og 1223 opphold. De fleste andre sykehus i regionen reduserte imidlertid denne typen opphold.

³¹ Fylkessjukehuset på Odda hadde en nedgang på 79 elektive døgnopphold definert i kir. DRG fra 1996 til 2001.

Selv om antallet elektive døgnopphold for kirurgisk behandling ikke økte ved SSH i Rogaland og Haukeland sykehus fra 1999 til 2001, økte disse sykehusene antallet dagbehandlinger³² i denne perioden (+758 opphold ved SSH i Rogaland og +2886 dagbehandlinger ved Haukeland sykehus). Antallet dagbehandlinger³³ økte også sterkt ved Fylkessjukehuset på Voss (+1118 dagbehandlinger), Diakonissehjemmet Haraldsplass (+847 dagbehandlinger) og ved Fylkessjukehuset på Stord (+587 dagbehandlinger). Helseregion Vest hadde generelt sett den største økningen i dagbehandlingsaktiviteten og økte antallet dagbehandlinger, totalt sett med 7248 opphold.

2.4.4 Aktivitetsutviklingen ved sykehusene i Helseregion Midt-Norge

Vi har tidligere påpekt at Helseregion Midt-Norge hadde den sterkeste økningen i døgnopphold i perioden som helhet (1996 til 2001). Denne veksten kan i noen grad knyttes til veksten i døgnaktiviteten ved SSH i Møre og Romsdal. Fra 1996 til 2001 økte dette sykehuset antallet døgnopphold med 26 prosent (mer enn 3000 opphold). Regionsykehuset i Trondheim (RiT) økte også antallet døgnopphold (3642 opphold) i denne perioden, men den prosentvise veksten ved dette sykehuset var "bare" 10.9. Ved alle sykehusene i regionen var imidlertid veksten i døgnopphold sterkere fra 1996 til 1999 enn fra 1999 til 2001. I sistnevnte periode var det også en svak nedgang i antall døgnopphold ved Fylkessjukehuset i Molde og ved Namdal sykehus³⁴. Fra 1999 til 2001 økte antallet døgnopphold ved RiT og Fylkessjukehuset i Kristiansund med omtrent 3 prosent, mens Fylkessjukehuset i Volda, SSH i Møre og Romsdal, og Orkdal sanitetsforenings sykehus økte døgnaktiviteten med omtrent 7 prosent.

Tabell 2.6 Aktivitetsutviklingen ved sykehus i Helseregion Midt-Norge. Prosentvis endring i døgnopphold, elektive døgnopphold og dagbehandling fra 1996 til 1999 og fra 1999 til 2001.

	Heldøgnsopphold eksklusive fødsler		Elektive heldøgnsopphold eksklusive fødsler		Dagbehandl. totalt	Dagbeh. eks. dialyse, rehab. kjemo.
	Pst. endr. 1996-99	Pst. endr. 1999-2001	Pst. endr. 1996-99	Pst. endr. 1999-2001	Pst. endr. 1999-2001	Pst. endr. 1999-2001
Fylkessjukehuset i Molde	14.2	-0.1	6.6	0.4	15.6	0.4
Fylkessjukehuset i Volda	4.2	6.5	-10.2	6.7	26.2	-15.0
Ssh i Møre og Romsdal	20.1	7.0	8.0	15.4	27.1	9.5
Fylkessh. i Kristiansund	19.1	2.8	8.1	-4.6	2.7	-11.4
Orkdal san for sykehus	15.4	7.6	-7.0	-17.0	52.5	34.8
Regionsh i Trondheim	7.1	3.6	8.9	7.5	27.4	23.7
Namdal sykehus	6.1	-2.5	-3.9	-2.7	-1.7	-5.3
Innherred sykehus	1.8	4.0	-17.2	-1.2	42.8	-1.3
Totalt prosent endring	9.9	3.7	3.8	5.1	23.0	9.2
Endring i antall opphold (N=)	8 178	3 365	1 041	1 465	8 670	1 837

³² Eksklusive opphold for kjemoterapi, rehabilitering og dialyse.

³³ Eksklusive opphold for kjemoterapi, rehabilitering og dialyse.

³⁴ Ved Fylkessjukehuset i Molde ble antallet døgnopphold redusert med 6 opphold fra 1999 til 2001, og Namdal sykehus hadde 157 færre døgnopphold i 2001 enn i 1999.

Den relativt sterke veksten i døgnopphold i Helseregion Midt-Norge fra 1996 til 1999 gjaldt i stor grad opphold for øyeblikkelig hjelp. Mens antallet døgnopphold økte med totalt sett 8000 opphold fra 1996 til 1999, økte antallet elektive døgnopphold med bare 1000. Fra 1999 til 2001 økte imidlertid antallet døgnopphold totalt med 3365 opphold hvorav omtrent 1500 var elektive og 40 prosent av disse var definert i kirurgiske DRG.

Vi har tidligere nevnt at det kan være grunn til å stille spørsmål om nivået av elektiv kirurgi har vært for lavt i Sør-Trøndelag. Regionsykehuset i Trondheim økte elektive opphold for kirurgisk behandling med 1 opphold fra 1996 til 1999, og 238 opphold fra 1999 til 2001. Veksten i elektiv kirurgi ved dette sykehuset for perioden som helhet var bare 3.5 prosent, og dermed langt lavere enn den prosentvise veksten i døgnopphold totalt sett (10,9 prosent). Ved både SSH i Møre og Romsdal og Kristiansund Fylkessjukehus var den faktiske veksten i elektive døgnopphold for kirurgisk behandling høyere enn ved RiT (henholdsvis 695 og 238 opphold). Regionsykehuset i Trondheim økte imidlertid antallet elektive opphold definert i medisinske DRG med nesten 33 prosent og mer enn 2000 opphold, mens de fleste andre sykehus i regionen reduserte elektive opphold definert i medisinske DRG fra 1999 til 2001.

I Helseregion Midt-Norge var den relative økningen i antall dagbehandlinger (eksklusive opphold for dialyse, rehabilitering og kjemoterapi) moderat. RiT hadde imidlertid en økning i antall dagbehandlinger på nesten 24 prosent (1632 opphold), mens fylkessykehusene i Volda og Kristiansund, samt sykehusene i Nord-Trøndelag hadde en svak nedgang i antall dagbehandlinger i denne perioden (til sammen 429 opphold). Ved SSH Møre og Romsdal var økningen i dagbehandlingsaktiviteten relativt moderat (+ 9,5 prosent). Størst prosentvis økning i dagbehandlinger finner vi ved Orkdal sanitetsforenings revmatismesykehus, men økningen på 35 prosent ved dette sykehuset tilsvarer bare 281 dagbehandlinger.

2.4.5 Aktivitetsutviklingen ved sykehusene i Helseregion Nord

I Helseregion Nord ble befolkningstallet noe redusert fra 1999 til 2001. Til tross for dette hadde denne helseregionen den største aktivitetsveksten i denne perioden. I denne perioden hadde Narvik sykehus, Harstad sykehus og Kirkenes sykehus et stabilt antall døgnopphold, RiTø, Nordland SSH og Hammerfest sykehus økte antallet døgnopphold med 2-3 prosent, mens Sandnessjøen og Vefsn sykehus økte døgnaktiviteten med 21 og 22 prosent. Ved Rana sykehus var veksten i døgnaktiviteten nesten 10 prosent fra 1999 til 2001, mens Stokmarknes og Lofoten sykehus hadde en vekst på omtrent 7-8 prosent. I tillegg økte antallet dagbehandlinger³⁵ ved Vefsn sykehus og Kirkenes sykehus med henholdsvis 165 og 35 prosent. Ved Vefsn sykehus var aktivitetsøkningen sterkest fra år 2000 til 2001, og skyldes åpningen av en ny øyepoliklinikk.

Helseregion Nord var den eneste helseregionen som hadde omtrent like sterk vekst i døgnoppholdene fra både 1996 til 1999 og fra 1999 til 2001. Dette skyldes at veksten fra 1996 til 1999 i døgnopphold var svakest ved sykehusene i Helseregion Nord. Antallet døgnopphold økte likevel med nesten 3700 opphold i denne perioden. Denne økningen gjaldt i hovedsak døgnopphold for øyeblikkelig hjelp. Fra 1996 til 1999 økte denne typen opphold mer enn den totale veksten i døgnopphold, og de elektive døgnoppholdene ble redusert med mer enn 2000 opphold fra 1996 til 1999. Nedgangen gjaldt imidlertid bare for elektive døgnopphold definert i medisinske DRG, mens elektive døgnopphold definert i kirurgiske DRG økte med omtrent 1000 opphold. Fra 1999 til 2001 økte imidlertid også antallet elektive døgnopphold definert i medisinske DRG. Den prosentvise økningen i denne typen opphold var klart størst for Sandnessjøen sykehus, som økte antallet elektive døgnopphold definert i medisinske DRG med 300 prosent fra 1999 til 2001.

Totalt for perioden som helhet, ble elektive døgnopphold totalt redusert med omtrent 550 opphold og elektive døgnopphold definert i medisinske DRG redusert med omtrent 1500

³⁵ Eksklusive opphold for rehabilitering, dialyse, kjemoterapi.

opphold, mens antallet elektive døgnopphold for kirurgisk behandling økte med omtrent 1700 opphold.

Tabell 2.7 Aktivitetsutviklingen ved sykehus i Helseregion Nord. Prosentvis endring i døgnopphold, elektive døgnopphold og dagbehandling fra 1996 til 1999 og fra 1999 til 2001.

	Heldøgnsopphold eksklusive fødsler		Elektive heldøgnsopphold eksklusive fødsler		Dagbehandl. totalt	Dagbeh. eks. dialyse, rehab. kjemo.
	Pst. endr. 1996-99	Pst. endr. 1999-2001	Pst. endr. 1996-99	Pst. endr. 1999-2001	Pst. endr. 1999-2001	Pst. endr. 1999-2001
Rana sykehus	10.2	9.5	-19.7	11.6	4.4	20.0
Vefsn sykehus	7.6	22.4	-60.5	72.6	108.4	165.4
Narvik sykehus	12.3	-0.6	-17.3	41.4	-9.8	10.8
Nordland sentralsykehus	2.6	2.1	-1.7	2.8	11.4	16.5
Stokmarknes sykehus	7.3	7.7	-10.9	8.7	24.5	7.9
Lofoten sykehus	-3.3	6.9	-32.8	47.3	10.8	-0.6
Sandnessjøen sykehus	-2.0	21.0	-66.1	185.2	25.5	-0.9
Harstad sykehus	17.7	-0.7	-4.5	-15.1	50.3	29.1
Regionsykehuset i Tromsø	0.5	2.7	-5.8	5.2	22.9	7.4
Kirkenes sykehus	21.9	0.7	36.5	-15.0	27.8	35.2
Hammerfest sykehus	9.1	1.8	-2.3	7.3	11.5	-7.7
Totalt prosent endring	5.5	4.1	-8.0	6.5	21.1	14.3
Endring i antall opphold (N=)	3 686	2 920	-2 194	1 647	5 933	2 592

I Helseregion Nord økte også dagbehandlingsaktiviteten. Økningen i antall dagbehandlinger³⁶ var størst ved Nordland SSH (+711 opphold), men var nesten like høy ved RiTØ (+600 opphold). Størst vekst relativt sett, var det ved Vefsn sykehus, som økte antallet dagbehandlinger³⁷ med 165 prosent (+559 opphold).

2.5 Utviklingen i antall pasienter og andel reinnleggelser

Beskrivelsene av aktivitetsutviklingen viser at antallet opphold har økt. I en analyse av aktiviteten ved Regionsykehuset i Trondheim i perioden fra 1996 til år 2000 finner imidlertid Bratlid (2002) at pasienttilgangen (nye registrerte omsorgsperioder) ble redusert med 44 prosent for innlagte pasienter og 11,4 prosent for polikliniske konsultasjoner. Han hevder at sykehuset har hatt en nedgang i nyhenviste pasienter ved poliklinikkene, mens antall kontrollpasienter økte med 27 prosent. Bratlid hevder at undersøkelsen kan tyde på at hyppigere kontroller av pasienter som allerede er innenfor systemet prioriteres fremfor inntak av nyhenviste pasienter, og at pasienttilgangen (etterspørselen) kan gi begrensinger m.h.t. hvilken aktivitetsøkning som er mulig.

Heggstad og Lilleeng (1995), samt Heggstad (1996 og 1997) har analysert omfanget av reinnleggelser ved døgnopphold i 1994, 1995 og 1996. Heggstad (1997) påpeker at sann-

³⁶ Eksklusive opphold for dialysebehandling, kjemoterapi og rehabilitering.

³⁷ Eksklusive opphold for dialysebehandling, kjemoterapi og rehabilitering.

synligheten for å bli reinnlagt som øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter et sykehusopphold økte fra 1991 til 1996. Heggstad's analyser viser også at sannsynligheten for reinnleggelse er høyere ved lokalsykehus enn regionsykehus, og at den øker med pasientenes alder. Hun påpeker at sannsynligheten for å bli reinnlagt også økte for de eldste pasientene i perioden fra 1991 til 1996. Heggstad (2002) viser også at det opprinnelige oppholdets lengde (antall liggedager) har betydning for sannsynligheten for reinnleggelse.

Bratlid, Heggstad og Lilleengs analyser viser at beskrivelser av aktivitetsutviklingen bør knyttes til analyser av omfanget av reinnleggelser. Dersom den økte aktiviteten i perioden fra 1996 til 2001 kan knyttes til en økning i omfanget av reinnleggelser, vil det kunne hevdes at det vil være en sentral utfordring for de regionale helseforetakene å snu denne utviklingen dersom målsettingen om økt aktivitet skal ivaretas. Vi har derfor inkludert en beskrivelse av utviklingen i *antall døgnpasienter* fra 1996 til 2001, for å vise aktivitetsutviklingen uavhengig av reinnleggelser. Vi finner imidlertid også grunn til å analysere omfanget av reinnleggelser i denne perioden.

En reinnleggelse kan imidlertid tolkes på ulikt vis. I henhold til Heggstad (upublisert) kan en reinnleggelse (i) være en indikator på et uheldig behandlingsforløp etter en bestemt prosedyre eller inngrep, (ii) indikere graden av segmentering av behandlingsforløpene eller (iii) gi en indikasjon på graden av differensiering og spesialisering av første og andre-linjetjenesten og graden av samarbeid mellom disse når det gjelder eldre pasienter. Det har også vært påpekt at finansieringssystemet (ISF) "oppfordrer" til flere reinnleggelser fordi pasienter som skrives inn på nytt gir dobbel betaling, og at enkelte sykehus har økt omfanget av "fredags-utskrivinger" og "mandags-reinnleggelser".

Omfanget av reinnleggelser kan også analyseres på ulikt vis. Analyser av *gjennomsnittlig antall opphold per pasient* gir et generelt bilde av omfanget av reinnleggelser og fleropphold og kan også indikere graden av segmentering i et behandlingsforløp. Små lokalsykehus vil ofte ha et høyere antall opphold per pasient enn større sentralsykehus og regionsykehus fordi lokalsykehusene må overføre pasienter til sykehus på høyere hierarkisk nivå, og får deretter pasientene sendt tilbake. Vi starter derfor med en beskrivelse av utviklingen i gjennomsnittlig antall opphold per pasient.

Beskrivelser av utviklingen i gjennomsnittlig antall opphold per pasient gir imidlertid ingen informasjon om behandlingene er planlagt eller er resultat av et uheldig behandlingsforløp. I analysene i dette kapitlet har vi derfor også skilt mellom (i) pasienter med bare ett døgnopphold i kalenderåret, (ii) pasienter som er reinnlagt som øyeblikkelig hjelp innen 30 dager eller 60 dager etter utskriving, og (iii) andre fleropphold³⁸. Dersom en pasient er reinnlagt som øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskriving vil det være en viss sannsynlighet for at pasienten har hatt et uheldig behandlingsforløp. Det vil imidlertid alltid være en fare for at pasientene har hatt en "fredags-utskriving" eller har vært utsatt for en ulykke innen 30 dager. I våre analyser har vi heller ikke kontrollert for om pasientene er innlagt med samme diagnose ved begge/alle opphold. Vi vil derfor påpeke at tolkningen av reinnleggelser som uheldig behandlingsforløp bør gjøres med forsiktighet.

2.5.1 Utviklingen i antall pasienter og gjennomsnittlig antall opphold per pasient

Tabell 2.8 gir en beskrivelse av utviklingen i antall behandlede døgnpasienter³⁹ ved sykehusene i de fem helseregionene, og viser at økningen i antall døgnpasienter har vært lavere enn økningen i antallet opphold. Totalt sett økte antallet døgnopphold fra 1996 til 2001 med 12 prosent (se Tabell 2.1), mens antallet pasienter økte med "bare" 9,3 prosent. Fra 1999 til 2001 økte antallet døgnopphold med 3 prosent, mens antallet døgnpasienter økte med 2,2 prosent.

³⁸ Som tidligere nevnt skilles det i dette kapitlet mellom reinnleggelser (reinnleggelse som øyeblikkelig hjelp innen 30 dager) og fleropphold (pasienter med mer enn ett opphold innen kalenderåret. Oppholdene kan være elektive eller opphold for øyeblikkelig hjelp).

³⁹ Antall pasienter eksklusive fødende (DRG 370-375, 382).

Størst variasjon mellom økningen i antall pasienter og antall opphold finner vi i Helseregion Midt-Norge hvor døgnoppholdene økte med 13,9 prosent fra 1996 til 2001, mens antallet pasienter økte med bare 10,9 prosent. Minst forskjell mellom økningen i antall opphold og antall pasienter for perioden som helhet var det i Helseregion Nord, hvor antallet opphold økte med 9,8 prosent og antallet pasienter økte med 8 prosent. Fra 1999 til 2001 var imidlertid økningen i antall pasienter (1,5 prosent) i Helseregion Vest nesten like høy som økningen i antall opphold (1,7 prosent).

Tabell 2.8 Antall døgnpasienter ved sykehusene i helseregionene og antall opphold per pasient etter pasientenes alder. Data fra 1996, 1999 og 2001.

	Årstall	Region Øst	Region Sør	Region Vest	Region Midt-N.	Region Nord	Totalt sh-region
Antall heldøgns pasienter (ekskl. fødende)	1996	133 169	102 579	83 962	60 988	48 536	429 234
	1999	143 181	109 496	89 815	65 820	50 808	459 120
	2001	144 927	113 190	91 123	67 606	52 409	469 255
	Pst endr. 1996-2001	8.8	10.3	8.5	10.9	8.0	9.3
	Pst endr. 1999-2001	1.2	3.4	1.5	2.7	3.2	2.2
Gj.snitt antall opphold pr. pas.*	1996	1.33	1.40	1.36	1.36	1.39	1.36
	1999	1.35	1.42	1.39	1.38	1.40	1.38
	2001	1.37	1.43	1.39	1.39	1.42	1.40
Gj.snitt ant. opph. pr. pas.* 0-15 år	1996	1.19	1.30	1.25	1.23	1.20	1.24
	2001	1.20	1.31	1.25	1.24	1.23	1.25
Gj.snitt ant. opph. pr. pas.* 16-49 år	1996	1.23	1.33	1.26	1.26	1.29	1.27
	2001	1.24	1.32	1.27	1.26	1.29	1.27
Gj.snitt ant. opph. pr. pas.* 50-66 år	1996	1.36	1.49	1.42	1.41	1.48	1.42
	2001	1.40	1.51	1.44	1.43	1.46	1.45
Gj.snitt ant. opph. pr. pas.* 67-79 år	1996	1.46	1.49	1.48	1.50	1.54	1.48
	2001	1.51	1.55	1.55	1.54	1.57	1.54
Gj.snitt ant. opph. pr. pas.* 80 år +	1996	1.41	1.39	1.43	1.42	1.51	1.42
	2001	1.49	1.49	1.52	1.53	1.56	1.51

* Heldøgnsopphold eksklusive opphold for fødsler

Variasjonen i aktivitetsutviklingen for opphold og pasienter innebærer at omfanget av *fleropphold* har økt fra 1996 til 2001. Tabell 2.8 bekrefter dette. I 1996 hadde hver døgnpasient i gjennomsnitt 1.36 døgnopphold, mens hver pasient i gjennomsnitt hadde 1.40 opphold i 2001. Økningen i gjennomsnittlig antall opphold per pasient fra 1996 til 2001 var omtrent like stor i alle helseregionene, men økningen var i hovedsak knyttet til pasienter over 50 år. Aller størst økning i antallet opphold per pasient finner vi for den eldste aldersgruppen (80 år og over). I Helseregion Midt-Norge økte gjennomsnittlig antall opphold per pasient i denne aldersgruppen fra 1.43 til 1.52 opphold per pasient. Dette kan knyttes til en relativt sterk økning i antall opphold per pasient over 80 år ved SSH i Møre og Romsdal og Orkdal sanitetsforenings sykehus. Ved disse sykehusene økte antallet opphold per pasient over 80 år fra 1,39 og 1,34 opphold per pasient til 1,55 og 1,50 opphold per pasient. Regionsykehuset i Trondheim hadde også et relativt høyt nivå av fleropphehold per pasient over 80 år i 2001 (1.53 opphold per pasient), men dette sykehuset hadde et høyt nivå av opphold per

eldre pasient også i 1996 (1,44 opphold per pasient) og økningen i antallet opphold per pasient var dermed lavere ved RiT enn ved de andre sykehusene i regionen.

Helseregion Øst hadde det laveste nivået av gjennomsnittlig antall opphold per pasient i både 1996, 1999 og 2001. I denne helseregionen varierte imidlertid antallet opphold per pasient relativt sterkt mellom sykehusene. I 2001 hadde Østfold sykehus høyest antall opphold per pasient (1.45), mens Ski sykehus og Lovisenberg hadde bare 1.24 og 1.27 opphold pr. pasient. Ullevål sykehus hadde et lavere nivå av fleroppford enn landsgjennomsnittet (1.34 opphold per pasient). Ved Ullevål sykehus ble også nivået av fleroppford totalt sett noe redusert fra 1996 til 2001.

I Helseregion Sør hadde Radiumhospitalet det høyeste nivået av fleroppford med 2.42 opphold per pasient. Dette kan imidlertid forklares av den typen behandling som gis ved dette sykehuset, og kan sees som naturlig. Radiumhospitalet påvirker også gjennomsnittet for denne helseregionen, og ingen av de andre sykehusene i regionen hadde et gjennomsnitt som var vesentlig høyere enn landsgjennomsnittet.⁴⁰

Haukeland sykehus hadde det høyeste nivået av pasienter med fleroppford blant sykehusene i Helseregion Vest (1.45 opphold per pasient). Ved dette sykehuset var antallet opphold per pasient over 80 år særlig høyt (1.57 opphold per pasient). Alle de andre sykehusene i denne helseregionen hadde et lavere nivå av pasienter med fleroppford enn landsgjennomsnittet, men Nordfjordeid sykehus har hatt en relativt sterk økning i pasienter med fleroppford i perioden fra 1996 til 2001.

Vi har tidligere påpekt at sykehusene i Helseregion Midt-Norge økte det gjennomsnittlige nivået av fleroppford for eldre pasienter relativt sterkt fra 1996 til 2001. Totalt sett var imidlertid nivået av gjennomsnittlig antall opphold per pasient like høyt i Midt-Norge som ved sykehusene i Helseregion Vest. Ved Regionsykehuset i Trondheim var gjennomsnittlig antall opphold per pasient like høyt som ved Haukeland sykehus. Økningen i gjennomsnittlig antall opphold per pasient var totalt sett størst ved OSS (fra 1,28 opphold per pasient til 1,35 opphold per pasient).

Nivået av pasienter med fleroppford er generelt sett høyest ved sykehusene i Helseregion Nord. Det kan imidlertid bemerkes at sykehusene i Finnmark hadde et lavere nivå av fleroppford enn landsgjennomsnittet. Ved RiTø var gjennomsnittlig antall opphold per pasient like høyt som ved Haukeland og RiT. Alle disse tre regionsykehusene hadde dermed et vesentlig høyere nivå av pasienter med fleroppford enn Ullevål sykehus i 2001. Det høyeste nivået av pasienter med fleroppford i Helseregion Nord hadde Sandnessjøen og Stokmarknes sykehus (1.46 opphold per pasient).

Variasjonen mellom regionene i antall opphold per pasient forklares i hovedsak av sykehusstrukturen i regionene. Mens Helseregion Nord har mange lokalsykehus som overfører pasienter til sykehus på høyere nivå (SSH i Nordland og Regionsykehuset i Tromsø), og deretter får mange av pasientene tilbakeført, har Helseregion Øst mange store sykehus som i mindre grad overfører pasienter til andre sykehus.

2.5.2 Utviklingen i andelen reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager

I 1996 var 73.5 prosent av døgnoppfordene knyttet til pasienter med bare ett døgnoppford. I 2001 var denne andelen sunket til 71.7 prosent. For liggedøgnene var utviklingen tilsvarende. I 1996 var 27,6 prosent av liggedøgnene knyttet til pasienter med fleroppford, mens i 2001 var tallet steget til 30 prosent av alle liggedøgn. Tabell 2.9 viser at andelen reinnleggelser har økt i perioden fra 1996 til 2001, og at denne utviklingen er felles for alle helseregionene. Tabellen viser også at det er reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp innen 30 eller 60 dager som har økt mest, mens andelen "andre fleroppford" har vært stabil.

⁴⁰ Buskerud og Aust-Agder SSH hadde det høyeste nivået av fleroppford med henholdsvis 1.40 og 1.41 opphold per pasient. i 2001

Tabell 2.9 Andel av oppholdene som er eneste pasientopphold, reinnleggelser innen 30 og 60 dager eller andre fleropphold 1996, 1999 og 2001.

		Region Øst	Region Sør	Region Vest	Region Midt-N.	Region Nord	Totalt sh- region
Andel pasienter med bare 1 opphold	1996	75.3	71.6	73.7	73.8	71.9	73.5
	1999	74.4	70.7	72.6	72.8	71.7	72.6
	2001	73.4	69.9	72.0	71.7	70.7	71.7
Andel reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp innen 30 dager	1996	8.5	7.1	8.6	7.7	7.7	8.0
	1999	9.5	7.9	9.0	8.6	8.9	8.8
	2001	10.1	8.4	9.5	9.1	9.2	9.3
Andel reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp innen 60 dager	1996	2.9	2.4	3.0	2.8	2.6	2.8
	1999	3.1	2.5	3.1	3.1	3.0	2.9
	2001	3.1	2.7	3.3	3.2	3.0	3.0
Andre fleropphold	1996	13.3	18.9	14.7	15.7	17.8	15.8
	1999	13.1	18.9	15.2	15.5	16.4	15.6
	2001	13.4	19.1	15.2	16.1	17.0	16.0
Totalt antall opphold (N=)	1996	176 979	143 366	114 021	82 751	67 570	584 687
	1999	193 249	155 817	124 475	90 929	71 256	635 726
	2001	197 834	162 089	126 562	94 294	74 176	654 955

Vi har tidligere påpekt at Helseregion Øst har det laveste nivået av antall opphold per pasient. Denne helseregionen har følgelig også den høyeste andelen pasienter med bare 1 opphold (73,4 prosent i 2001). Andelen reinnleggelser (ø-hjelp innen 30 dager) økte imidlertid mest i Helseregion Øst, og var høyest i denne regionen i 2001. Dette kan i noen grad knyttes til Sykehuset Østfold, hvor andelen reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivning økte med 3 prosentpoeng fra 1996 til 2001. Ved Aker sykehus var økningen nesten tilsvarende høy. Ved både Sykehuset Østfold, Aker sykehus, SSH i Hedmark, SSH i Akershus og Diakonhjemmets sykehus var mer enn 11 prosent av døgnoppholdene reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivning. Dersom vi ser bort fra Helseregion Nord, finner vi bare tre andre sykehus i landet⁴¹ med tilsvarende høyt nivå av denne typen reinnleggelser. Sykehusene i Helseregion Øst har imidlertid landets laveste nivå av "andre fleropphold". Dette gjør at gjennomsnittlig antall opphold per pasient blir lavest i denne helseregionen.

For Helseregion Sør har vi tidligere påpekt at Radiumhospitalets høye oppholdsrate per pasient er knyttet til type behandling ved dette sykehuset og ikke til reinnleggelser i vanlig forstand. Analysene av andel innleggelser innen 30 dager for øyeblikkelig hjelp bekrefter denne antagelsen. Ved Radiumhospitalet er bare 1 prosent av oppholdene reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp innen 30 dager, men 58 prosent av oppholdene er "andre fleropphold" (hovedsakelig elektive opphold). Radiumhospitalet påvirker gjennomsnittet for regionen sterkt, og Helseregion Sør har derfor det laveste nivået av reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp innen 30 dager. Ved alle de større sykehusene i regionen⁴² er imidlertid omtrent 10 prosent av døgnoppholdene reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp innen 30 dager. Rikshospitalet har derimot et lavt nivå av denne typen reinnleggelser (3.6 prosent i 2001).

⁴¹ Vestfold SSH, Fylkessykehuset på Stord, Orkdal sanitetsforenings sykehus.

⁴² Buskerud SSH, Vestfold SSH, Telemark SSH, Aust-Agder SSH, Vest-Agder SSH og Lister sykehus.

I helseregion Vest har fylkessykehuset på Stord det høyeste nivået av reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp innen 30 dager (11.9 prosent i 2001). Ved SSH i Rogaland, Diakonissehjemmet Haraldsplass, Fylkessykehuset i Haugesund og Fylkessjukehuset på Nordfjordeid er nivået av reinnleggelser 1-2 prosent lavere. Kysthospitalet Hagevik og Fylkessjukehuset på Voss har det laveste nivået av reinnleggelser (henholdsvis 2.2 og 7.7 prosent). Ved Haukeland sykehus var 9.1 prosent av døgnoppholdene reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp innen 30 dager, og nivået av reinnleggelser ved dette sykehuset er dermed noe høyere enn for Ullevål og RiT som begge har 8.2 prosent reinnleggelser.

I Helseregion Midt-Norge varierer andelen reinnleggelser fra 7.9 prosent (Fylkessjukehuset i Molde) til 11.4 prosent (OSS). Størst økning i andelen reinnleggelser fant sted ved Fylkessjukehuset i Volda (+ 2.8 prosent). RiT hadde som tidligere nevnt samme nivå av reinnleggelser som Ullevål, og økte andelen reinnleggelser med bare 0.7 prosent fra 1996 til 2001.

Generelt sett er nivået av reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp innen 30 dager høyest ved sykehusene i Helseregion Nord. Ved mange av sykehusene i regionen⁴³ var 13 prosent av døgnoppholdene reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp innen 30 dager. RiTø hadde imidlertid lavest nivå av reinnleggelser blant regionsykehusene i landet (6.4 prosent), og Nordland SSH hadde også et relativt lavt nivå av reinnleggelser (7.2 prosent). Ved begge disse sykehusene var økningen i andelen reinnleggelser mindre enn 1 prosentpoeng.

2.5.3 Økningen i reinnleggelser av eldre pasienter

For di tidligere analyser har vist at sannsynligheten for reinnleggelser er økende med økende alder, har vi også analysert omfanget av reinnleggelser med utgangspunkt i pasientenes alder. Tabell 2.10 viser andel fleropphold totalt (sum reinnleggelser og fleropphold) og andel reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter pasientenes alder i 1996 og 2001.

I 2001 var 21.5 prosent av oppholdene for pasientene i aldersgruppen 16 til 49 år fleropphold eller reinnleggelser, mens tilsvarende tall for pasienter over 80 år var 33.6 prosent. For den eldste aldersgruppen var også andelen fleropphold/reinnleggelser sterkt økende i perioden fra 1996 til 2001, og økte fra 29.5 prosent til 33.6 prosent.

I likhet med gjennomsnittlig antall opphold per pasient, har andelen fleropphold og reinnleggelser bare økt for pasienter over 50 år. For aldersgruppene 0-15 år, og 16 til 49 år var andelen pasienter med bare ett opphold i kalenderåret svært stabil. Andelen reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp innen 30 dager økte imidlertid noe også for pasienter mellom 16 og 49 år, men denne økningen (0.8 prosentpoeng) var langt lavere enn økningen i andelen reinnleggelser blant eldre pasienter (1.6 prosentpoeng for pasienter i aldersgruppen 67-79 år, og 2.6 prosentpoeng for pasienter over 80 år).

Vi har tidligere sett at andelen reinnleggelser i 2001 var høyest i Helseregion Øst. Tabell 2.10 viser at dette gjelder for pasienter i alle aldersgrupper unntatt pasienter over 80 år. Graden av reinnleggelser av eldre pasienter er høyest i Helseregion Nord og Helseregion Midt-Norge. Ved to av sykehusene i Helseregion Nord⁴⁴ er 19 prosent av døgnoppholdene for pasientene over 80 år reinnleggelser, og ved fem andre sykehus i regionen⁴⁵ utgjør reinnleggelser omtrent 16 prosent av oppholdene. Dette kan indikere at primærhelsetjenesten i Helseregion Nord i relativt stor grad henviser eldre pasienter til sykehusene. RiTø har imidlertid et relativt lavt nivå av reinnleggelser av eldre pasienter (8.9 prosent av døgnoppholdene), og har dermed et lavere nivå av reinnleggelser av eldre pasienter enn både Ullevål sykehus (11 prosent), Haukeland sykehus (13.7 prosent), og Regionsykehuset i Trondheim (11.8 prosent).

⁴³ Vefsn sykehus, Narvik sykehus, Stokmarknes sykehus, Lofoten sykehus, Sandnessjøen sykehus.

⁴⁴ Stokmarknes sykehus og Sandnessjøen sykehus.

⁴⁵ Rana sykehus, Vefsn sykehus, Narvik sykehus, Lofoten sykehus, Kirkenes sykehus og Hammerfest sykehus.

I Helseregion Midt-Norge er andelen reinnleggelser av eldre pasienter særlig høy ved Innherred sykehus og Orkdal sanitetsforenings sykehus. Ingen av sykehusene i Helseregion Øst eller Sør har tilsvarende høye andeler av oppholdene for eldre knyttet til reinnleggelser. Ved Fylkessjukehuset på Stord (Helseregion Vest) er imidlertid andelen reinnleggelser blant eldre pasienter tilsvarende høy. Forskjellene mellom sykehusene forøvrig er i stor grad overlappende med beskrivelsene av omfanget av reinnleggelser totalt.

Tabell 2.10 Andel pasienter med bare 1 opphold og andel reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter pasientenes alder 1996 og 2001.

Type opphold	Pasient-alder	Årstall	Helsereg. Øst	Helsereg. Sør	Helsereg. Vest	Helsereg. Midt-Norge	Helsereg. Nord	Totalt sh-regioner	
Andel reinnl. og fleropphold totalt (andel av alle døgnopphold)	0-15 år	1996	16.2	23.0	19.8	18.1	16.8	19.2	
		2001	16.6	23.0	20.3	19.4	18.7	19.8	
	16-49 år	1996	18.4	24.5	20.5	20.3	22.3	21.1	
		2001	19.3	24.5	21.0	20.9	22.5	21.5	
	50-66 år	1996	26.2	32.9	29.7	29.2	32.2	29.7	
		2001	28.4	34.0	30.4	30.3	31.6	30.9	
	67-79 år	1996	31.5	32.7	32.6	33.2	35.1	32.6	
		2001	33.8	35.7	35.4	35.1	36.3	35.0	
	80 år +	1996	28.9	28.0	30.2	29.5	33.5	29.5	
		2001	32.6	33.1	34.3	34.5	35.6	33.6	
	Andel reinnlegg. som øyeblikk. hjelp innen 30 dager	0-15 år	1996	6.9	5.4	6.5	5.3	4.6	5.9
			2001	7.0	5.8	6.0	5.8	5.3	6.1
16-49 år		1996	6.2	5.5	6.3	6.0	5.6	5.9	
		2001	7.1	6.5	7.0	6.1	6.7	6.7	
50-66 år		1996	8.4	6.9	8.7	7.3	6.9	7.7	
		2001	9.8	8.0	9.8	8.5	8.5	9.0	
67-79 år		1996	10.9	9.1	11.2	10.3	10.3	10.4	
		2001	13.1	10.8	12.4	11.7	11.6	12.0	
80 år +		1996	10.1	9.2	10.7	9.8	12.2	10.2	
		2001	12.9	11.5	13.0	13.2	14.4	12.8	

Tabell 2.10 viser også at økningen i reinnleggelser i hovedsak gjelder eldre pasienter. Eldre pasienter blir ofte innlagt som øyeblikkelig hjelp og mottar ofte behandling definert i medisinske DRG. Det er derfor grunn til å tro at økningen i antall reinnleggelser er størst for pasienter innlagt for øyeblikkelig hjelp og behandling definert i medisinske DRG. For å analysere sannsynligheten for reinnleggelse og endringer i dette nærmere, har vi analysert sannsynligheten for reinnleggelse etter hvilken type innleggelse og behandling pasientene mottok ved det forutgående oppholdet i 1996 og 2001. Resultatene av denne analysen er vist i tabell 2.11.

Analyseenheten i tabell 2.11 er pasienter⁴⁶, og viser pasientenes sannsynlighet for reinnleggelse som øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivning etter kjennetegn ved det første oppholdet. Tabellen viser at 9.1 prosent av pasientene som ble innlagt for øyeblikkelig hjelp og fikk behandling definert i en medisinsk drg ble reinnlagt i 2001, mens bare 3.2 prosent av pasientene som ble elektivt innlagt og fikk kirurgisk behandling ble reinnlagt. Disse forskjellene gjenspeiler i stor grad variasjonene i sannsynlighet for reinnleggelse som er knyttet til pasientenes alder. Det kan likevel være verd å merke seg at sannsynligheten for reinnleggelse bare har økt for pasienter som er innlagt for øyeblikkelig hjelp, mens sannsynligheten for reinnleggelse for pasienter som har vært elektivt innlagt har vært omtrent uendret fra 1996 til 2001.

Tabell 2.11 Andel av pasientene som er reinnlagt som ø-hjelp innen 30 dager etter type innleggelse og behandling ved pasientenes første døgnopphold i 1996 og 2001.

	Pasientenes første opphold	Årstall	Region Øst	Region Sør	Region Vest	Region Midt-N.	Region Nord	Totalt sh-region
Andel reinnleggelser som ø-hjelp innen 30 dager etter pasientens første opphold i kalenderåret	Elektive Kir. opph. DRG	1996	3.2	2.5	2.9	2.8	2.2	2.7
		2001	3.5	3.0	2.9	3.3	3.0	3.2
	Med. DRG	1996	4.1	2.9	3.8	3.4	3.0	3.3
		2001	4.1	2.8	3.1	3.8	3.2	3.3
	Ø-hjelp Kir. opph. DRG	1996	5.6	5.4	5.3	6.0	4.9	5.5
		2001	6.5	6.4	6.7	6.0	6.3	6.4
	Med. DRG	1996	7.9	7.6	7.8	7.4	7.9	7.7
		2001	9.6	9.1	8.8	8.4	9.5	9.1

2.6 Oppsummering og avsluttende kommentar

Dette kapitlet har satt fokus på den politiske målsettingen om økt pasientbehandling ved somatiske sykehus, og analysert økningen i døgn- og dagbehandling i relasjon til utviklingen i reinnleggelser. Aktivitetsutviklingen i døgnopphold og omfanget av reinnleggelser er analysert fra 1996 til 2001 og utviklingen i dagbehandling er analysert fra 1999 til 2001.

I perioden fra 1996 til 2001 økte det totale antallet døgnopphold mer enn befolkningsveksten i alle helseregionene. Med unntak av Helseregion Nord, ble imidlertid den vesentligste delen av denne aktivitetsøkningen foretatt fra 1996 til 1999. Aktivitetsutviklingen fra 1999 til 2001 var langt mindre entydig ved mange av sykehusene og flere av de store sykehusene i både Helseregion Øst, Sør og Vest reduserte antallet døgnopphold fra 1999 til 2001. Karakteristisk for perioden 1999 til 2001, var imidlertid en relativt sterk økning i *elektive* døgnopphold for kirurgisk behandling. Store deler av denne aktivitetsveksten ble foretatt i 2. halvår 2001.

Helseregion Vest hadde den laveste økningen i døgnopphold fra 1999 til 2001, men økte omfanget av dagbehandling mest. Helseregion Øst hadde også en relativt lav vekst i antallet døgnopphold fra 1999 til 2001, og reduserte samtidig antallet dagbehandling dersom vi ser bort fra opphold for rehabilitering, kjemoterapi og dialysebehandling.

Vi påpekte innledningsvis at når aktiviteten øker, er det er nødvendig å stille spørsmål om hvilke aktiviteter og behandlinger som øker i omfang. Dersom antallet sykehusopphold øker som følge av at flere sykehus oppretter egne avdelinger for rehabilitering, vil dette neppe

⁴⁶ I Tabell 2.6 og 2.7 ble andel av døgnoppholdene som var reinnleggelser eller fleropphold analysert. Enhetene i disse tabellene var dermed heldøgnsopphold.

kunne avhjelpe ventelistesituasjonen for kirurgisk behandling. Fordi behandling for rehabilitering ikke ble gitt en entydig kode før i år 1999 (DRG 462), har vi i dette kapitlet ikke kunnet analysere utviklingen i døgnopphold uavhengig av utviklingen i opphold for rehabilitering. Vi vil imidlertid gjøre oppmerksom på at døgnoppholdene for rehabilitering økte med 44 prosent fra 1999 til 2001 (omtrent 4000 døgnopphold) og dagbehandlingene økte med 29 prosent (omtrent 6300 dagbehandling). Enkle analyser av utviklingen i hoveddiagnosegruppene i DRG-systemet fra 1999 til 2001 viser også at den sterkeste aktivitetsøkningen, relativt sett, er knyttet til behandling av nyfødte, mens opphold for pasienter med øre-nese-hals-sykdommer ble redusert med 5 prosent fra 1999 til 2001 (totalt for dag og døgn). I Helseregion Øst ble antallet døgnopphold for behandling av nyfødte med tilstander i perinatalperioden økt med 27 prosent (+ 1000 opphold) fra 1999 til 2001, mens antallet opphold (dag og døgn) for behandling av øre-nese-hals-sykdommer ble redusert med vel 9 prosent. Når økningen i døgnopphold i denne helseregionen (inklusive opphold for rehabilitering) var på totalt 4500 opphold, og pasienter med øre-nese-hals-sykdommer tilhører en av de pasientgruppene som har lengst ventetid (se kapittel 4), kan det være grunn til å stille nærmere spørsmål om *innholdet* i aktivitetsøkningen. I dette kapitlet er dette imidlertid ikke analysert nærmere, men aktivitetsøkningen er relatert til spørsmålet om antallet reinnleggelser og fleropphold har økt.

I alle helseregionene økte antallet pasienter mindre enn antallet opphold, og gjennomsnittlig antall opphold per pasient økte fra 1,36 døgnopphold per pasient i 1996 til 1,40 døgnopphold per pasient i 2001. Antallet innleggelser per pasient økte bare for pasienter over 50 år.

Økningen i gjennomsnittlig antall opphold per pasient er knyttet til en økning i andelen reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskriving. I 1996 var 8 prosent av døgnoppholdene reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskriving og i 2001 var denne andelen økt til 9,3 prosent. I 2001 var 12,8 prosent av døgnoppholdene for pasienter over 80 år reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskriving. Sannsynligheten for reinnleggelser økte i hovedsak for eldre pasienter innlagt for øyeblikkelig hjelp og behandling definert i en medisinsk DRG. Det var relativt små variasjoner mellom helseregionene i andelen reinnleggelser, men Helseregion Øst hadde det høyeste nivået av reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager.

3 Ventetider i somatiske sykehus

Thomas A. Lie

3.1 Innledning

Det er et overordnet faglig og helsepolitisk mål at ventetiden for behandling av livstruende sykdom skal være så kort som mulig. Flere studier dokumenterer sammenheng mellom lang ventetid og dårlige resultater. Det gjelder blant annet for hjertesvikt (Ekroth et.al. 1994), organtransplantasjon (Aaronson og Mancini 1999), klaffefeil (Lund et.al. 1996) og for hofteladd- og kneleddsartrose (Christensen et.al. 1996). Kreftpasienter opplever også stor psykisk belastning når ventetiden blir urimelig lang (Sørbye et.al. 1998, Guldvog 2000). Lik tilgjengelighet til nødvendige helsetjenester uavhengig av bosted er en sentral målsetning for norsk helsevesen.

Lange ventetider er kostbart, og mange ventelistepasienter er sykemeldte. Per 30 april 2002 var det registrert 247 533 henvisninger som ventende til utredning og behandling i norsk spesialisthelsetjeneste⁴⁷ (Ventsys). Av disse har ca. 13 prosent ventet over 1 år. Dette er en nedgang på 6,3 prosent sammenlignet med samme tidspunkt i 2001. I hovedsak finner nedgangen sted innenfor somatiske fagområder, hvor det er antall langtidsventere som reduseres mest. I tillegg til en generell aktivitetsøkning er det trolig at nedgangen også kan skyldes at en del sykehus nå har "ryddet" i ventelistene. Uansett observeres det til dels store forskjeller mellom regionene i andeler pasienter som har ventet lenge, noe som kan tyde på ulik tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester avhengig av bosted. Andelen pasienter som har ventet over 6 måneder varierer fra 21 prosent i Helseregion Sør, til 35 prosent i Helseregion Midt-Norge. Variasjonene i ventetid er derfor noe av grunnen til at sentrale helsemyndigheter har satt i verk ulike tiltak for å prøve å redusere "helsekøene". Et eksempel er ordningen med Fritt sykehusvalg som gir pasienter rett til selv å velge hvor de vil behandles. I år 2001 ble det i tillegg etablert en ordning med kjøp av helsetjenester ved utenlandske sykehus for pasienter som har stått uakseptabelt lenge på venteliste.

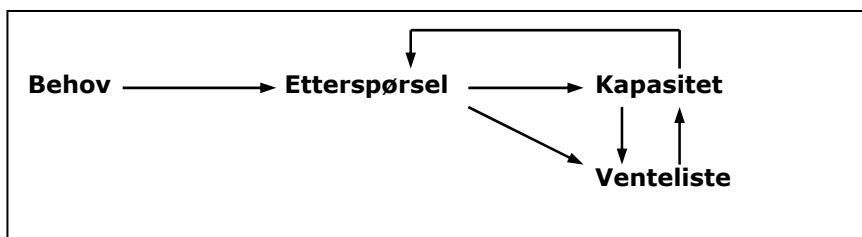
En annen viktig reform som har et generelt mål om å effektivisere ressursbruken ved sykehusene er statens overtakelse av spesialisthelsetjenesten som fant sted 1. januar 2002. Ventelister og korridorpasienter har fått mye mediaomtale det siste tiåret, og er noe av det første og mest konkrete de regionale helseforetakene skal ta fatt på. I denne sammenheng blir det viktig å beskrive hvilke pasientgrupper som har ventet lenge, samt hvor i landet man finner flest som har ventet lenge på behandling. Hva som er lang ventetid vil kunne variere etter sykdom og alvorlighetsgrad. Det vil derfor bli analysert hvordan ventetiden varierer mellom ulike bostedsområder etter hvor stor aktiviteten er i relasjon til befolkningsgrunnlaget. Hovedspørsmålet i dette kapittelet er om det er likhet mellom regionene i ventetid til behandling og utredning i spesialisthelsetjenesten. Gitt at det er ulikheter mellom regionene. Hvilke pasientgrupper gjelder dette, og i hvilken grad gjelder dette grupper som medisinsk sett venter urimelig lenge.

⁴⁷ Over 80 prosent poliklinikk

3.2 Ventelistedynamikk

Årsakene til at køer oppstår i sykehus fortøner seg som et komplekst køfenomen ettersom behovene synes å øke når tilbudet øker, og i stor grad er regulert av hvilken behandling og diagnostikk som til enhver tid tilbys. Slik kan dannelsen av køer forstås som en framvekst dels relatert til etterspørselsiden med behov, påtrykk og forventninger om behandling i befolkningen. Dels knyttet til tilbudssiden, der ny medisinsk teknologi genererer tilstrømming av pasienter der kapasitet og organisatoriske begrensninger kan medføre køer og lengre ventetider. I følge Jørgensen (1996) kan ikke helsekøer uten videre forstås ut fra begreper og størrelser som "strømmer" og "beholdning" slik som tilstrømming, pasienter i kø og avvikling. Dette viser at det eksisterer et samspill mellom etterspørsel og tilbud knyttet til medisinsk skjønn, praksis og prioriteringer. Ventelister kan også ses som et element i et strategisk spill ved sykehusene for å få tilført økte ressurser.

Ventelister oppfattes vanligvis som et uttrykk for at sykehusene ikke har kapasitet til umiddelbart å ta i mot alle pasienter som trenger hjelp. Imidlertid trenger ikke alltid venting å være av det onde. Null ventetid ville innebære at sykehusene ble drevet med stor overkapasitet, dvs samfunnsøkonomisk sløsing. For noen pasientkategorier kan også ventetiden være med på å avklare videre valg av behandling (Guldvog 2000). Registrering av ventelister tjener i hovedsak to formål. For det første er de arbeidslister som gir løpende oversikt over køene som gjør det mulig å foreta effektiv innkalling av pasienter. For det andre kan de gjennom statistisk tilrettelegging anvendes til å bedømme forskjeller i prioriteringer og tilgjengelighet. Blir ventelistene benyttet som grunnlag for prioriteringer, så kan de gi informasjon om hvilke pasientgrupper som får tilgang til behandling (Jørgensen 1996).



Figuren er hentet fra SAMDATA psykiatri 2000

Figuren over illustrerer hvordan etterspørsel kan påvirkes av endring i sykkelighet (behov), av endrede terskler for hva som defineres som behov, og av økte krav og forventninger fra primærleger, sykehus og befolkning. Slike endringer i etterspørsel etter sykehustjenester kan dernest påvirkes av kjennetegn ved tilbudet, som f.eks. opprettelse av nye behandlingstilbud og nye metoder innen diagnostikk og behandling (Hagen 2000).

3.3 Om rett til helsehjelp

I 1990-årene ble det etablert ventelisteregistre der pasientene ble gitt "garantier" om behandling innenfor gitte tidsrammer. Etter 1.7. 1997 hadde pasientene etter visse kriterier tre måneders behandlingsgaranti. Med den nye pasientrettighetsloven, som trådte i kraft fra 1. jan. 2001, er behandlingsgarantien erstattet av en rett til å få sin tilstand vurdert i løpet av 30 dager og en rett til nødvendig helsehjelp. I "Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp" er fristen for behandling "innen det medisinsk forsvarlighet krever". Det er i hovedsak tre kriterier som skal legges til grunn når man skal vurdere om en pasient skal få rett til helsehjelp, og spørsmålet er hvilke pasienter som bør få tildelt en slik rett. I dette avsnittet vil det bli presentert tall som viser hvordan "retten til helsehjelp" blir håndtert og registrert.

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetslovens § 2-1 annet ledd, når;

1. Pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og,
2. Pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og,
3. De forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.

Med ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet menes at pasientens livskvalitet uten behandling merkbart reduseres som følge av smerte eller lidelse, problemer i forbindelse med vitale livsfunksjoner som for eksempel næringsinntak, eller nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå.

Med forventet nytte av helsehjelpen menes at det foreligger god dokumentasjon for at aktiv medisinsk behandling kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten behandling eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av behandlingen.

Tall fra Norsk pasientregister (NPR) viser at det er stor usikkerhet knyttet til hvordan den nye loven skal håndteres ved at tilsynelatende homogene pasientgrupper vurderes ulikt i forhold til den. En rapport utgitt ved NPR (Dahlen m.fl. 2002) som beskriver kvaliteten på ventelistene ved helseforetakene i Helse Midt-Norge RHF viser at de aller fleste pasientene som blir satt på venteliste får tildelt rett til helsehjelp. Dette prosjektet var basert på intervjuer hvor man spurte personer som har et ansvar i forhold til ventelister om hvordan pasienter på ventelister blir registrert og fulgt opp. Resultatene fra denne kvalitative undersøkelsen viser at tilnærmet alle pasienter i Midt-Norge får tildelt "Rett til helsehjelp". Imidlertid gjenspeiles ikke dette i data rapportert til NPR, hvor andelen pasienter med rett til helsehjelp er på 45 prosent for denne regionen. Variasjonsbredden for hele landet er fra 29 til 95 prosent av alle pasienter som er satt på venteliste for behandling og utredning.

I tidligere publikasjoner om ventelister har det vært vanlig å differensiere på antall pasienter med og uten ventetidsgaranti, eller nå tilsvarende rett til helsehjelp. Ut fra den kartlegging som er foretatt i Midt-Norge er det klart at de fleste medisinsk-faglig ansvarlige mener at alle som settes på venteliste blir satt på denne fordi de har rett til helsehjelp, uansett hva som er registrert i NPR (Dahlen m.fl. 2002). Det vil si så godt som alle pasienter. Grunnet den store variasjonen i håndtering eller i registreringspraksis av "retten til helsehjelp", vil det ikke bli differensiert på de med og uten rett i dette kapitlet. Når samtlige pasienter i praksis får rett til helsehjelp, betyr dette at loven om "Rett til helsehjelp" blir uklar som prioriteringsverktøy slik den håndteres nå.

3.4 Materiale og datakvalitet

I denne analysen blir det brukt tall fra SINTEF Unimed Norsk pasientregister (NPR). Dette er tall som tidligere ble kvalitetskontrollert og publisert av Kommunenes sentralforbund, men som ble overtatt av NPR fra 3. tertial 1997 på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet.

Det vil bli benyttet tall fra to ulike kilder. Den ene kilden er Ventsys, og som gir informasjon om antall ventende på et gitt opptellingstidspunkt. Dette er tilsvarende tall som tidligere ble omtalt som Ventsys. Den andre kilden er pasientdata som gir oversikt over den "historiske" ventetiden i form av hvor lenge de som har fått behandling faktisk har ventet. I Ventsys angis bare hvilket fagområde pasientene venter på, mens det i pasientdataene gis informasjon om hvilken diagnose og evt. prosedyre som er registrert ved en sykehuskontakt.

Det er betydelig usikkerhet knyttet til kvalitet og kompletthet av de rapporterte ventelistedata. Dette henger blant annet sammen med praksisvariasjoner knyttet til når en pasient skal settes på og tas av en venteliste. Når man ønsker å beregne ventetid til utredning og behandling for nyhenviste pasienter er det f.eks. ikke spesielt interessant å vite noe om ventetid til en kontrolltime⁴⁸. Erfaringer viser at registreringer gjøres forskjellig fra sykehus til sykehus. Det må også presiseres at det ikke er "pasient" som er enheten i ventelistedataene, men "henvisning/søknad". Samme pasient kan med andre ord være registrert med flere søknader i ventelistedataene, både i forhold til en enkelt lidelse og i forhold til flere lidelser. I media fremstilles ofte antall ventende som "antall ventende pasienter", selv om denne feilkilden vil være begrenset og noenlunde stabil over tid. Samtidig vil det være variasjon i alvorlighetsgrad mht hva de ventende venter på. I det neste vil karakteristikker ved de ulike tallene, og hvordan de fremstår i de ulike datasettene bli kommentert.

Statistikken baserer seg kun på det som er registrert ved sykehusene, og som blir rapportert inn til NPR. Det er kjent at det er usikkerhet ute på de enkelte sykehus knyttet til hvordan man faktisk skal registrere ventelistedata korrekt (Dahlen m.fl. 2002). Derfor er det flere faktorer som kan bidra til at ventelistedataene ikke blir i samsvar med den reelle situasjonen lokalt ved det enkelte sykehus:

Manglende registrering

En pasient blir ikke satt på venteliste, og blir derfor heller ikke med i beregningene over antall ventende og ventetid til behandling.

Feil registrering av henvisningsdato/ansiennitetsdato

Dersom det er registrert den interne (lokale) henvisningen, f.eks. fra en annen avdeling, så vil den beregnede ventetiden bli for kort, sett i forhold til henvisning av pasienten til sykehuset. Dersom man registrerer en tidligere henvisning, kanskje for et lignende forhold, vil den observerte ventetiden bli lengre enn den reelle (Hem m.fl. 1999).

Antall ventende

Antall ventende er et øyeblikkstill som viser antall nyhenviste pasienter som venter på et gitt opptellingstidspunkt. Gitt at alle elektive pasienter blir ført på venteliste, så er antall nyhenviste innen en periode et uttrykk for etterspørselen etter helsetjenester. Opptellingstidspunktet som benyttes her er 30 april (avslutningen av 1. tertial de respektive år). I seg selv forteller denne vente-indikatoren ingenting om hvorvidt ventelisten er problematisk. For å vurdere dette må man kjenne størrelsen av pasientstrømmen. Tallet på antall ventende er for øvrig sårbart for manglende sanering (rydding) (Dahlen m.fl. 2002).

Periodetall

Periodetall beskriver antall pasienter som er blitt ordinært avvirket i perioden (dvs. at behandlingen er startet), og gir derfor uttrykk for behandlingsskapasiteten for elektive pasienter. Behandlet betyr i denne sammenheng enten at pasienten er tatt inn til utredning og/eller behandling. Ved å sammenligne dette tallet med antall nyhenviste pasienter viser man i hvilken grad det er samsvar mellom etterspørsel og kapasitet. De ventelistedata som presenteres må med andre ord tolkes med stor varsomhet. Hverken øyeblikkstill eller periodetall alene gir tilstrekkelig informasjon for å trekke konklusjoner vedr. ventesituasjonen. Begge deler er nødvendig og må ses i sammenheng.

⁴⁸ Nyhenviste er definert som pasienter som ikke har vært i kontakt med sykehuset etter at henvisningen ble mottatt.

Historisk ventetid

For hver pasient er det, dersom det ikke dreier seg om øyeblikkelig hjelp, oppgitt henvisningsdato. For utvalgte inngrep vil det bli presentert ventetid til operasjon. Imidlertid er bare den første i en rekke av evt. flere operasjoner for hver pasient tatt med i opptellingen. Det er kun ventetider innen intervallet 2 til 999 dager som er med i beregningsgrunnlagene for gjennomsnittsmål. Ventetiden blir beregnet som perioden fra henvisningsdato til innskrivningsdato (innleggelse) evt. fra henvisningsdato til konsultasjonsdato (poliklinisk konsultasjon). En mulig feilkilde ved beregning av ventetider i disse dataene er manglende utfylling av ansiennitetsdato. Årsakene til at denne datoen ikke blir registrert eller rapportert til NPR kan være flere (Dahlen m.fl. 2002).

3.5 Hvor lenge venter de, og hva venter de på?

Lange ventelister og unødig ventetid til utredning og behandling blir ofte omtalt i media som et betydelig problem i norsk helsetjeneste. Lange ventelister er i seg selv et mindre problem hvis ventetiden for samtlige på denne listen er akseptabel i forhold til den lidelse man venter på behandling for. I denne analysen vil det bli satt fokus på de som har ventet lenge, og som fortsatt venter på behandling. Dette dreier seg i stor grad om elektiv kirurgi, som representerer hoveddelen av den elektive virksomheten ved et sykehus. Den planlagte driften er derfor svært sårbar for andre faktor i behandlingsskjeden som kan influere på i hvilken grad det er mulig å gjennomføre den planlagte virksomheten. Det vil bli satt fokus på hvilke fagområder dette representerer, og i hvilken grad dette er prioriterte grupper som medisinsk sett venter uakseptabelt lenge.

Tabell 3.1 Antall per 1 000 innbyggere for henholdsvis ventende, nyhenviste og behandlede (ordinært avviklede) pasienter, samt rate for ventende >6 mnd og prosentandel ventende >6 mnd per 30 april 2002.

	Antall per 1000 innbyggere				
	Antall ventende	Antall nyhenviste	Antall behandlet	Antall ventet <6 mnd	Prosent ventet >6 mnd
Helseregion Øst	41	55	46	10	22
Helseregion Sør	52	71	63	11	21
Helseregion Vest	56	69	64	14	28
Helseregion Midt-Norge	76	83	70	26	35
Helseregion Nord	77	96	72	19	26
Alle helseregioner	55	69	59	14	26

Tabell 3.1 viser at det henvises flere nye pasienter i en periode enn det behandles⁴⁹. Ser man perioden under ett, så er det ved utgangen 10 flere henvisninger (pasienter) per 1000 innbyggere som venter på behandling, enn som får behandling. Dette viser at kapasiteten i forhold til antall henvisninger som er registrert er for dårlig hvis man kun ser på antall ventende. Det er i hovedsak helseregionene Øst og Midt-Norge som skiller seg ut sammenlignet med de andre helseregionene. Helseregion Øst har færrest på venteliste med 41 per 1000 innbyggere målt etter folketall. Denne regionen har også det laveste antallet som har stått på venteliste over 6 måneder. Helseregion Midt-Norge er derimot den regionen som definitivt har flest som har ventet lenge med en rate på 26 per 1000 innbyggere. Denne regionen, samt Helseregion Nord, har også flere som blir henvist til sykehusene enn de tre andre regi-

⁴⁹ En periode her er ett tertial eller 4 måneder.

onene. Paradoksalt nok avvikles det flest fra ventelistene i disse to regionene, samtidig som de har flest langtidsventere. Dette kan tyde på at det satses for lite på nettopp de gruppene som har ventet lenge. En annen måte å se dette på, er at Helseregionene Midt-Norge og Nord har relativt god kapasitet, samtidig som det til enhver tid henvises flere enn sykehusene i disse regionene har kapasitet til å behandle. Ulikheter i henvisningspraksis kan være en årsak til dette. Et argument som ofte nevnes er problemer med hyppige utskiftninger i primærhelsetjenesten. Stadige utskiftninger av leger kan hypotetisk sett virke inn på henvisningspraksisen og henvisningshyppighet.

Hvilken type behandling er det så de fleste venter på? Dette vil bli vist i tabell 3.2 og 3.3 i form av hvilke omsorgsnivå (poliklinikk, dagbehandling eller heldøgnsopphold) og fagområde pasientene i de ulike regionene venter på.

Tabell 3.2 Ventetid til ulike omsorgsnivå per region og prosentandel pasienter som har ventet over og under 6 mnd. Ventende per 30. april 2002.

Bostedsregion	Poliklinikk			Dagbehandling			Heldøgn		
	Median ventetid	< 6 mnd	> 6 mnd	Median ventetid	< 6 mnd	> 6 mnd	Median ventetid	< 6 mnd	> 6 mnd
Helseregion Øst	68	79	21	88	78	22	78	75	25
Helseregion Sør	67	79	21	84	77	23	81	75	25
Helseregion Vest	78	73	27	54	81	19	111	61	39
Helseregion Midt-Norge	90	68	32	190	49	51	155	55	45
Helseregion Nord	64	77	23	95	72	28	141	55	45
Alle helseregioner	71	76	24	99	69	31	99	66	34

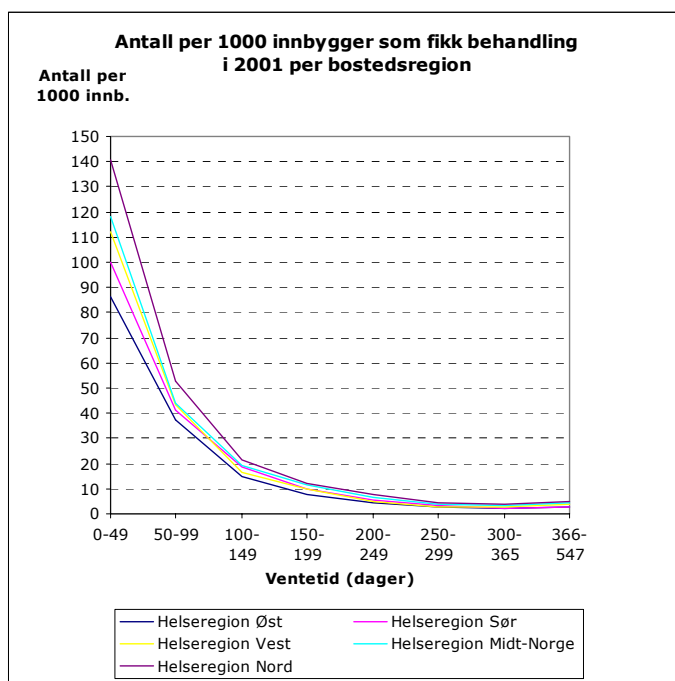
Helseregion Midt-Norge har lengst median ventetid for samtlige omsorgsvå, samt høyest andel ventende som har ventet over 6 måneder. De laveste andelene langtidsventere er i Helseregionene Øst og Sør. Slik det ble nevnt innledningsvis, så venter over 80 prosent av antall ventende på poliklinisk utredning og/eller behandling. Tabell 3.2 viser at det er til dette behandlingsnivået at pasientene samlet sett venter kortest med en andel som har ventet over 6 måneder på 24 prosent for hele landet. Det er ventetiden til innleggelse som er lengst (både dag og døgn), og Helseregion Midt-Norge bidrar sterkest med andeler på henholdsvis 51 og 45 (dag og døgn) som har ventet over 6 måneder.

Tabell 3.3 Ventetid innefor ulike fagområder for nyhenviste pasienter som fortsatt venter per 30 april 2002. Ventetid i dager og prosentandel pasienter ventet under/over 6 måneder.

Fagområde	Henvisninger (N=)	Median ventetid (dager)	Ventetid	
			< 6 mnd	> 6 mnd
Plastikkirurgi	8 218	193	48	52
Kjevekirurgi og munnhulesykdom	5 569	174	51	49
Yrkes- og arbeidsmedisin	475	152	54	46
Øre-nese-hals sykdommer	29 812	102	66	34
Karkirurgi	3 945	99	64	36
Nevrologi	14 030	91	71	29
Øyesykdommer	20 186	88	72	28
Psykisk helsevern, barn og ungdom	2 551	88	76	24
Ortopedisk kirurgi	38 475	83	75	25
Thoraxkirurgi	237	78	79	21
Urologi	9 713	76	76	24
Revmatiske sykdommer	6 204	75	80	20
Gastroenterologisk kirurgi	7 385	70	73	27
Generell kirurgi	13 658	69	75	25
Psykisk helsevern, voksne	6 618	67	80	20
Barnekirurgi	1 274	66	78	22
Lungesykdommer	4 088	64	82	18
Barnesykdommer	7 835	63	80	20
Anestesiologi	624	62	72	28
Nevrokirurgi	1 253	61	85	15
Klinisk nevrofysiologi	3 425	58	74	26
Hjertesykdommer	13 671	57	85	15
Hud og veneriske sykdommer	2 527	55	83	17
Endokrinologi	5 140	55	83	17
Fysikalsk medisin og rehabilitering	2 178	53	79	21
Nyresykdommer	10 103	49	83	17
Fordøyelsesykdommer	699	49	86	14
Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp	17 066	48	81	19
Generell indremedisin	3 402	47	87	13
Ikke-kirurgisk kreftbehandling	839	41	95	5
Infeksjonssykdommer	466	40	82	18
Blodsykdommer	225	40	84	16
Transplantasjon, utredning og kirurgi	12	28	92	8

De grove fagområdene som registreres i henhold til Ventsys-recorden er grupper som er lite homogene. Derfor vet man ikke konkret hva pasientene innenfor de ulike fagområdene faktisk venter på. Tabellen viser at det er lengst median ventetid innen plastikk-kirurgi. Denne pasientgruppen har også den høyeste andelen av de som har ventet over 6 måneder. Ut over dette er det pasienter med øre-nese-hals-sykdommer, øyesykdommer og ortopedisk kirurgi som dominerer gruppene med lengst median ventetid. I mange tilfeller vil ikke dette være pasienter som har livstruende sykdom, men som uansett lider og har en rett til behandling innenfor den offentlige helsetjenesten.

Ulike mål på sentraltendens som gjennomsnitt og median er verdier som ofte blir brukt for å gi et bilde av hvor lenge den "typiske" pasient har ventet. Et slikt mål er et samletall for en større gruppe, hvor variasjonene innen gruppen kan være stor. En måte å gi et bilde av denne variasjonen på er å presentere en fordeling i form av en kurve hvor det fremgår hvor lenge samtlige av pasientene faktisk har ventet før de kom inn til utredning og/eller behandling. Figur 3.1 angir hvor lenge pasientene i de ulike regionene har ventet før de fikk behandling. Tallene er presentert i form av kjønns- og alderstandardiserte rater per 1000 innbyggere i de ulike regionene.



Figur 3.1 Avsluttede ventetider til alle omsorgsnivå og fagområder. Standardisert rate per 1000 innbyggere. Bostedsregion. Periodetall 2001.

Figur 3.1 viser at de fleste pasientene blir behandlet innen 6 måneder etter at henvisningene ble mottatt. Imidlertid er det en "hale" av pasienter som har ventet lenge i alle regionene.

Det er grunn til å stille spørsmål om hva som skjer med de som venter svært lenge. Blir disse pasientene forespurt om det fortsatt er aktuelt at de står på venteliste? For pasienter som har ventet mellom 1-4 år, er det ikke usannsynlig at den medisinske tilstanden har endret seg etter at henvisningen ble mottatt. En annen årsak kan selvsagt være at manglende registreringsrutiner gjør at pasienter blir telt som ventende når behandlingen/utredningen er iverksatt. Ideelt sett skulle man kunne tenke seg at kurven hadde hatt en slutt på et tidligere tidspunkt enn hva som blir synliggjort i figur 3.1.

3.6 Ventetid til elektiv kirurgisk behandling

I sammenheng med beregning og presentasjon av ventetider er det først og fremst tilgjengelighet til elektiv kirurgisk behandling som er relevant. Slik det ble vist i tabell 3.3, er det i hovedsak innen fagområder som generell kirurgi, ortopedi og øre-nese-halssykdommer at vi finner de store gruppene av pasienter som har ventet lenge. I dette avsnittet vil det bli presentert tall som viser hvor mange som har blitt behandlet innenfor utvalgte inngrep i form av rater, samt hvor lenge de som faktisk har fått behandling har ventet. Det vil bli presentert tall for ulike grupper, hvor typisk dagkirurgisk aktivitet vil være en del (eks. fjerning av åreknuter). I tillegg vil det bli synliggjort i hvilken grad grupper som trenger rask behandling må vente "lenge" (eks. brystkreft og hjerte-by-pass). På denne måten vil vi forsøke å synliggjøre i hvilken grad det er grupper som har ventet lenge som faktisk får behandling.

Det meste av kirurgien i Norge foregår ved offentlige sykehus og tilhørende poliklinikker. I tillegg gjøres det en rekke, i hovedsak mindre prosedyrer, ved private klinikker. Den private andelen av den kirurgiske aktiviteten har i de senere tiår vært økende, men statistikk over denne aktiviteten har til nå ikke vært tilgjengelig. Derfor vil redegjørelsen i dette kapittelet kun omfatte den kirurgiske aktiviteten ved sykehus som har offentlig finansiering. Konsekvensen av dette er at det for enkelte prosedyrer (eks. grå stær) vil presenteres rater som for noen fylker er lavere enn hva som er realiteten.

Tabell 3.4 viser omfanget av den elektive kirurgiske aktiviteten i form av rater for hvert enkelt fylke. Totalraten for regionene, viser at det opereres omtrent like mange i fire av fem regioner. Helseregion Nord skiller seg imidlertid ut med en klart høyere totalrate på 62 per 1000 innbyggere sammenlignet med den regionene som ligger nest høyest (Sør og Øst med 55 per 1000 innbyggere). Når det gjelder median ventetid⁵⁰, så er det Helseregion Midt-Norge som har lengst ventetid med 112 dager. Det er også denne regionen som har høyest andel som har ventet over 6 måneder (35 prosent). Det er Trøndelagsfylkene som bidrar sterkest til det høye tallet med andeler på 39- (nord) og 38 prosent (sør) som har ventet over 6 måneder. Den fylkesvise fordelingen viser at det er noen som har høye andeler som har ventet lenge, men som på regionnivå ligger lavere enn f.eks. Midt-Norge. Også i Hedmark, Telemark og Aust-Agder har en vesentlig andel av pasientene (37 prosent) ventet mer enn 6 mnd. Gjennomsnittet for helseregion Nord og Øst er imidlertid noe lavere. Kortest median ventetid er i Nordland med 69 dager. Det er også Helseregion Nord som har kortest median ventetid for elektiv kirurgi i sammenligning med de andre regionene (83 dager). Totalt varierer ventetidene med 30 prosent mellom regionene, selv om beregnet Variasjonskoeffisient viser at det er en liten variasjon i behandlingsratene.

⁵⁰ Median ventetid viser hvor lenge 50 prosent av pasientene har ventet.

Tabell 3.4 Avsluttede ventetider til elektiv kirurgi (kir-DRG) per 1000 innbyggere. Fordelt etter bostedsregion, bostedsfylke og behandlingsnivå. Kjønn- og aldersstandardiserte rater, ventetid i dager og prosentandel pasienter ventet under/over 6 måneder. Norge 2001. (N=223 614).

Bostedsfylke	Heldøgn	Dagopphold	Totalt	Ventedgr Median	Ventetid	
					<6 mnd	>6 mnd
Østfold	25	30	55	93	71	29
Akershus	29	32	61	87	71	29
Oslo	18	29	47	74	76	24
Hedmark	23	37	61	125	63	37
Oppland	31	21	52	106	66	34
Øst	24	30	55	91	71	29
Buskerud	26	25	51	105	69	31
Vestfold	25	31	56	100	68	32
Telemark	32	19	51	115	63	37
Aust-Agder	27	35	62	132	63	37
Vest-Agder	29	31	61	102	74	26
Sør	28	28	55	109	68	32
Rogaland	23	30	53	97	70	30
Hordaland	23	25	48	104	68	32
Sogn og Fjordane	36	26	61	103	72	28
Vest	24	27	52	101	70	30
Møre og Romsdal	30	28	58	97	71	29
Sør-Trøndelag	22	29	51	120	62	38
Nord-Trøndelag	23	30	53	132	61	39
Midt-Norge	25	29	54	112	65	35
Nordland	31	33	63	69	79	21
Troms	28	31	59	112	64	36
Finmark	31	34	64	99	67	33
Nord	30	32	62	83	73	27
Totalt	26	29	55	98	69	31
(N=)			(223 614)	(199 571)		
Variasjonskoeffisient ⁵¹	0,16	0,15	0,10			

⁵¹ Variasjonskoeffisienten er beregnet med basis i fylkene.

3.6.1 Rater og ventetider for innsettelse av hofteprotese

Ventetiden til elektiv ortopedisk kirurgi har i mange sammenhenger vært gjenstand for debatt. Dette gjelder særlig pasienter som har vært sykemeldte i lengre perioder i påvente av utredning og behandling. Innsetting av hofteprotese er et eks. på et slikt inngrep, og gjøres hvert år hos ca. 5000 nordmenn. Et klart flertall av disse er kvinner. De viktigste diagnosene som normalt ligger til grunn for innsetting av hofteproteser er slitasjefikt (primær artrose) (ca.69 prosent), lårhalsbrudd (ca.13 prosent), medfødt steil hofteskål (sequele dysplasi) og leddgikt (reumatoid artritt). For pasientene medfører en slik operasjon vanligvis umiddelbar opphør av smerte og betydelig bedring av funksjonsevnen. I denne analysen er imidlertid lårhalsbrudd holdt utenfor analysene. (Norsk Elektronisk Legehåndbok 2001, Hansen 2000).

Tabell 3.5 viser at det opereres færrest i helseregionene Vest og Midt-Norge med rater på 204 per 100 000 innbyggere fra 16 år og oppover. Tilsvarende har Helseregion Sør en rate på 221 per 100 000 innbyggere. Der er også i Helseregion Midt-Norge man finner den høyeste andelen med langtidsventende (pasienter som har ventet over 6 måneder). 11 fylker har lenger median ventetid enn landsgjennomsnittet på 161 dager (variasjonsbredde 111-239). Dette betyr i praksis at ventetiden for hofteoperasjon varierer med ca. 4 måneder avhengig av hvor man bor. Vest-Agder og Oslo er de fylkene som har kortest ventetid med henholdsvis 111 og 112 ventedager. Disse fylkene har også de laveste andelene langtidsventere med 27 og 24 prosent. Beregnet variasjonskoeffisient viser at det er svært liten variasjon fylkene i mellom i hvor mange som faktisk får operasjon, selv om ventetiden varierer noe.

Tabell 3.5 Rater og avsluttede ventetider for innsettelse av hofteprotese per 100 000 innbyggere 16 år og eldre. Fordelt etter bostedsregion og bostedsfylke. Kjønn- og aldersstandardiserte rater, ventetider i dager og prosentandel pasienter ventet under/over 6 måneder. Norge 2001. (N=7 650).

Bostedsfylke	Behandlings- rate	Ventedgr Median	Ventetid	
			<6 mnd	>6 mnd
Østfold	231	149	62	38
Akershus	239	141	63	37
Oslo	185	112	76	24
Hedmark	235	175	51	49
Oppland	221	194	45	55
Øst	219	144	61	39
Buskerud	256	180	51	49
Vestfold	195	186	49	51
Telemark	229	120	66	34
Aust-Agder	216	231	39	61
Vest-Agder	192	111	73	27
Sør	221	165	56	44
Rogaland	188	209	43	57
Hordaland	215	130	66	34
Sogn- og Fjordane	214	193	45	55
Vest	204	166	55	45
Møre og Romsdal	197	182	50	50
Sør-Trøndelag	197	216	39	61
Nord-Trøndelag	233	239	37	63
Midt-Norge	204	208	42	58
Nordland	237	126	67	33
Troms	215	209	40	60
Finmark	188	145	66	34
Nord	215	154	60	40
Alle regioner	215	161	56	44
(N=)	(7 650)	(6 307)		
Variasjonskoeffisient ⁵²	0,10			

⁵² Variasjonskoeffisienten er beregnet med basis i fylkene.

3.6.2 Rater og ventetider for fjerning av åreknuter

Innenfor fagområdet karkirurgi er det en stor "portefølje" av pasienter som har ventet lenge. De fleste av disse pasientene venter på å få fjernet åreknuter. Åreknuter er en relativt ufarlig tilstand i seg selv, men kan gi til dels store plager for de som er sterkt angrepet. Åreknuter eller varicer defineres som utvidete, slyngede vener med ødelagte veneklaffer. I følge Myhre (1997) er det ikke nødvendigvis noen sammenheng mellom åreknutenes størrelse og de symptomer pasienten har. Åreknuter kan også være kosmetisk skjemmende. Kjente symptomer i forbindelse med åreknuter er tyngdefornemmelse og smerter i bena. Dette lindres i liggende stilling og forverres i stående stilling og i varmt vær. For noen innebærer denne tilstanden sykemelding, i form av at de f.eks. ikke greier å gjennomføre en jobb som innebærer at man står eller sitter stille store deler av dagen. I tillegg til fysisk aktivitet er behandlingen kirurgi, og består i at man trekker ut (stripper) den aktuelle venen hvor åreknutene befinner seg.

Tabell 3.6 viser at Helseregion Midt-Norge har lengst median ventetid for operasjon av åreknuter med 267 dager, og Sør-Trøndelag bidrar mest til den lange ventetiden med 319 dager. Helseregion Nord har kortest ventetid med 146 dager, samtidig som de har lavest behandlingsrate i landet med 115 per 100 000 innbyggere. Dette kan tyde på etterspørselen er mindre i denne regionen samlet sett. Det er både Troms og Finnmark som drar ned snittet. I Nordland behandler de relativt sett mange, samtidig som de har ventetider under landsgjennomsnittet. Det er imidlertid store forskjeller mellom fylkene i Helseregion Nord. I Troms er det lang ventetid og lav behandlingsrate, noe som kan indikere et udekket behov. Troms har også den laveste raten i landet i antall som blir behandlet ved dagbehandling. Samtidig ligger de over landsgjennomsnittet i antall som blir behandlet som heldøgns pasienter. Den lave andelen dagbehandlinger kan ha sammenheng med lang reiseavstand og at pasientene derfor må overnatte.

Den fylkesvise fordelingen viser at Østfold har lengst median ventetid med 327 dager. Kortest median ventetid er i Finnmark med 69 dager. Median ventetid for landet er på 206 dager, hvor i alt 10 fylker ligger over dette nivået. De høyeste andelen langtidsventer (over 6 måneder) er i Aust-Agder og Nord-Trøndelag (78 og 77 prosent). De høyeste behandlingsratene er i Vest-Agder og Akershus med henholdsvis 273 og 250 per 100 000 innbyggere. Tilsvarende er de laveste ratene i Troms og Finnmark med henholdsvis 66 og 68 per 100 000 innbyggere.

Av variasjonskoeffisienten kan vi lese at det er stor variasjon mellom fylkene i hvor mange som blir behandlet for åreknuter med dagbehandling (0,46). Variasjonene er enda større når det gjelder heldøgnsoppholdene (0,72). Tilsvarende går variasjonen naturlig nok ned når man beregner variasjonskoeffisient for hele materialet (0,33), men dette tallet indikerer også at det er relativt store forskjeller mellom fylkene i hvor mange som behandles for åreknuter.

Tabell 3.6 Rater og avsluttede ventetider for fjerning av åreknuter per 100 000 innbyggere 16 år og eldre. Fordelt etter bostedsregion og bostedsfylke. Kjønn- og aldersstandardiserte rater, ventetider i dager og prosentandel pasienter ventet under/over 6 måneder. Norge 2001. (N=6 199).

Pasientfylke	Heldøgn	Dagopphold	Totalt	Ventedgr Median	Ventetid	
					<6 mnd	>6 mnd
Østfold	15	151	166	327	32	68
Akershus	55	195	250	278	36	64
Oslo	17	140	157	153	55	45
Hedmark	22	167	188	195	43	57
Oppland	15	134	150	149	59	41
Øst	28	159	187	214	44	56
Buskerud	23	99	122	177	53	47
Vestfold	44	128	172	299	35	65
Telemark	106	63	169	307	25	75
Aust-Agder	37	192	229	246	22	78
Vest-Agder	12	261	273	167	53	47
Sør	44	138	181	227	38	62
Rogaland	12	171	183	149	60	40
Hordaland ⁵³	57	153	210	208	43	57
Sogn og Fjordane	92	60	152	129	66	34
Vest	43	150	193	169	53	47
Møre og Romsdal	33	157	190	240	33	67
Sør-Trøndelag	28	86	114	319	34	66
Nord-Trøndelag	18	106	124	308	23	77
Midt-Norge	28	117	145	267	32	68
Nordland	30	131	162	145	57	43
Troms	45	21	66	244	42	58
Finmark	29	38	68	69	77	23
Nord	35	80	115	146	56	44
Totalt	35	139	174	206	44	56
(N=)			(6 199)	(4 952)		
Variasjonskoeffisient ⁵⁴	0,72	0,46	0,33			

⁵³ Hordaland har 24% missing i ansiennitetsdato.

⁵⁴ Variasjonskoeffisienten er beregnet med basis i fylkene.

3.6.3 Rater og ventetider for fjerning av mandler

Tonsiller er det samme som halsmandler som er aktive lymfekjertler i halsen. Tonsillehypertrofi betyr at halsmandlene er forstørret ut over det normale, også når det foreligger akutt betennelse. Dette er en relativt vanlig tilstand, spesielt hos barn. Hos de fleste vil de forstørrede halsmandlene gradvis skrumpe noe med årene, samtidig som plassforholdene i svelget blir bedre ettersom man vokser.

Tonsillektomi, det vil si fjerning av mandlene, blir vanligvis foretatt hos pasienter som er plaget av gjentatte betennelser i halsmandlene (mer enn 2-3 ganger i året). Det blir også utført Tonsillektomi ved tilbakevendende halsbyller, samt ved kronisk halsbetennelse der medikamentell behandling ikke hjelper. Det samme gjelder ved mistanke om tumor. Den vanligste indikasjonen er imidlertid betennelser, og da for aldersgruppen under 20 år. (Norsk Elektronisk Legehåndbok 2001).

Tabell 3.7 viser at median ventetid for landet totalt er på 122 dager, og 67 prosent får behandling innen 6 måneder. Det er Helseregion Midt-Norge som har lengst median ventetid med 150 dager. Nord-Trøndelag er det fylket som bidrar sterkest til den lange ventetiden i denne regionen med 217 dager. Helseregion Øst har kortest median ventetid totalt på 104 dager, med Oslo som har en median ventetid på 75 dager. Oslo ligger også over landsgjennomsnittet i andelen som får dagkirurgisk behandling. Øst er den helseregionen som også har den laveste andelen langtidsventende over 6 måneder (27 prosent). Variasjonskoeffisienten (1,30) for andel dagkirurgi viser at det er en meget stor spredning mellom fylkene i hvor mange som blir behandlet med dagkirurgi.

Høyest behandlingsrate er i Helseregion Nord, hvor 433 per 100 000 får utført en slik operasjon. Finnmark har eksempelvis en meget høy behandlingsrate, men har likevel en median ventetid godt over landsgjennomsnittet med 172 dager (48 prosent av pasientene venter over 6 måneder).

Tabell 3.7 Rater og avsluttede ventetider for fjerning av mandler per 100 000 innbyggere 49 år og yngre. Fordelt etter bostedsregion og bostedsfylke. Kjønn- og aldersstandardiserte rater, ventetider i dager og prosentandel pasienter ventet under/over 6 måneder. Norge 2001. (N=9 410).

Pasientfylke	Heldøgn	Dagopphold	Totalt	Ventedgr Median	Ventetid	
					<6 mnd	>6 mnd
Østfold	263	5	268	90	84	16
Akershus	76	149	225	140	63	37
Oslo	94	122	216	75	81	19
Hedmark	239	113	352	123	71	29
Oppland	243	4	247	125	64	36
Øst	148	96	245	104	73	27
Buskerud	299	10	309	111	66	34
Vestfold	265	5	270	175	52	48
Telemark	84	251	335	155	52	48
Aust-Agder	411	4	415	136	63	37
Vest-Agder	368	4	372	104	78	22
Sør	278	51	329	129	64	36
Rogaland	201	1	202	141	58	42
Hordaland	331	74	405	141	57	43
Sogn og Fjordane	408	1	410	164	56	44
Vest	285	35	320	147	57	43
Møre og Romsdal	512	4	515	137	66	34
Sør-Trøndelag	42	72	114	139	61	39
Nord-Trøndelag	299	10	308	217	41	59
Midt-Norge	272	34	305	150	60	40
Nordland	433	17	449	85	88	12
Troms	335	69	404	147	66	34
Finmark	370	75	444	172	52	48
Nord	390	44	433	105	76	24
Totalt	245	60	305	122	67	33
(N=)			(9 410)	(7 838)		
Variasjonskoeffisient ⁵⁵	0,48	1,30	0,31			

⁵⁵ Variasjonskoeffisienten er beregnet med basis i fylkene.

3.6.4 Rater og ventetider for hjerte-bypass

Den viktigste årsaken til at man får gjennomført en hjerte-bypass er sykdommen angina pectoris. Når blodårer (koronararterier/kransårene) som tilfører hjertet oksygen blir trangere på grunn av avleiring av fettmateriale (aterom) på innsiden av åreveggen, kan dette medføre oksygenmangel til hjertet. En slik oksygenmangel kan føre til vevsbeskadigelse, og ledsages derfor som regel av smerter og ubehag. Hvis denne forsnevringen er vedvarende (kronisk), vil det kunne oppstå problemer under fysiske og/eller psykiske belastninger. I slike situasjoner oppstår det et økt behov for oksygen til hjertet, noe som krever økt tilførsel av blod, men forsnevringene gjør at tilførselen blir for liten. Ved en total blokkering kan man få et hjerteinfarkt hvor muskelvevet dør. En av behandlingene for dette er nettopp en bypass-operasjon, hvor man må åpne brystkassen og sy inn en åre som tas fra et annet sted på kroppen (evt. en kunstig åre), slik at blodet kan ledes forbi den trange delen av åren. Før pasienten kommer så langt som til en slik operasjon har man ofte forsøkt eller vurdert utblokkering (PTCA) av det trange partiet i blodåren. (Norsk Elektronisk Legehåndbok 2001).

”Adressen din bestemmer om du får hjerteoperasjon” var overskriften på en artikkel i Aftenposten 2. juli i år. Denne artikkelen viser at det er til dels store forskjeller mellom fylkene i hvor mange som blir tilbudt en hjerteoperasjon av denne typen. Tabell 8 viser den samme tendensen. Oslo opererte færrest per innbygger (61 per 100 000 innbyggere), mens alle tre fylkene i Nord har rater over 130 per 100 000 innbyggere.

Tabell 3.8 viser at median ventetid for hele landet er på 40 dager, hvor Helseregion Midt-Norge har lengst med 94 dager. Kortest median ventetid er i helseregionene Sør og Øst med henholdsvis 23 og 33 dager. Paradoksalt nok har Helseregion Nord relativt ”lang” ventetid på denne typen operasjon samtidig som de har høye behandlingsrater. Isolert sett kan disse tallene tyde på at det er et større behov for bypassoperasjoner i Helseregion Nord sammenlignet med Helseregion Øst.

I den tidligere nevnte artikkelen i Aftenposten kommenteres det fra overlege Aaberget ved Feiringklinikken at utfordringen ligger hos allmennlegene i Oslo som han anser som en ”flaskehals” i dette. Han mener at det er en sterkere bevissthet i forhold til hjerte- og karsykdommer i Helseregion Nord hvor man tradisjonelt har hatt høye sykdomsrater innenfor denne sykdomskategorien. Pasienter bosatt i Aust-Agder har kortest median ventetid med 13 dager. Den lengste ventetiden er i Hordaland, samtidig som dette fylket har en lav behandlingsrate. Dette kan tyde på et manglende tilbud til befolkningen i dette fylket, hvor 59 prosent har ventet over 3 måneder. Sogn og Fjordane skiller seg også ut med høy behandlingsrate og lang ventetid.

Tabell 3.8 Rater og avsluttede ventetider for hjerte-bypass per 100 000 innbyggere 16 år og eldre. Fordelt etter bostedsregion og bostedsfylke. Kjønnns- og aldersstandardiserte rater, ventetider i dager og prosentandel pasienter ventet under/over 3 måneder. Norge 2001. (N=3 806).

Pasientfylke	Behandlings- rate	Ventedgr Median	Ventetid	
			<3 mnd	>3 mnd
Østfold	128	43	75	25
Akershus	123	23	85	15
Oslo	61	37	85	15
Hedmark	110	39	80	20
Oppland	87	39	83	17
Øst	99	33	82	18
Buskerud	126	24	81	19
Vestfold	125	18	86	14
Telemark	127	35	73	27
Aust-Agder	109	13	90	10
Vest-Agder	128	32	72	28
Sør	125	23	80	20
Rogaland	69	26	92	8
Hordaland	82	113	41	59
Sogn og Fjordane	116	93	49	51
Vest	81	67	60	40
Møre og Romsdal	115	88	51	49
Sør-Trøndelag	121	105	44	56
Nord-Trøndelag	90	84	58	42
Midt-Norge	112	94	50	50
Nordland	134	59	65	35
Troms	134	71	57	43
Finnmark	149	88	53	47
Nord	137	68	61	39
Totalt	107	40	72	28
(N=)	(3 806)	(2 669)		
Variasjonskoeffisient	0,21			

3.6.5 Rater og ventetider for brystkreftoperasjon

Brystkreft er en av våre vanligste kreftformer. Hvert år får ca. 2 500 kvinner i Norge diagnosen. Sykdommen kan også forekomme hos menn, men er uhyre sjelden. Arv blir regnet som en av de viktigste årsakene til brystkreft, det vil si at en kvinne hvis mor eller søster har hatt brystkreft, er særlig utsatt for å få denne sykdommen. Man kjenner ikke årsaken til brystkreft. Risikoen for brystkreft øker med alderen, ca. 80 prosent av alle kvinner som får brystkreft er over 50 år.

Målet med behandlingen er å helbrede pasienten. Den viktigste behandlingen for brystkreft er kirurgi, i tillegg til behandling med kjemoterapi, hormoner og strålebehandling. Ved spredning av kreften til andre organer er helbredelse dessverre sjelden mulig. Den kirurgiske behandlingen består vanligvis i at man fjerner brystkjertelen med overliggende hud. I mange tilfeller blir lymfeknuter i armhulen også fjernet. Hvis omfanget av svulsten er begrenset kan også såkalt brystbevarende kirurgi gjennomføres, hvor man bare fjerner selve svulsten. I tallene som blir presentert her er både brystbevarende og total brystoperasjon inkludert. (Norsk Elektronisk Legehåndbok 2001).

Et overordnet mål er at ventetiden for all type behandling bør være så kort som overhodet mulig. Imidlertid er det slik at enkelte grupper naturlig nok bør prioriteres foran andre. Et eksempel på en prioritert gruppe er pasienter med brystkreft, hvor det kan ha fatale konsekvenser hvis ventetiden blir for lang.

Tabell 3.9 viser at median ventetid for brystkreftoperasjoner er på 22 dager landet sett under ett, og 66 prosent av pasientene blir behandlet innen 1 måned (14 fylker ligger over landsgjennomsnittet). Helseregion Nord har den korteste ventetiden med 14 dager, og en andel på 78 prosent som får behandling innen en måned. Helseregion Vest har den lengste ventetiden samlet sett på 28 dager, hvor Hordaland bidrar sterkest med 35 dager (58 prosent ventet over en måned).

Variasjonskoeffisienten er lav og gir ikke grunnlag til å hevde at spredningen er større enn hva man kan forvente i forhold til ulik sykkelighet i befolkningen. Uansett er det verdt å nevne at variasjonsbredden i behandlingsratene varierer fra 110 i Sogn og Fjordane til 211 i Telemark per 100 000 innbyggere.

Tabell 3.9 Rater og avsluttede ventetider for brystkreftoperasjon per 100 000 kvinner 16 år og eldre. Fordelt etter bostedsregion og bostedsfylke. Aldersstandardiserte rater, ventetider i dager og prosentandel pasienter ventet under/over 1 måneder. Norge 2001. (N=2 741).

Pasientfylke	Behandlings- rate	Ventedgr Median	Ventetid	
			<1 mnd	>1 mnd
Østfold	147	17	73	27
Akershus	161	15	77	23
Oslo	143	23	63	37
Hedmark	139	33	47	53
Oppland	137	18	70	30
Øst	147	21	68	32
Buskerud	157	19	74	26
Vestfold	152	26	58	42
Telemark	211	21	68	32
Aust-Agder	127	20	62	38
Vest-Agder	151	24	63	37
Sør	161	22	66	34
Rogaland	162	24	69	31
Hordaland	148	35	42	58
Sogn og Fjordane	110	29	51	49
Vest	149	28	54	46
Møre og Romsdal	165	17	81	19
Sør-Trøndelag	116	28	58	42
Nord-Trøndelag	115	21	72	28
Midt-Norge	135	21	70	30
Nordland	167	12	77	23
Troms	174	17	74	26
Finnmark	174	15	88	13
Nord	171	14	78	22
Totalt	151	22	66	34
(N=)	(2 741)	(2 302)		
Variasjonskoeffisient ⁵⁶	0,16			

⁵⁶ Variasjonskoeffisienten er beregnet med basis i fylkene.

3.7 Oppsummering og avsluttende kommentar

Per 30 april 2002 var det registrert 247 533 henvisninger som ventende til utredning og/eller behandling i norsk spesialisthelsetjeneste (over 80 prosent av disse var knyttet til poliklinikkene) (Ventsys). Av disse har ca.13 prosent ventet mer enn ett år. Mange på venteliste er i seg selv ikke noe stort problem dersom behandlingsskapiteten er god. Imidlertid er det knyttet utfordringer til at så mange som 13 prosent, som nyhenviste, må vente over 1 år før de blir tatt inn til vurdering og/eller behandling.

Hovedspørsmålet i dette kapittelet har vært om det er ulikhet mellom regionene i ventetid til behandling og utredning i norsk spesialisthelsetjeneste. Dette har vi forsøkt å synliggjøre ved å presentere median ventetid for ulike pasientgrupper. I valg av pasientgrupper har det vært avgjørende å synliggjøre de som venter urimelig lenge. Hva definisjonen på "lenge" er i denne sammenheng er vanskelig å si, ettersom dette vil variere etter hvilken sykdom og alvorlighetsgrad den enkelte pasient venter på behandling for. Imidlertid er det grunn til å tro at de som har ventet svært lenge ikke representerer grupper som har livstruende sykdom, men som likevel har en lidelse de har rett til behandling for. Det er derfor et overordnet faglig og helsepolitisk mål at ventetiden for behandling av livstruende sykdom skal være så kort som overhodet mulig. Lange ventetider er kostbart, og mange venteliste-pasienter er sykemeldte. Gjennom de ulike tabellbeskrivelsene er det, for eksempel for fjerning av åreknuter, kommentert at enkelte fylker har høye behandlingsrater parallelt med lang ventetid. Isolert sett kan det tyde på at det er et udekket behov i befolkning i forhold til denne typen inngrep. Imidlertid kan høy aktivitet også ha endret henvisningspraksisen i disse fylkene i form av en lavere terskel for å henvise pasienter til dette inngrepet, sammenlignet med andre fylker som tilsynelatende dekker etterspørselen (jf fig i kap.3.1). Dette viser at det kan være vanskelig å tolke ventelister som en indikator på behov. Ventelister er med andre ikke en absolutt og konstant størrelse, de er stadig i endring. Kombinasjonen av disse forholdene i tillegg til den usikkerhet som er knyttet til kvaliteten i ventelistetall, gjør at man må tolke ventelistetall med en viss varsomhet.

Kapittelet viser at det er grupper innen elektiv kirurgi som har lengst median ventetid. I hovedsak gjelder dette gruppene ortopedi, plastisk kirurgi, øyekirurgi og øre-nese-halskirurgi. Det er hovedsakelig Helseregion Midt-Norge som oftest skiller seg ut med lange ventetider. Imidlertid behandles det mange i denne regionen i sammenligning med de andre regionene. I kommentar til tabell 3.1 antydes det at en av årsakene til dette kan være manglende kontinuitet i 1. linjetjenesten i denne regionen, hvor usikkerhet knyttet til når pasientene "vanligvis" henvises til sykehus kan være et problem. Den samme tendensen ses også i Helseregion Nord, hvor det er kjent at det er utfordringer knyttet til det å beholde leger i primærhelsetjenesten i distriktet over tid.

For den elektive kirurgiske aktiviteten samlet, er det en median ventetid på 98 dager i 2001. 69 prosent av pasientene får et tilbud innen 6 måneder. For enkelte grupper vil dette være akseptabelt, mens det for andre vil være urimelig lenge. Gjennomgangen viser også at det varierer mellom regionene og fylkene i andelen dagkirurgi. Åreknuter er et slikt eksempel, hvor behandlingsraten for dagpasienter varierer fra 21 per 1000 innbygger i Troms, til 261 per 1000 innbygger i Vest-Agder. Vest-Agder har for øvrig en betydelig lavere median ventetid enn for eksempel Troms.

For de "mest alvorlige" lidelsene som bypass-operasjoner og brystkreft er ventetiden, som forventet, mye lavere enn for de mindre alvorlige lidelsene. Imidlertid er variasjonen i ventetid for bypassoperasjoner relativt stor mellom de ulike regionene. I Helseregion Midt-Norge er median ventetid ca. 3 måneder, mens den f.eks. i Helseregion Sør er på ca. 3 uker. Dette viser at det er 124 prosent forskjell i median ventetid mellom regionen med høyest og lavest ventetid til dette inngrepet (gjennomsnittet for hele landet er på 40 dager). For brystkreftoperasjoner er det liten variasjon mellom regionene i median ventetid, der Helseregion Nord har kortest ventetid med 14 dager (gjennomsnittet for hele landet er på 22 dager).

4 Sykehussektorens effektivitet

Jon Magnussen

4.1 Bakgrunn

Effektivitet i ressursbruken er en sentral målsetting for all offentlig tjenesteproduksjon. Kunnskap om nivå og utvikling i effektivitet er viktig bakgrunn for beslutninger om struktur, organisering og finansiering. Analyser av effektivitet i sykehussektoren har vært gjennomført i en årrekke, både i SAMDATA og i andre sammenhenger. I noen grad er disse analysene beskrivende: I hvilken grad endres effektiviteten? Er det forskjeller i nivå og utvikling for ulike typer sykehus, innen ulike fylker eller mellom ulike regioner? Er det enkeltsykehus som har en særlig god eller dårlig utvikling? Andre typer analyser er mere opptatt av årsaks-sammenhenger: Hvilke sammenheng er det mellom styring og effektivitet, mellom finansiering og effektivitet, mellom tilgjengelighet og effektivitet osv?

I SAMDATA sammenheng har formålet primært vært å gi en beskrivelse av *utvikling i kostnadsnivå og effektivitet*, dels på nasjonalt nivå (Rønningen, 2001; Magnussen, 2000), dels på sykehusnivå (se f.eks. SAMDATA Tabeller, 2001).

Andre analyser har i sterkere grad fokusert på forholdet mellom struktur og effektivitet. Forholdet mellom *effektivitet og spesialisering* er analysert i Kittelsen & Magnussen (2002). Her sees spesielt på forholdet mellom ø-hjelp og elektiv virksomhet, forholdet mellom kirurgi og medisin og forholdet mellom poliklinisk og inneliggende aktivitet. I stor grad framstår sykehus som er "spesialiserte" langs en av disse dimensjonene som mere effektive enn sykehus som er med differensierte. Samtidig tyder analysene imidlertid også på at de beste differensierte sykehusene har et høyere effektivitetsnivå enn de beste spesialiserte.

Forholdet mellom *effektivitet og sykehustype* har vært diskutert i en rekke sammenhenger i SAMDATA, sist i Magnussen (2001). Bare i liten grad avdekkes i disse analysene systematiske forskjeller i effektivitet mellom de ulike sykehustypene.

Forholdet mellom *effektivitet og finansiering* er analysert i Bjørn et al (2002). Bakgrunnen er innføringen av innsatsstyrt finansiering (ISF) i sykehussektoren i 1997. Resultatene viser at innføringen av ISF ga en umiddelbar bedring i ressursutnyttelsen (teknisk effektivitet), men samtidig en økning i kostnadsnivået. Tolkningen blir dermed at selv om en aktivitetsrettet finansiering ga større vekst i aktivitet enn i ressursinnsats, var denne veksten dyr. Sykehusene hadde også i liten grad kunnskap om egne kostnadsforhold, og koblet mot "myke" budsjetttrammer ga dette en sterk og til dels uventet vekst i kostnadsnivået.

Formålet med dette kapitlet er tredelt.

- *Utvikling over tid.* I etablert SAMDATA tradisjon gir vi en beskrivelse av utviklingen i effektivitet som dekker perioden 1992-2001. Denne beskrivelsen er en oppdatering av tidligere års analyser.
- *Arven fra fylkeskommunene.* En beskrivelse av utviklingen i effektivitet innen hver av de fem helseregionene som danner grunnlaget for de nye regionale helseforetakene (RHF). Siktemålet med denne analysen er å gi en beskrivelse av det effektiviseringspotensialet

RHFene "arver" fra fylkeskommunene, med andre ord en baseline for framtidige vurderinger av konsekvensene av eierskapsreformen.

- *Forholdet mellom ulike typer arbeidskraft.* Vi fokuserer på forholdet mellom balansering av bruken av innsatsfaktorer og effektivitet. Tidligere analyser (Mobley & Magnussen, 1999) viser at det ikke er samsvar mellom grad av utnyttelse av sengekapasitet og utnyttelse av arbeidskraft. Mer spesifikt viser disse analysene at særlig administrativ arbeidskraft sjelden er avstemt mot den reelle kapasitetsutnyttelsen. Disse analysene er imidlertid basert på relativt gamle data (1991), og problemstillingen reises derfor på nytt i dette kapitlet.

Først, imidlertid, litt nærmere om datagrunnlag og metode.

4.2 Datagrunnlag og metode

Sykehusene behandler pasienter og produserer derigjennom en helsegevinst. Deres "egentlige" produkt vil dermed være *endring i helse relativt til en situasjon uten sykehusbehandling*. Denne størrelsen er imidlertid ikke observerbar, og tradisjonelt har man derfor målt sykehusenes effektivitet i forhold til deres produksjon av *helsetjenester*, og da målt i form av behandlede pasienter. Dette er i seg selv ikke uproblematisk. Ulike pasientgrupper krever såvel ulik mengde som ulike typer ressursinnsats. For å unngå å sammenlikne "epler og pærer" må man ta hensyn til dette i analysene.

I denne rapporten, som i tidligere analyser (Magnussen, 1996; Rønningen, 2001, Bjørn et al 2002) benyttes DRG-systemet og deres tilhørende kostnadsvekter til å korrigere for ulik pasientsammensetning i sykehusene. Det er usikkerhet ved såvel den medisinske homogeniteten i DRG-systemet som ved hvor eksakt kostnadsvektene samsvarer med forventete behandlingstkostnader for de forskjellige gruppene. I den grad disse kan forventes å påvirke resultatene diskuteres de der det er relevant.

Effektivitet måles som forholdet mellom ressursbruk og aktivitet og relativt til de sykehusene som representerer beste praksis. Vi måler to typer effektivitet:

- Teknisk effektivitet måles som forholdet mellom bruk av arbeidskraft, medisiner og medisinske forbruksvarer og samlet aktivitet.
- Kostnadseffektivitet måles som forholdet mellom samlede kostnader og samlet aktivitet.

Dersom sykehusene har en sammensetning av innsatsfaktorer som minimerer kostnadene vil disse to effektivitetsmålene være like. I motsatt fall vil den tekniske effektiviteten generelt være lavere enn kostnadseffektiviteten. Når vi i de analysene som presenteres her vurderer utvikling over tid, må det også påpekes at vi ikke lenger forholder oss til kostnadseffektivitet slik det defineres i streng forstand (Farrell, 1957), men snarere til utvikling i kostnadsnivå. Forskjeller mellom de to effektivitetsmålene vil dermed også kunne skyldes at det er vanskelig å korrigere eksakt for utviklingen i prisnivå.

Ved beregning av teknisk effektivitet måles ressursbruken som årsverk i tillegg til utgifter til medisiner, mens vi ved måling av kostnadseffektivitet måler ressursbruken som faktiske driftsutgifter. DRG systemet benyttes til å korrigere for pasientsammensetning, for øvrig håndteres en situasjon med flere produkter og flere innsatsfaktorer gjennom å bruke DEA metoden. En nærmere beskrivelse av metode og opplegg finnes i Magnussen (1994).

Vi skiller i våre analyser mellom to typer aktivitet; *aktivitet ved sengeavdelingene* og *aktivitet ved poliklinikkene*. Aktiviteten ved sengeavdelingene måles som summen av DRG-korrigerede heldøgnsopphold, antall langtidsliggedager (vektet med en "DRG-vekt⁵⁷") og antall dag-

⁵⁷ Basert på forholdet mellom stipulert gjennomsnittskostnad for et langtidsliggedøgn og DRG-enhetskostnad.

opphold⁵⁸ (vektet med en DRG-vekt). Aktiviteten ved poliklinikkene tilnærmes ved bruk av polikliniske refusjoner⁵⁹.

Ved måling av teknisk effektivitet defineres tre innsatsfaktorer; *legeårsverk, andre årsverk og utgifter til medikamenter og medisinsk forbruksmateriell*. Ved måling av kostnadseffektivitet defineres én innsatsfaktor; *brutto driftsutgifter*.

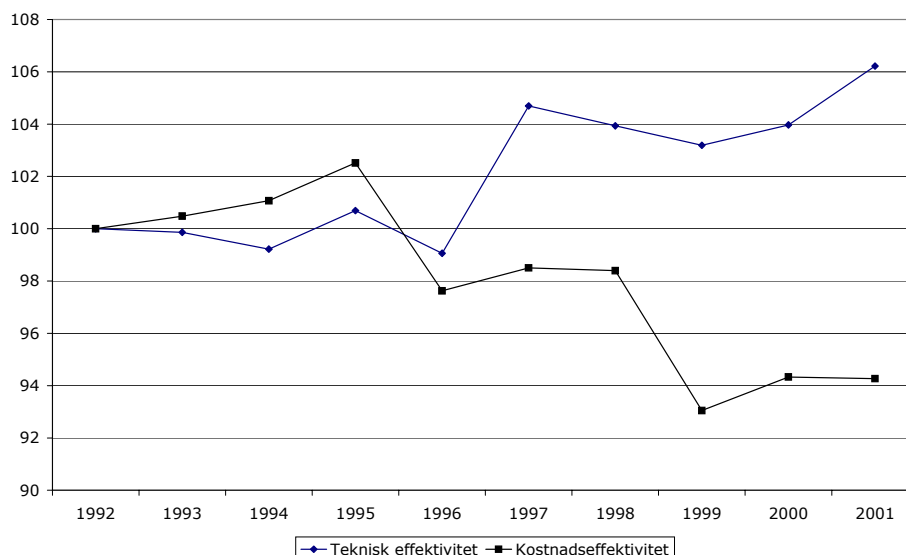
Analysene baseres på et datasett som strekker seg fra 1992 til 2001⁶⁰, en periode på 10 år. I denne perioden har det skjedd endringer med registrering og datakvalitet som vil kunne påvirke resultatene våre:

- Informasjon om dagbehandling er ikke tilgjengelig for årene 1992-94. Det antas også at årene 1995-98 er preget av underrapportering slik at det er først fra 1999 vi i full grad fanger opp denne aktiviteten.
- Fra 1999 ble dagbehandling utført ved poliklinikkene inkludert i den innsatsstyrte finansieringen. Dette fører til at de polikliniske inntektene reduseres betydelig. I tidligere analyser (eks Bjørn et al, 2002) er dette håndtert ved å "flytte" dagbehandlingen tilbake til poliklinikkene, gjennom å anslå hvilken refusjon denne aktiviteten hadde utløst under gammel ordning. Rønningen (2001) viser at dette gir en noe lavere effektivitetsvekst enn en modell hvor all dagbehandling inkluderes i produktmålet *aktivitet ved sengeavdelingene*.

Innføring av ISF har ført til en betydelig bedring i komplettheten av registrering av medisinske data. Et resultat av dette er at DRG-indeksen øker kraftigere enn den reelle aktivitetsøkningen. Hagen et al (2000) viser at dette gir en høyere effektivitetsvekst, men konkluderer med at dette ikke påvirker konklusjonen om at ISF har gitt vekst i effektiviteten.

4.3 Resultater – nasjonalt nivå

Figur 4.1 viser utviklingen i henholdsvis kostnadseffektivitet og teknisk effektivitet for perioden fra 1992 til 2001. 1992 er her referanseår, og har fått satt nivå lik 100.



Figur 4.1 Utvikling i teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet 1992-2001. 1992 = 100.

⁵⁸ Inkludert dagkirurgi.

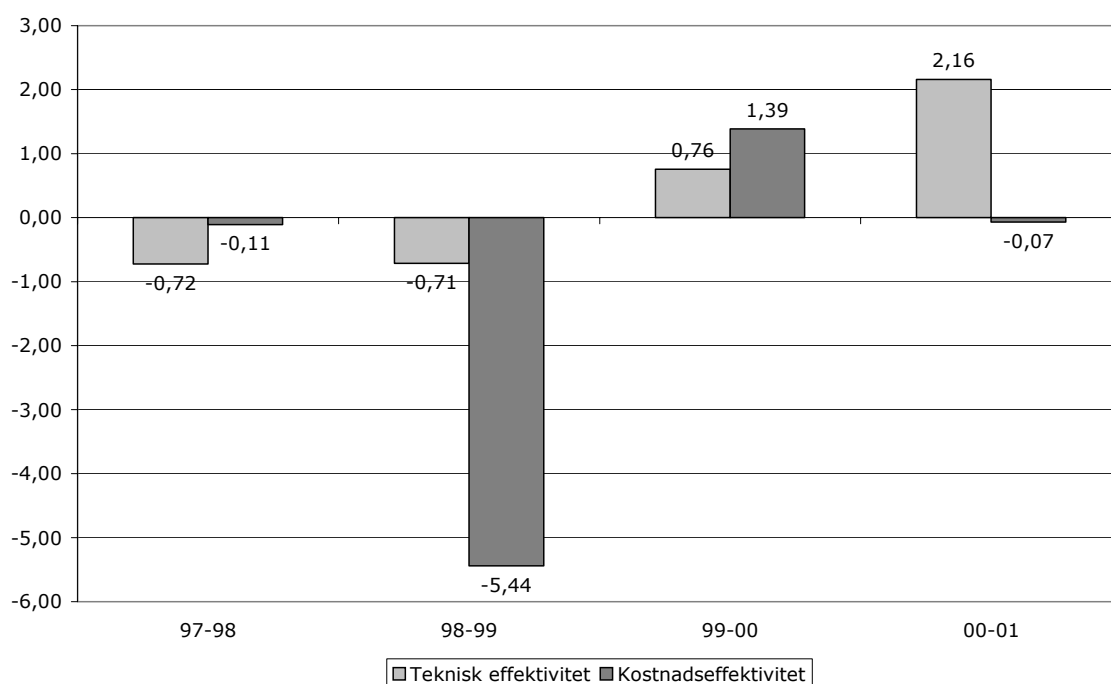
⁵⁹ Det kan stilles spørsmål ved denne måten å håndtere dagkirurgisk aktivitet på. Vi har også gjennomført analyser hvor denne ble behandlet som en separat type aktivitet. Dette påvirket ikke resultatene av analysene.

⁶⁰ En oversikt over sykehusene som inngår er gitt i vedlegg 1.

Merk at figuren baseres på et uvektet gjennomsnitt; alle sykehus teller dermed like mye. Begrunnelsen for dette er at vi primært ønsker å se hvordan den samlede utviklingen i beslutningsenhetene har vært i denne perioden.

Ser vi denne perioden under ett er det et fellestrekk at de årlige endringene, med noen unntak, ikke er særlig store. Videre ser vi at perioden fram til innføringen av ISF i 1997 var preget av et relativt stabilt effektivitetsnivå, mens kostnadsnivået økte (kostnadseffektiviteten falt) betydelig fra 1995 til 1996, i hovedsak på grunn av en sterk lønnsvekst. ISF har hatt en gunstig virkning på effektivitetsnivået, men uten store endringer ut over initialeffekten fra 1996 til 1997. Kostnadsnivået har imidlertid med unntak av et kraftig hopp fra 1998 til 1999 være rimelig stabilt.

Figur 4.2 beskriver den samme utviklingen på en litt annen måte ved å vise årlig endring i henholdsvis kostnadseffektivitet og teknisk effektivitet etter innføringen av ISF. Veksten i teknisk effektivitet fra 2001 til 2002 er i denne analysen drøye 2 %, og vi merker oss at dette er betydelig lavere enn den veksten i arbeidsproduktivitet som er presentert i SAMDATA (2002). Dette skyldes i hovedsak tre forhold: For det første er aktiviteten ved poliklinikkene og langtidspasientene inkludert i de analysene som her presenteres. Svak vekst i begge disse bidrar til å redusere produktivitetsveksten sammenholdt med SAMDATA (2002). For det andre er disse tallene altså ikke vektet, og en sterk vekst i effektiviteten i et stort sykehus vil dermed ikke telle mer enn veksten i et lite sykehus. For det tredje beregnes vekst arbeidsproduktivitet i SAMDATA (2002) ift behandlerårsverk, mens vi her inkluderer alle årsverk.



Figur 4.2 Prosent endring i teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet fra foregående år.

Resultatenes robusthet:

Det vil åpenbart være målefeil i en del av de variablene som inngår i analysene. Spørsmålet er om disse vil være av en slik art at de gir systematiske skjevheter i resultatene. Følgende faktorer må påpekes:

- Økende antall eldre i sykehusene, kombinert med vridning av aktiviteten mot poliklinikk/dagbehandling kan føre til at de gjenværende pasientene blir mer ressurskrevende enn det som fanges opp av DRG-vektene. Hvis dette er tilfelle vil det trekke i retning av at vi undervurderer produktivitetsveksten.

Samtidig må det påpekes at enkle korrelasjonsanalyser viser at det ikke er noen sammenheng mellom verken kostnadseffektivitet eller teknisk effektivitet og gjennomsnittlig pasienttyngde.

- Innføring av ISF har ført til en langt mer komplett koding av medisinske data. Dette fører igjen til at en del pasienter havner i DRG-er som er mer ressurskrevende enn hva tilfellet ville ha vært med "gammel" koding. Dette vil trekke i retning av at vi overvurderer aktivitetens veksten, og dermed produktivitetsveksten.
- Poliklinisk aktivitet måles i våre analyser som en vektet sum av konsultasjoner og taksater. Dersom takstene utvikler seg forskjellig fra den generelle prisstigningen vil dette kunne påvirke våre resultater.

Kompletthet av data:

- Vi mangler informasjon om kapital. Det er grunn til å tro at sykehusene i den perioden vi her ser på har blitt mere kapitalintensive. Når dette ikke fanges opp i våre analyser vil det trekke i retning av at vi overvurderer den reelle veksten i produktivitet.
- For perioden 1992 til 1998 er dagkirurgien mangelfullt registrert. Det betyr at aktiviteten fra 1999 og utover gjør et "kunstig" hopp, og vi overvurderer effektiviteten i disse periodene ift perioden 1992-1998. Merk imidlertid at dette ikke får konsekvenser for skiftet i effektivitet fra 1996 til 1997.

4.4 Utvikling innen helseregionene

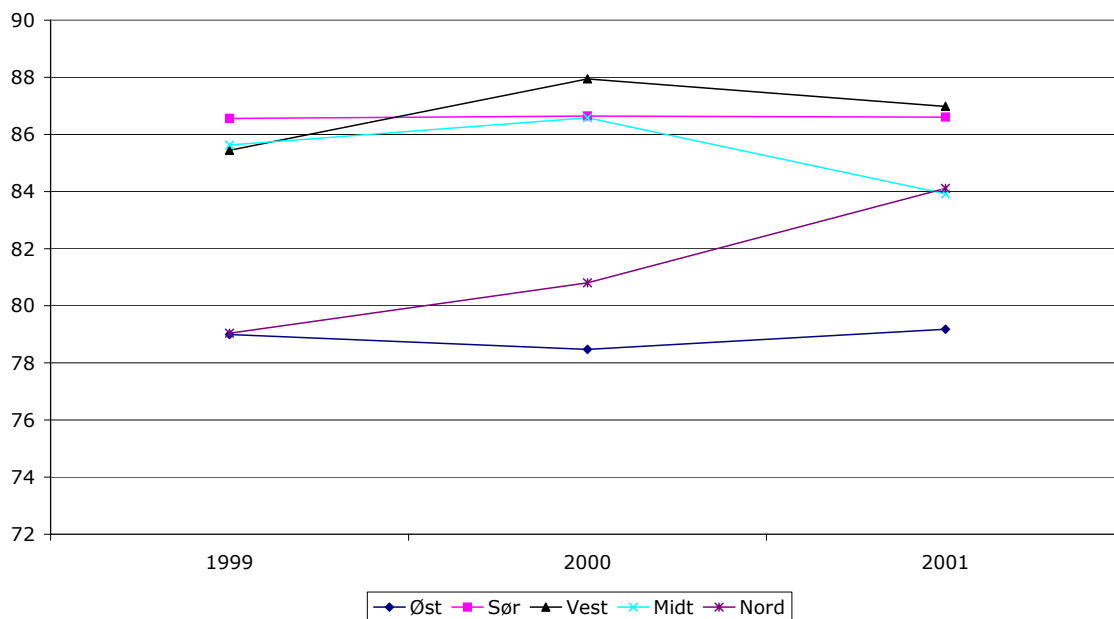
Det fylkeskommunale eierskapet til sykehusene var basert på det finansielle ansvarsprinsippet; den som hadde ansvaret for driften skulle også ha ansvaret for kostnadene. Samtidig ble det fylkeskommunale eierskapet legitimert med en tro på at nærhet mellom eier og bruker ville gi et tilbud som var bedre avstemt mot behovet enn en mere sentralisert løsning. Magnussen (1998) viser hvordan troen på det fylkeskommunale eierskapet langsomt ble avløst av statlige særtiltak i form av forskrifter, spesifiserte tilleggspakker og etterhvert også innføringen av ISF. Fra 2000 ble fylkene pålagt å revitalisere det regionale helsesamarbeidet gjennom utarbeiding av regionale helseplaner. Disse planene skulle sikre en mer helhetlig utnyttning av regionens samlede ressursper, og mere spesifikt hindre unødig dublering av kapasitet.

Det regionale helsesamarbeidet rakk ikke å virke lenge før staten overtok sykehusene. Innledende analyser kan tyde på at et formalisert regionalt helsesamarbeid til en viss grad har ført til at det regionale nivå i større grad framstår som et beslutningsnivå (Finstad et al, 2000). Det er imidlertid variasjoner mellom regionene, og det er uklart i hvilken grad det er fattet beslutninger med omfattende strukturelle konsekvenser. Det er derfor vanskelig for perioden fram til sykehusreformen å betrakte helseregionene som noen reell beslutningsenhet. På denne bakgrunn er det heller ikke naturlig å studere utviklingen i effektivitet på regionnivå. Når vi allikevel velger å fokusere nettopp på dette, er det fordi dette gir oss et

grunnlag for senere å se hvordan de regionale helseforetakene har klart å øke effektiviteten og eventuelt redusert variasjonene innen helseforetakene⁶¹. Vi fokuserer på tre forhold:

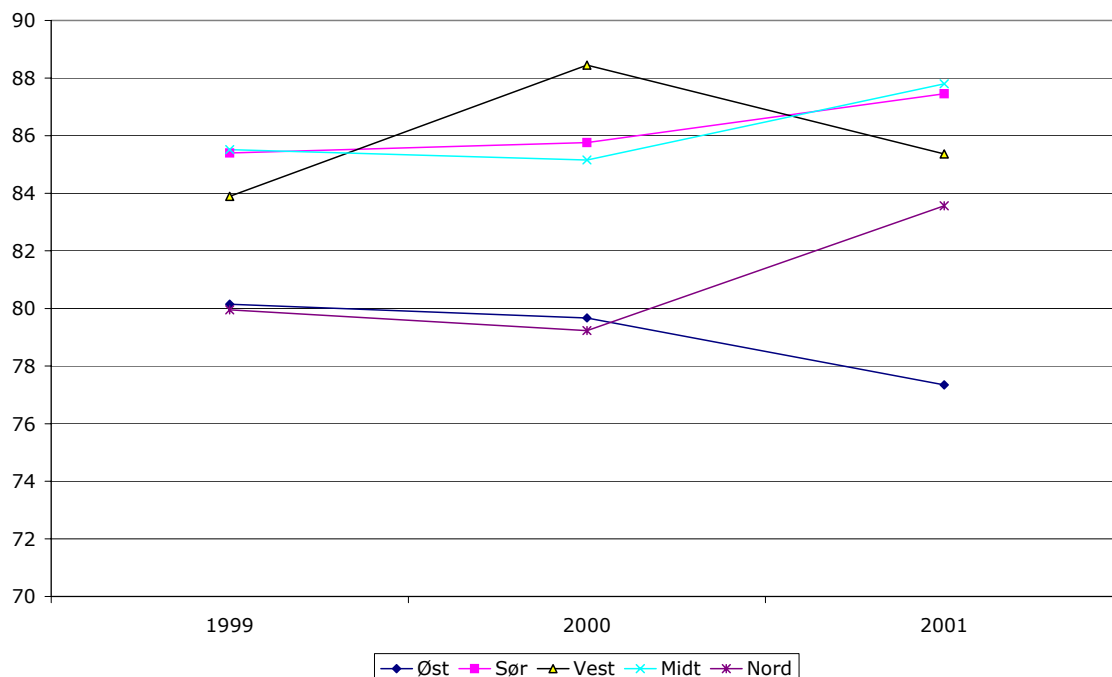
- Utvikling i effektivitet i perioden 1999-2001
- Forskjeller i nivå på effektiviteten i 2001
- Spredning i effektivitet innen hver av de fem regionene.

Merk imidlertid at det er store variasjoner innen helseregionene. Nivåforskjeller og forskjeller i utvikling må derfor tolkes med stor varsomhet.



Figur 4.3 Utvikling i kostnadseffektivitet pr helseregion 1999-2001.

⁶¹ Ikke alle sykehusene inngår i disse analysene. Vedlegg 1 gir en oversikt over deltakende sykehus.



Figur 4.4 Utvikling i teknisk effektivitet pr helseregion 1999-2001.

I figurene 4.3 og 4.4 vises regionvis utvikling i kostnadseffektivitet og teknisk effektivitet for perioden 1999-2001. To poenger er verdt å trekke fram:

- Region Øst har en betydelig, og signifikant, lavere kostnadseffektivitet enn de øvrige regionene, med unntak av region Nord. Også nivået på den tekniske effektiviteten er lavere, men forskjellene er kun signifikante i 2001.
- Region Nord har i 1999 og 2000 er lavt nivå på den tekniske effektiviteten, men bedrer seg i 2001. For 2001 er forskjellene mellom de andre regionene ikke signifikante. Med unntak av region Nord som har en signifikant bedre utvikling i teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet fra 2000 til 2001, er det ikke vesentlige forskjeller mellom helse-regionene i utvikling.

I alle helseregionene er det en betydelig spredning mellom sykehusene ift effektivitetsnivå. Tabell 4.1 viser fordeling av sykehus i intervaller rundt det regionvise gjennomsnittet. Her er brukt målet på teknisk effektivitet

Tabell 4.1 Variasjoner rundt gjennomsnittlig teknisk effektivitet i 5 % intervaller. Teknisk effektivitet 2001.

	Lavere enn gjennomsnitt			Snitt	Høyere enn gjennomsnitt		
	>10%	5-10%	<5%		< 5%	5-10%	>10
Øst		4	2	77,3%	1	2	2
Sør	1	2		87,5%	6	2	
Vest		3	4	85,4%	1		2
Midt	1		2	87,8%	4	2	
Nord	3	1	2	83,6%		2	3

Det er innen de enkelte regionene stor spredning. I Helseregion Nord ligger 6 av de 10 sykehusene som inngår med et effektivitetsnivå som avviker mer enn 10 prosentpoeng fra gjen-

nomsnittet. Helse Sør, på det andre siden har kun 1 av 10 sykehus med et avvik på mer enn 10 prosentpoeng fra gjennomsnittet og har sine sykehus godt samlet rundt gjennomsnittet. Om man antar at forskjellene i effektivitet dels avspeiler forskjeller i organisatorisk og ledelsesmessig dyktighet, vil dette innebære at det i Helseregion Nord, med et relativt større gap mellom topp og bunn vil være mere å hente på effektiviseringsarbeid enn hva tilfelle er f.eks. i Helse Sør og Helse Vest⁶².

Vi konstaterer at det etter innføring av reformen har vært ført ulike strategier i de fem regionale helseforetakene i forhold til strukturelle og organisatoriske endringer. I den grad endringer har vært foretatt har dette vært i form av sammenslåinger av sykehus til større foretak. Den internasjonale litteraturen rundt forholdet mellom størrelse og effektivitet er ikke konkluderende, og det vil i framtida være et interessant empirisk spørsmål hvorvidt de sammenslåinger som nå skjer vil bidra til reduserte regionsvise forskjeller og til økt effektivitet.

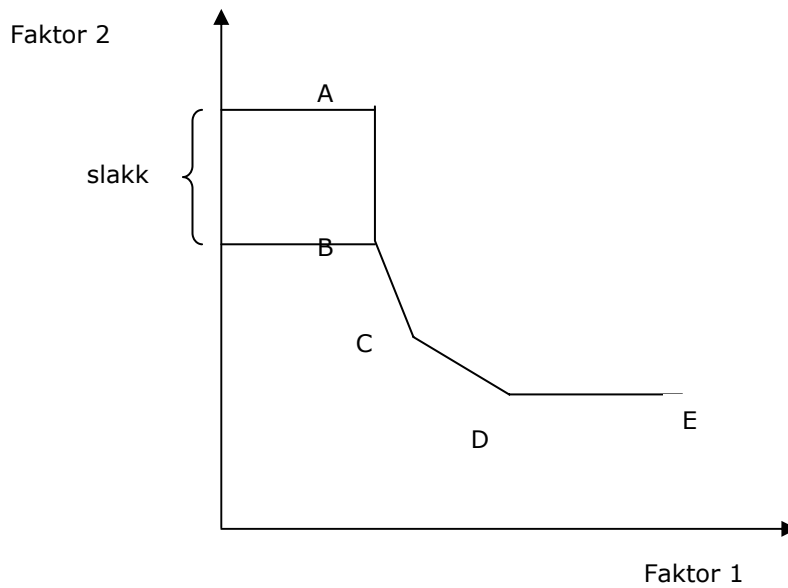
4.5 Utnyttelse av lege- og sykepleierressurser

Det målet på teknisk effektivitet som er benyttet her forutsetter at sykehusene kan opprettholde sin aktivitet gjennom en proporsjonal reduksjon i alle innsatsfaktorer som tilsvarende. I noen tilfeller kan det imidlertid være en ubalanse i sammensetningen av innsatsfaktorer som gjør at noen faktorer kan reduseres ytterligere. Problemene med ubalansert sammensetning i faktorbruken er bl.a. diskutert for sykehussektoren i Nyland og Bjørnenak (2000). I et arbeide basert på data fra 1991 viser Mobley & Magnussen (1999) at kostnadene ved ledig kapasitet i norske sykehus er betydelig større enn de behøver å være bl.a. fordi det er en ubalanse mellom bruken av administrativt personell og leger og sykepleiere. Spørsmålet er om situasjonen er lik 10 år etter.

For å kunne analysere dette må vi basere oss på en noe annen modellspesifikasjon enn den som er benyttet til avsnittene over. Betrakt imidlertid først figur 4.5 for en illustrasjon over prinsippet bak beregningene.

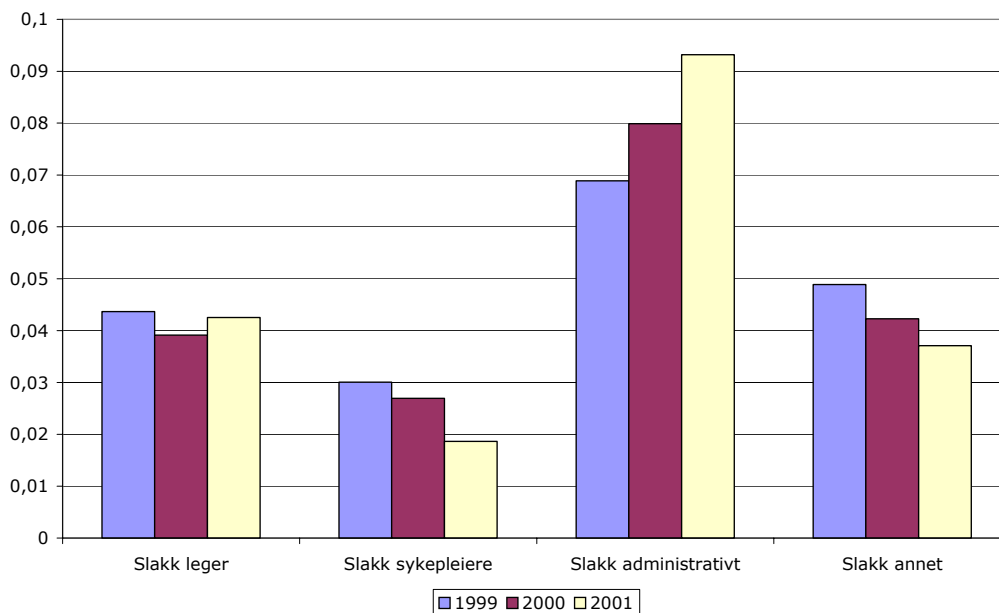
Figuren illustrerer mulige kombinasjoner av to innsatsfaktorer for å behandle et gitt antall pasienter. Kombinasjonene i området B-D sies å være teknisk effektive; dvs at det er ikke mulig å redusere bruken av de ene uten samtidig å øke bruken av den andre. Kombinasjoner av faktorer nordøst for denne linja er ineffektive, fordi det her er mulig å redusere bruken av begge faktorer uten å redusere aktiviteten. Det sentrale i vår analyse er nå områdene A-B, og D-E, dvs de loddrette eller vannrette delene av figuren. Når effektivitetsfronten beregnes empirisk vil også disse regnes som tilhørende fronten. I pkt A er det imidlertid mulig å redusere bruken av faktor 2 uten samtidig og øke bruken av faktor 1. Vi sier derfor at det i pkt 2 er *slakk* i bruken av faktor 2. Også for sykehus som i utgangspunktet er ineffektive kan det være slakk, dvs at det er mulig å redusere bruken av en faktor mer enn bruken av de andre.

⁶² På den andre siden skal man ikke se bort i fra at det også kan være ting å hente ved å se på tvers av helseforetakene.



Figur 4.5 Effektivitetsfront med to innsatsfaktorer og ett produkt. Definisjon av slakk.

I denne analysen beregnes slakk for fire typer arbeidskraft; leger, sykepleiere, administrativt personell og annet personell. For å kunne gjøre dette må vi basere oss på en litt annen modellspesifikasjon enn valgt over. I dette tilfellet erstattes faktoren "ikke leger" med sykepleiere, annet pleiepersonell, annet behandlingpersonell, administrativt personell og annet personell. Figur 4.6 viser gjennomsnittlig % beregnet slakk⁶³ for hver av disse for årene 1999-2001.



Figur 4.6 Teoretisk effektiviseringsgevinst ved å eliminere slakk. 1999-2001.

⁶³ Merk formuleringen "beregnet slakk". Det absolutte nivået vil avhenge av modellspesifikasjon og metodevalg. Diskusjon av slakkvariable på institusjonsnivå er derfor ikke meningsfullt, men på aggregert nivå vil denne typen analyser gi klare indikasjoner på evt overforbruk av spesielle typer arbeidskraft.

Det er flere forhold som skal kommenteres her:

For det første er kategorien administrativt personale den kategorien med det klart høyeste effektivitetstap pga slakk, og denne andelen er stigende i den perioden vi her ser på.

For det andre er det høyere andel slakk i kategorien leger enn i kategorien sykepleiere, og sistnevnte faller også kraftig i denne perioden.

Foruten de forbeholdene som er tatt rundt metode må det også sies at resultatene er avhengig av at personell er plassert i riktig kategori. Analysene synes allikevel å bekrefte resultatene fra Mobley & Magnussen (1999). Dette er interessant fordi det antyder at sykehussektoren i Norge i tiårsperioden 1991 til 2001 har være preget av en ubalanse mellom behandlingspersonell og administrativt personell og denne ubalansen har vært i disfavør av behandlingspersonellet. Samtidig støtter også analysene en forestilling om at sykepleiere relativt sett utgjør en større knapphetsfaktor i sykehusene enn hva legene gjør⁶⁴.

4.6 Oppsummering og avsluttende kommentar

Ved overgang fra fylkeskommunalt til statlig eierskap av sykehusene kjennetegnes sektoren av:

- et svakt stigende nivå på teknisk effektivitet og et stabilt kostnadsnivå
- store variasjoner mellom helseregionene, store variasjoner innen helseregioner, og også ulik spredning innen helseregionene
- en ubalanse mellom bruk av administrativ personell og behandlingspersonell, og til en viss grad en ubalanse mellom bruk av leger og bruk av pleiepersonell.

Eierskapsreformen er ambisiøs i sin utforming og i sine målsettinger. Tiden vil vise om den vil lykkes.

⁶⁴ Selv om det naturligvis er et stykke fra å ha mindre gjennomsnittlig slakk til å være en knapphetsfaktor. Analysene vil ventelig imidlertid også dekke over store interne variasjoner i sykehusene.

5 Hvem får døgntilbud i det spesialiserte psykiske helsevernet?

Torhild Heggstad

5.1 Innledning

Psykisk helsevern går inn i det nye tusenåret med implementering av to store reformer: omstrukturering til mer desentraliserte og bostedsnære tjenester, og innføring av en regionalisert, statseid spesialisthelsetjeneste. Dette innebærer nytenking som får konsekvenser både for innholdet i og fordelingen av tilbudene. Som konsekvens vil funksjonsdelingen mellom institusjoner endres, og differensieringen av tjenesten være under utvikling. Det kan også tenkes at større grad av samlet områdeansvar for både somatiske og psykiatriske tjenester, kan gi endrede perspektiver.

I en slik endringsprosess vil det være av interesse å gi en beskrivelse av situasjonen ved inngangen til det regionaliserte helsevesenets epoke. I dette kapitlet rettes oppmerksomheten mot hvilke pasientgrupper som får et døgntilbud innenfor det spesialiserte psykiske helsevernet. Hva karakteriserer pasientene, og hvor får de sin behandling? Varierer prioriteringen mellom ulike områder? I tillegg til å beskrive pasientsammensetningen ved hjelp av alder og diagnoser, benyttes også vurderingene av pasientenes funksjonsnivå målt ved GAF-skåre. Fordi samme person kan bli lagt inn flere ganger i løpet av året, er også ulike gruppers sannsynlighet for gjentatte innleggelse analysert.

Befolkningens bruk av tjenester er ikke bare avhengig av sykkeligheten, men også etterspørselen etter behandling. Ikke alle med behov søker hjelp. Innholdet, intensiteten og varigheten av behandling varierer både med type lidelse og fase i sykdomsforløpet. Alvorlige lidelser med relativt lav forekomst i befolkningen kan dermed kreve en stor andel av behandlingsressursene, som f.eks. schizofreni (Johannessen 2002). For å tilrettelegge et godt tjenestetilbud må man ta utgangspunkt i hvilke antatte behov som finnes i et område. Det vil likevel være stort rom for ulike prioriteringer og valg, både i retning av ulike typer behandlingsopplegg, og ulik fordeling av oppgaver innenfor området.

Samtidig finnes det altså føringer og krav om endring fra sentrale helsemyndigheter (St. meld 25 1996-97, St. prp 63 1997-98). I problembeskrivelsen som lå til grunn for opptrappingsplanen, lå en erkjennelse av at det fantes utfordringer på et bredt felt: fra økt tilgjengelighet til bedre behandling og oppfølging. Via pressen formidles det fortsatt beskrivelser av enkeltpasienter og grupper med manglende eller utilfredsstillende tilbud. Når det gjelder organiseringen av tjenesten, kan det også hevdes at de helsepolitiske føringene inneholder elementer som trekker i ulike retninger, og ikke like lett lar seg forene. Et eksempel kan være at de aller fleste pasienter skal få tilbud der de bor, også for tilstander som krever høyt spesialisert kompetanse og mye erfaring. Samtidig blir et hierarki opprettholdt. Arbeidsfordelingen mellom sykehusnivået og de distriktpspsykiatriske sentra (DPS) er derfor et område det knyttes spenning til. DPS-områdene skal i stor grad være "selvforsynte", og ha etablert kompetanse til å takle de aller fleste tilstander. Samtidig skal sykehusene fortsatt ha "øyeblikkelig hjelp" funksjon, samt ha enheter for pasienter som krever særlig skjerming og bruk av tvang. Kompetansesentra etableres (Statens helsetilsyn 1995), men ikke primært

for å sentralisere behandling, men for å spre kompetanse. Det er trolig at ulike områder kan utvikle forskjellige alternative løsninger på funksjons- og arbeidsfordelingen mellom nivåene. Større brukermedvirkning og valgfrihet for pasientene kan også tenkes å medføre større flyt i behandlingsstrømmene, både i retning der man raskt kan få hjelp, og i retning de mest spesialiserte og kompetente sentra.

5.2 Materiale

Analysene bygger på pasientdata, også kalt Minste basis datasett (Norsk Pasientregister 2000). Datasettet ble innsamlet for andre gang for driftsåret 2001. Registreringsenheten i data er såkalte registrerings-*episoder*, enkelt sagt avdelingsopphold for døgnpasienter. Sammenhengende avdelingsopphold er her lenket sammen til institusjonsopphold for å forenkle sammenligninger mellom institusjoner med ulik organisering.

Når det gjelder enheter minner vi om skillet mellom opphold og *pasient*. En pasient kan ha flere opphold i løpet av et år, slik at antallet opphold ikke gir antallet *personer* med en bestemt type lidelse. Mulighetene for gi eksakt informasjon om antallet personer som behandles, begrenses av at det ikke er etablert registre med mulighet for gjennomgående lenking av behandlingsepisoder uansett hvor og når de forekommer. I dette kapitlet presenteres derimot også tall for "pasienter", basert på at alle opphold i løpet av året ved *samme* institusjon for en gitt pasient, er koblet sammen.

Det har vært rettet mye oppmerksomhet mot påliteligheten av pasientdata, og komplettheten i registreringene (Statens helsetilsyn 2002). Fra 2000 ble datasettet utvidet til Minste basis datasett, og også gjort obligatorisk. Implementeringen av det nye datasettet har tatt mer tid enn forventet, og mange er utålmodige. Vi deler den utålmodigheten, samtidig vet vi at det jobbes aktivt i alle deler av landet for å få det etablert. Enkelte områder har allerede oppnådd gode resultater, f.eks. Vestfold og Sogn og Fjordane. For å oppnå et godt resultat, må både de tekniske løsningene være gode, og det må være interesse og vilje lokalt til å følge opp kvaliteten av registreringene.

Det er altså ikke vanskelig å finne gode data for deler av landet. Når man skal gjøre landsdekkende analyser som tradisjonen er i Samdata, blir utfordringene store med å balansere krav til områdedekning og datakvalitet. Stiller man svært strenge kvalitetskrav, følger det at få områder kan inkluderes. Fordi vi mener at det er viktig å benytte data og synliggjøre mulighetene som ligger i dem, har vi her valgt noen kompromisser. Konkret betyr dette å akseptere mindre komplette data (større andeler med manglende registreringer), enn vanlig. Samtidig er resultatene framstilt slik at usikkerheten i data synliggjøres. Det er altså knyttet usikkerhet til representativitet og generaliserbarhet av resultatene. Mangelen på komplette data gjør det også vanskelig å gjennomføre befolkningsbaserte eller områdevisse analyser.

Manglende kompletthet kan ha sin årsak i at ikke alle institusjoner leverer data, eller at datasettet har mangelfulle registrering av enkelte felter. Man finner en kombinasjon for år 2001. Tre fylker mangler helt data for dette året, nemlig Buskerud, Telemark og Nord-Trøndelag, mens fra Møre og Romsdal mangler de to sykehusene. Enkeltinstitusjoner mangler også fra andre områder. I alt inngår 115 institusjoner i datamaterialet, disse representerte 81% av alle opphold på landsbasis vurdert ut fra totaltallene i institusjonsstatistikken (Samdata Tabeller).

For enkelte opplysninger i datasettet er informasjonen komplett, f.eks. for alder, bosted og oppholdstid. Særlig utsatt for manglende registrering er data om diagnose og funksjonsnivå. Her har det vært nødvendig å gjøre enkelte innskrenkninger i utvalget ved våre analyser. Inklusjonskriteriet her har vært at den enkelte institusjon har registrert informasjon om hhv. diagnose og GAF-skåre for en relativt høy andel av de avsluttede oppholdene. Ytterligere spesifisering av de ulike utvalgene finnes i vedlegg v5.1. De ulike analysene er forøvrig også gjentatt for bredere utvalg, med inklusjon av alle opphold med registrert informasjon. Resultatene fra disse analysene har ikke avveket vesentlig fra de utvalgsanalysene som refereres. Analysene som presenteres er avgrenset til å gjelde døgnopphold.

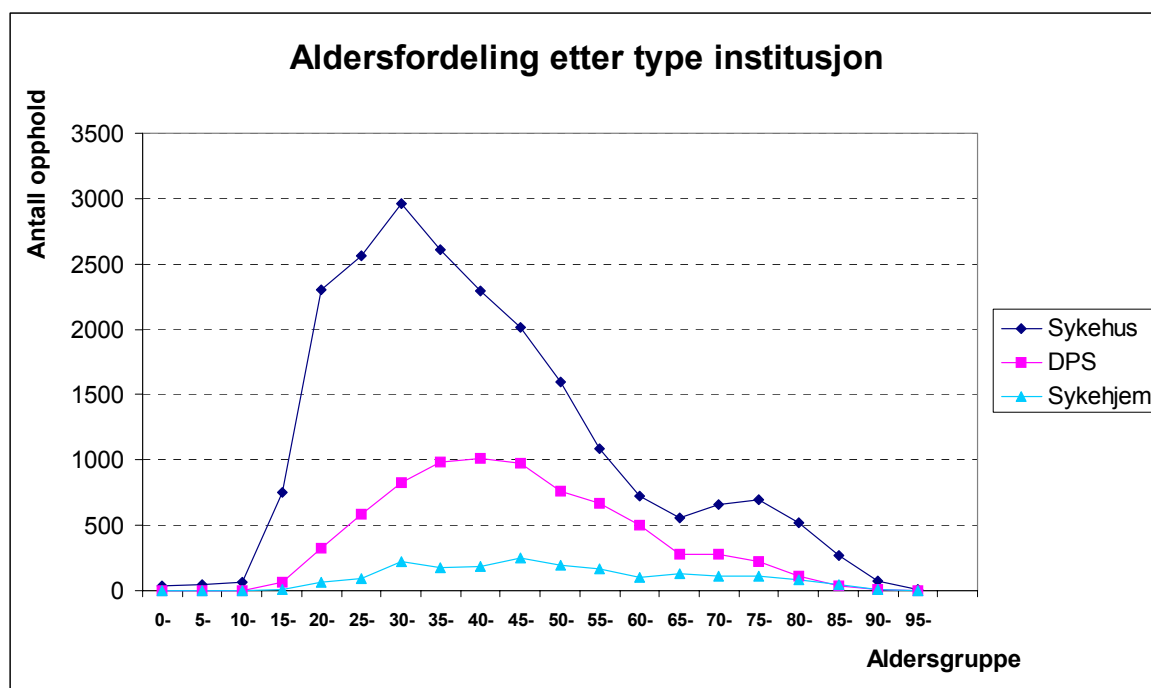
Når det gjelder inndelingen i ulike typer institusjoner, benyttes i dette kapitlet typologien beskrevet i Samdata Tabeller 2002.

5.3 Fordeling av tjenester etter alder og type institusjon

Innenfor psykisk helsevern er det få pasientgrupper med et definert behov for høyspesialiserte tjenester. De regionale tilbudene skal altså dekke det meste. Modum Bads Nervesanatorium behandler imidlertid pasienter fra hele landet. I 2001 hadde Modum Bad flest pasienter innlagt fra fylkene Buskerud, Hordaland, Oslo og Finnmark. Færrest pasienter kom fra Nord Trøndelag og Sogn og Fjordane. Situasjonen var likevel slik på landsbasis at over 90% av pasientene fikk sitt sykehusstilbud innenfor eget bostedsfylke. Unntaket var pasienter bostatt i Finnmark, der ca 15% av oppholdene foregikk ved Modum. Analyser etter institusjonenes tilknytningsfylke vil derfor være rimelig representative for det tilbudet som gis befolkningen i området.

En av målsettingene i opptrappingsplanen er at behandlingen i større grad skal desentraliseres til distriktpspsykiatriske enheter. Men fortsatt forgår hovedtyngden av all behandling på sykehusnivå, målt både som utskrivinger og oppholdsdøgn: henholdsvis 69% og 56%, (Samdata Tabeller). Institusjoner klassifisert som distriktpspsykiatriske sentra stod for 25% av alle opphold og 29% av alle oppholdsdøgn. Sykehjemmenes rolle var mer beskjeden, med 7% av alle opphold, og 14% av alle oppholdsdøgn.

Til den voksne befolkningen som sogner til institusjonene innenfor psykisk helsevern, er det vanlig å inkludere aldersgruppene 18 år og eldre. Beregner man alderssammensetningen i befolkningen for disse gruppene, finner man at ca halvparten befinner seg i kategorien 18-44 år, mens 20% er eldre enn 64 år⁶⁵. Figuren nedenfor viser aldersfordelingen blant døgnpasienter ved de psykiatriske institusjonene i 2001.



Figur 5.1 Aldersfordelingen for pasienter innlagt ved ulike typer døgninstitusjoner 2001, målt etter antall opphold, både avsluttede og uavsluttede.

⁶⁵ Aldersfordelingen i den voksne befolkningen (18 år og eldre): 11% i kategorien 18-24 år, 38% er mellom 25 og 44 år, 31% mellom 45 og 64 år, og 20% er 65 år og eldre.

Figuren bekrefter den volummessige dominansen som sykehusene fortsatt har, for alle aldersgrupper. Flest opphold, uavhengig av institusjonstype, finner man blant de yngre (under 45 år), med 58% av alle opphold totalt: 63% av sykehusoppholdene, 50% av oppholdene ved DPS-er og 39% av oppholdene ved sykehjem. Ser man på andelen av de aller yngste for de ulike typene institusjoner, finner man at sykehusene har den høyeste andelen opphold for de under 25 år, med 15%. Men også DPSene har en relativt høy andel yngre pasienter, og selv for sykehjemmene er oppholdene spredt over alle aldersgrupper. Personer over 64 år stod i alt for 13% av oppholdene, varierende fra ca 12% både ved sykehus og DPS-er, til 25% ved sykehjemmene. Det er altså ikke slik at sykehjemmene har hovedsakelig eldre pasienter. Målt ved gjennomsnittlig og median alder er fordelingen følgende: sykehus: 42 år i gjennomsnitt (median 39), DPS: 46 år (45), og sykehjem 51 år i gjennomsnitt (median 49).

Tabell 5.1 viser aldersfordelingen splittet etter helseregion. Opphold ved sykehus presenteres her separat, og fordelingen av ulike alderskategorier er målt både i andel av alle opphold og av alle oppholdsdøgn.

Tabell 5.1 Fordeling av aktiviteten ved sykehusene etter aldersgrupper per region. Prosentvis fordeling målt etter hhv. antall oppholdsdøgn og opphold (inkluderer også uavsluttede opphold).

Helse-region	-24 år		25-44 år		45-64 år		Over 64 år		Sum
	Opph.	Døgn	Opph.	Døgn	Opph.	Døgn	Opph.	Døgn	
Øst	13,9	14,0	46,1	45,3	24,5	23,6	15,5	17,1	100
Sør ¹⁾	14,3	18,0	51,2	53,1	22,8	19,3	11,7	9,5	100
Vest	14,5	15,3	47,9	47,0	24,9	24,6	12,6	13,1	100
Midt Norge ¹⁾	15,4	15,2	47,7	48,7	24,8	24,8	12,0	11,3	100
Nord	15,7	17,2	51,4	47,9	24,5	23,8	8,5	11,1	100
Samlet	14,4	15,1	47,9	47,0	24,4	23,6	13,2	14,3	100
									(20 839 opph/ 801 447 døgn)

1) For Region Sør mangler sykehusene i Buskerud og Telemark. Tallene for Region Midt Norge inkluderer bare sykehuset i Sør-Trøndelag (de andre har ikke levert data for 2001).

Man finner enkelte regionale forskjeller, selv om profilene i hovedsak er ganske like. Region Øst har en noe høyere andel blant de eldste, mens Region Sør synes å satse relativt mer på de yngre aldersgruppene, særlig målt i antall oppholdsdøgn. Også Region Nord tenderer til en relativt større andel av de yngre aldersgruppene på sykehusnivå. Variasjonene må selvsagt relateres til de alternative tilbudene i områdene samt befolkningens sykkelighet og alderssammensetningen. Denne varierer forøvrig ikke svært mye på regionnivå innenfor de alderskategoriene som er vist.

I forhold til andelen i befolkningen viser aktivitetsprofilene totalt sett for alle institusjonstyper samlet, at det gis relativt sett noe mer til de yngre, og litt mindre til de eldre. Sammenlignet med de somatiske sykehusene står de eldre for en betydelig mindre andel av oppholdene innenfor psykisk helsevern. Når det gjelder antallet opphold per person, viste en analyse av sammenlenkede opphold for år 2001, at de eldste (65 år og eldre) i gjennomsnitt hadde færre opphold per person enn de yngre.

5.4 Pasientsammensetningen kategorisert etter diagnose

Diagnoser er en måte å beskrive pasientenes tilstand på som gir et utgangspunkt for å vurdere behov og tilrettelegge behandlingsopplegg. Vanligvis settes en hoveddiagnose og eventuelt en eller flere bidiagnoser ved avslutningen av et opphold. Fordi det finnes svært

mange ulike enkelt-diagnoser er det nødvendig å forenkle framstillingen ved å benytte hovedkategorier. I dette kapitlet følges i hovedsak kategoriblokkene i ICD-10.⁶⁶ De beskrivelsene som gis, bygger på analyser av et utvalg institusjoner med relativt høy andel opphold der diagnosen er registrert (se vedlegg v5.1).

Betrakter man alle døgnopphold samlet uavhengig av hvor de foregår, (tabell 5.2), finner man to dominerende kategorier, nemlig pasienter med stemningslidelser (affektive lidelser), og pasienter med hoveddiagnoser innenfor schizofrenigruppen. Deretter følger tre grupper med omlag 10% hver, nemlig pasienter med personlighets-/atferdsforstyrrelser, brukere av psykoaktive stoffer samt pasienter med nevrotiske/belastningsrelaterte tilstander. Vi minner om at klassifiseringen baserer seg på angitt hoveddiagnose.

Tabell 5.2 Pasientsammensetning etter hoveddiagnosegruppe for døgnopphold ved alle typer institusjoner samlet. Avsluttede opphold 2001.

Hoveddiagnosegruppe (etter kategoriblokker i ICD 10)	Pst av opphold	Antall
Organiske psykiske lidelser	5	849
Bruk av psykoaktive stoffer	10	1 888
Schizofreni, schizotype og paranoide lidelser	27	4 953
Affektive lidelser	30	5 516
Nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser	10	1 894
Atferdssyndromer v/fysiol. og fysiske forstyrrelser	1	137
Personlighets- og atferdsforstyrrelser	11	2 030
Psykisk utviklingshemning	1	156
Uspesifiserte psykiske lidelser	4	710
Annet	2	294
Sum	100	18 427
Antall opph. uten registrert diagnose		4 014
Sum opphold i utvalget ¹⁾		22 441

1) De avsluttede oppholdene som inngår i utvalget (22 441) representerer 66% av alle utskrivinger ved døgninstitusjoner totalt i Norge vurdert etter totaltall fra driftsstatistikken (se Samdata Tabeller).

Hver enkelt person vil også kunne ha flere opphold i løpet av året. I tillegg kan sannsynligheten for å bli innlagt flere ganger variere etter pasientgruppe. For å studere dette nærmere ble det foretatt en analyse av et materiale over opphold i 2001 der alle opphold for en gitt person ved samme institusjon ble lenket sammen. I følge disse resultatene var det gruppen med personlighets-/atferdsforstyrrelser som hadde flest opphold per person i gjennomsnitt (2,0), fulgt av schizofrenigruppen (1,7). Færrest opphold i gjennomsnitt fant man blant de med organiske lidelser (1,2 per person).

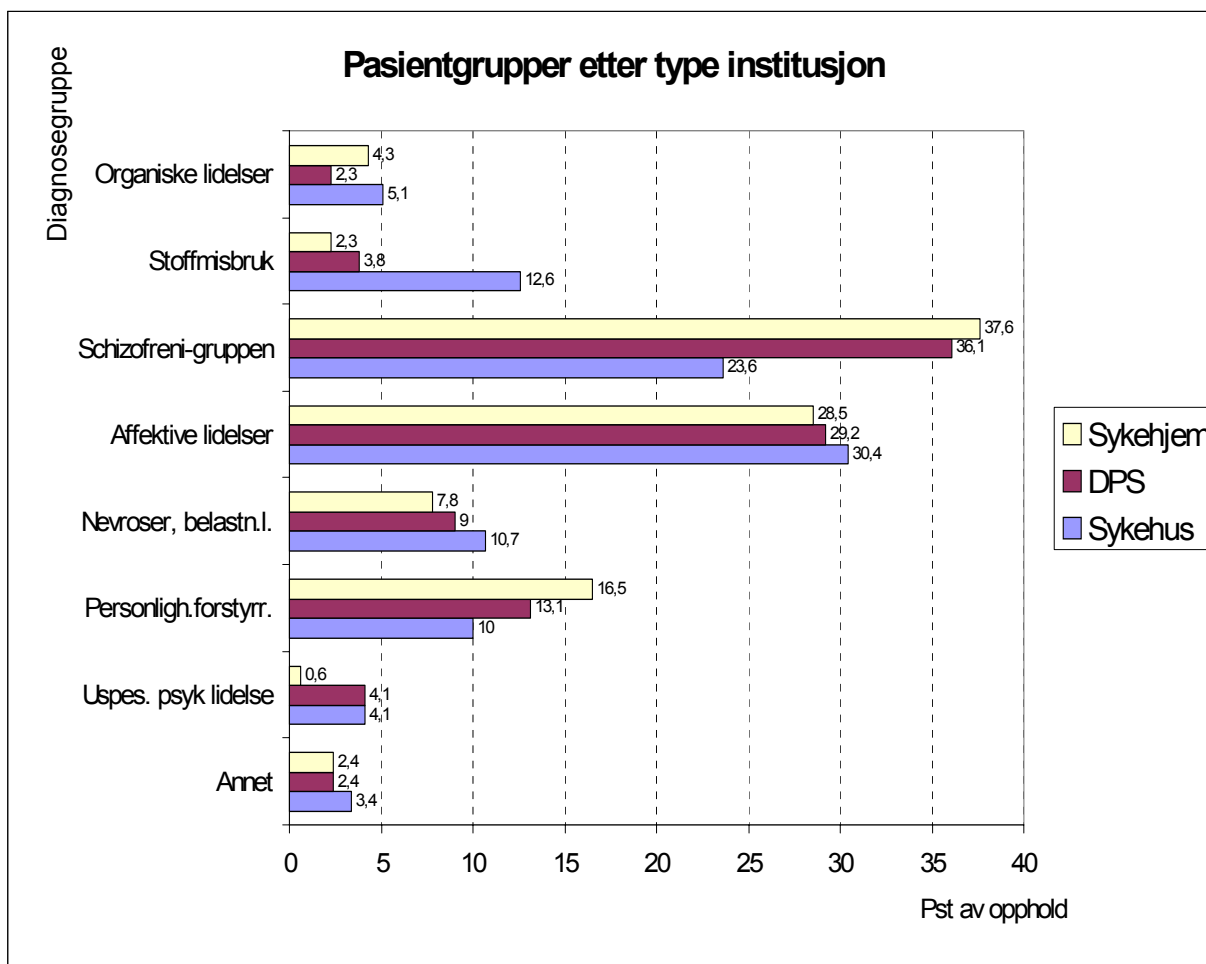
Ut fra en målsetting om å behandle alle på lavest mulige effektive omsorgsnivå, ville man forventede at døgnbehandling i stor grad var forbeholdt de alvorligst syke. I tråd med dette står gruppen med schizofreni for nesten 1/3 av oppholdene, og enda mer målt i andelen av oppholdsdøgn. Så selv om schizofreni er en relativt sjelden lidelse, utgjør behandlingen av den en betydelig større andel av ressursene. Når det gjelder gruppen med affektive lidelser, er denne mer sammensatt i forhold til de ulike tilstandenes alvorlighetsgrad. Hoved-

⁶⁶ Pasienter med Alzheimers sykdom med koder G30 i ICD-10, er kategorisert under gruppen organiske lidelser. Hoveddiagnosen F99 "Uspesifisert psyk lidelse" er gruppert sammen med kategoriblokk Z til gruppen Uspesifiserte psykiske lidelser.

diagnosen "Depressive episoder" (fra mild til alvorlig) er hyppigst innenfor gruppen, tett fulgt av "Tilbakevendende depressive episoder" og "Bipolare lidelser". Ser man nærmere på enkeltdiagnoser innenfor de andre kategoriblokkene, er demens tilstander hyppigst blant organiske lidelser. For opphold der pasientens hoveddiagnose er knyttet til bruk av psykoaktive stoffer, er kombinert misbruk av flere stoffer vanligst, og noe vanligere enn bruk av alkohol. Blant gruppen med nevroses/belastningslidelser er tilpasningsforstyrrelsene vanligst, mens spiseforstyrrelser og nærmere bestemt Anorexia nervosa er hyppigst blant de som utgjør kategorien Atferdsforstyrrelse grunnet fysiske og fysiologiske forstyrrelser. I gruppen av personlighets-/atferdsforstyrrelser er de spesifikke personlighetsforstyrrelsene vanligst, med "Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse" som den dominerende.

Når det gjelder fordelingen i ulike aldersgrupper, er den dominerende hoveddiagnosen blant eldre over 64 år, affektive lidelser (43%), fulgt av organiske lidelser (25%). For de aller yngste (under 25 år) var det større spredning blant diagnosegruppene, med affektive lidelser og schizofrenigruppen som de hyppigst forekommende (ca 20% hver), fulgt av de med bruk av psykoaktive stoffer, personlighetsforstyrrelser og nevrotiske/belastningsrelaterte lidelser. I mellomgruppene var affektive lidelser og schizofreniene vanligst forekommende.

Figur 5.2 viser pasientsammensetningen innenfor ulike institusjonstyper.



Figur 5.2 Pasientsammensetningen målt ved grupper etter pasientenes hoveddiagnose i ICD 10 for ulike typer institusjoner. Avsluttede institusjonsopphold 2001. N=18317.

Figuren viser enkelte klare forskjeller etter type institusjon. Schizofreni-gruppen er dominerende både ved DPS-er og sykehjem, mens den er nest størst ved sykehusene. Affektive lidelser er den største gruppen ved sykehusene, mens dette også er en volummessig stor gruppe ved DPS-er og sykehjem, nemlig den nest hyppigst forekommende. Av andre forskjeller peker gruppen med rusmiddelmissbruk seg ut, der sykehusene har en klart høyere andel enn de andre institusjonstypene. Når det gjelder personlighets-/atferdsforstyrrelser, er situasjonen omvendt, med lavest andel på sykehusnivå.

Sykehjemmene har en høyere andel opphold i 2001 som ikke var avsluttet ved årsslutt, enn det DPS-ene har. For DPS-ene var denne andelen 15%. For sykehjemmene samlet var andelen 26%. Blant de ikke utskrevne pasientene som har fått registrert en diagnose, finner man relativt sett en høyere andel opphold med diagnosene schizofreni. Dette gjelder både DPS-er og sykehjem.

Denne "langtids-effekten" slår også ut ved sammenligning med resultatene fra siste punktregistrering foretatt i 1999 (Hagen 2001). Blant de ca 2800 døgnpasientene ved sykehus 1. november 1999 utgjorde schizofrenigruppen 45%, mens de affektive lidelsene stod for 25% av sykehusoppholdene, fulgt av nevrotiske lidelser og personlighetsforstyrrelser med 8% hver. Ved andre døgninstitusjoner var schizofrenigruppen dominerende med 65% av oppholdene, mens pasienter med affektive lidelser representerte 16%.

Ser man bort fra schizofrenigruppen og rusmiddelmissbrukerne, er det nok større likheter enn forskjeller i pasientsammensetningen ved de ulike typene institusjoner. Alle behandler i noen grad alle tilstander. Likevel kan resultatene tolkes i retning av at pasienter med behov for langtidsoppfølging i større grad dominerer de mindre institusjonene. Man finner også at antall opphold per person ved samme institusjon i gjennomsnitt er høyere ved de mindre institusjonene enn ved sykehusene. Videre er det kanskje overraskende at pasientsammensetningen ved sykehjemmene ikke avviker sterkere fra den ved fra DPS-ene. Dette kan bety at begge institusjonstypene er i endring, og at de såkalte sykehjemmene har en mer differensiert og aktiv funksjon enn tidligere. En slik tolkning kan styrkes av resultatene som viser aldersfordelingen (figur 5.1), samt at median oppholdstid for utskrevne pasienter fra sykehjemmene var 15 dager i 2001.

Sykehusenes tilbud vil i stor grad bære preg av at de skal ivareta sin øyeblikkelig hjelp funksjon. Faktisk er en svært høy andel av deres aktivitet knyttet til denne oppgaven, idet hele 75% av sykehusoppholdene i 2001 var øyeblikkelig hjelp. Denne type innleggelser kan være vanskelige å styre, og medfører at det blir mindre kapasitet til tiltenkte planlagte funksjoner. Man kan også tenke seg at jo lavere døgnplasskapasitet et område har, jo høyere øhjelpsandel kan man forvente. Inntaksterskelen til elektiv behandling vil altså trolig variere etter område.

Tabell 5.3 viser regionale forskjeller i pasientsammensetningen for elektive sykehusinnleggelser. Totalt sett for utvalget av sykehus med analyserte diagnoser, er andelen elektive opphold 23%. Andelen varierer i dette utvalget fra 16% i Region Sør til 27% i Region Vest.

Tabell 5.3 Pasientsammensetning for elektive døgnopphold etter hoveddiagnosegruppe og helseregion ¹⁾. Prosentvis fordeling av avsluttede sykehusopphold 2001.

Hoveddiagnosegruppe (etter kategoriblokker i ICD 10)	Region Øst	Region Sør	Region Vest	Region Nord	Samlet
Organiske lidelser	13	21	5	9	12
Bruk av psykoaktive stoffer	14	5	11	5	11
Schizofreni, schizotype og paranoide lidelser	23	19	29	38	26
Affektive lidelser	30	21	34	30	30
Nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser	8	17	10	8	10
Atferdssyndr. v/fysiol. og fysiske forstyrrelser	1	2	2	2	2
Personlighets- el atferds-forstyrrelser	6	11	7	7	7
Uspesifiserte psykiske lidelser	2	1	1	1	1
Annet	3	4	2	1	2
Sum pst	100	100	100	100	100
Sum antall	(1 309)	(378)	(656)	(330)	(2 673)
Antall opph. uten registrert diagnose	(387)	(23)	(496)	(99)	(1 005)
Sum opphold i utvalget	(1 696)	(401)	(1 152)	(429)	(3 678)

1) Helseregion Midt Norge utgår fordi kun ett sykehus i regionen har levert data, og der er andelen med manglende diagnose også høy. I Øst mangler Ullevål sykehus. Region Sør består av institusjoner i fylkene Vestfold, Aust-Agder og Vest-Agder. I Vest mangler Valen sykehus og Solli Nervesanatorium, samt at de sykehusene som inngår har en særlig høy andel med manglende diagnose for elektive pasienter. For ytterligere spesifikasjon av utvalget, se vedlegg v5.1.

De to største gruppene blant elektivt innlagte utgjøres av pasienter med affektive lidelser og schizofreni, som forøvrig er de største gruppene også blant pasienter innlagt som øyeblikkelig hjelp. Rundt 10% hver utgjøres av pasientgruppene: organiske lidelser, bruk av psykoaktive stoffer, og nevrotiske/belastningsrelaterte lidelser. Andelen rusmiddelmissbrukere er noe lavere blant elektive pasienter enn blant ø-hjelpsinnlagte. Den største forskjellen i andel mellom elektive og andre, finner man blant pasienter med organiske lidelser, som utgjør 12% av de elektive innleggelsene og bare 4% av de ø-hjelpsinnlagte. Andelen elektivt innlagte er altså høyest blant de med organiske lidelser, lavest blant de med uspesifiserte lidelser fulgt av pasienter med psykisk utviklingshemning og personlighets-/atferdsforstyrrelser.

Man finner enkelte regionale forskjeller blant de elektive pasientene. I Øst er andelen pasienter med rusmiddelmissbruk relativt høyere enn for landet samlet. I Sør finner man en relativt høy andel med organiske lidelser og nevrososer, mens andelen med affektive lidelser og i schizofrenigruppen er noe lavere. I Vest er andelen med organiske lidelser relativt lav, men her finnes altså Olaviken kompetansesenter som ikke har levert diagnosedata. Ellers finner man en noe høyere andel med affektive lidelser i Vest. I Helseregion Nord finner man en relativt høy andel i schizofrenigruppen blant de elektivt innlagte.

Mer om to prioriterte pasientgrupper

Vi har også valgt å studere to pasientgrupper i noe større detalj. De utvalgte gruppene er rusmiddelmissbrukere, og pasienter med spiseforstyrrelser. Dette er grupper hvor udekkede behov har vært påpekt, både fra faglig og folkelig hold. Hvor spesialisert og sentralisert behandlingen bør være, har også vært et diskusjonstema. Det er også tilstander som på grunn av sin karakter kan stå i fare for å havne "mellom alle stoler", fordi behandling og oppfølging i særlig grad krever samarbeid mellom ulike enheter og behandlingsnivåer. Tilstandene karakteriseres blant annet av plager av kroppslig art, noe som også gjør innleggelse ved somatiske sykehus relevante. Helsetilbudet til personer med rusmisbruk er under vurdering,

der helsemyndighetene skal utarbeide en helhetlig strategi (Rundskriv I-36/2001). Når det gjelder spiseforstyrrelser er det også opprettet et eget program for utenlandsbehandling administrert av Rikstrykdeverket.

Innleggelser ved alkohol- og stoffmisbruk

Det er for tiden knyttet stor interesse til behandlingstilbudet for personer med psykiske lidelser kombinert med alkohol- og/eller stoffmisbruk. Begrepet "dobbeltdiagnose" har også vært benyttet i denne sammenhengen. Gruppen vil kunne avgrenses på ulike måter, og det vil være snakk om ulike alvorlighetsgrader (Statens helsetilsyn 2000). Ulik grad og type misbruk kan forekomme sammen med både lettere og mer alvorlige psykiske lidelser som schizofreni.

Utgangspunktet for analysene i dette kapitlet er pasienter med hoved- eller bidiagnose innenfor kodeintervallet F10-19 "Bruk av psykoaktive stoffer" i ICD-10. Med en slik definisjon finner man at 18,7% av avsluttede opphold ved de psykiatriske sykehusene faller innenfor denne gruppen. For 68% av dem var det anført som hoveddiagnose. Hvis man forutsetter at utvalget av opphold med registrert diagnose er representativt også for de andre sykehusene, vil problemstillingen bruk av psykoaktive stoff være aktuelt ved ca 4400 opphold på sykehusnivå på landsbasis.

Bruk av alkohol var hyppigst forekommende, nesten like hyppig var blandingsmisbruk. Deretter fulgte følgende stoffgrupper etter synkende forekomst: opiater, sedativa/hypnotika, cannabinoider og "andre stimulantia".

Ser man nærmere på hvilke psykiske lidelser stoffmisbruket var kombinert med for den utvalgte gruppen, finner man et spekter av ulike tilstander. Affektive lidelser forekom for 18% (hoved eller bidiagnose), schizofreni o.l. forekom for 10%. Personlighetsforstyrrelse (F60-63) forekom for 12%, 60% av disse hadde diagnosene "Dyssosial" eller "Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse". Blant personer med kombinasjon av affektiv lidelse og rusmiddel-misbruk forekom alkoholbruk hos ca halvparten, nest vanligst var blandingsmisbruk. For schizofrenigruppen derimot var blandingsmisbruk vanligst (ca halvparten), fulgt av bruk av alkohol og cannabis. Blant pasienter med personlighetsforstyrrelser var også blandingsmisbruk vanligst. Det var også forskjell mellom gruppene i forhold til hvor hyppig stoffmisbruk var anført som hoveddiagnose: for 35% av de med affektiv lidelse, for 14% i schizofrenigruppen og for 35% blant de med registrert diagnose personlighetsforstyrrelse.

Også ved DPS-ene var det registrert opphold med rusmiddel-misbruk som problem (hoved eller bi-diagnose). Andelen var noe lavere enn for opphold ved sykehus, nemlig 8% av alle opphold. Også på dette nivået var alkoholbruk hyppigst, tett fulgt av blandingsmisbruk.

Analysere man forekomsten av døgnopphold ved somatiske sykehus for den samme gruppen, finner man i 2001 et antall på 7800 opphold. For ¾ av disse var alkohol registrert som den aktive agens (angitt i hoved- eller bidiagnose). I tillegg kommer andre alkohol- og stoffrelaterte innleggelser der de registrerte diagnosene ikke nødvendigvis angir en slik sammenheng.

Kombinasjonen av psykisk lidelse og bruk av psykoaktive stoffer er altså relativt vanlig forekommende, både innenfor somatisk og psykisk spesialisthelsetjeneste. Så langt er dessuten alkohol det hyppigst forekommende rusmidlet.

Innleggelser ved spiseforstyrrelser

Forekomsten av spiseforstyrrelser i den norske kvinnelige befolkningen anslås til ca 10% for livstidsforekomst og 4% målt som punktprevalens (Götestam og Agras 1995). En av de alvorligste tilstandene, nemlig Anorexia nervosa ble anslått å ha en punktprevalens på 0,3%. Behandlingsbehovet vil variere med tilstanden, for Anorexia antas nær alle å ha det (Rosenvinge og Götestam 2002). For enkelte spiseforstyrrelser er forekomsten særlig høy blant de unge. Følgelig vil mange i spesialistbehandling finnes innenfor psykisk helsevern for barn og

unge. De fleste vil også få sin behandling uten innleggelse. I dette kapitlet beskrives kun de som er behandlet innenfor døgnenheter for voksne.

Man kan likevel anta at for så alvorlige tilstander vil noen ha behov for døgnbehandling. I analysene har vi tatt utgangspunkt i utskrevne pasienter med registrert diagnose. For 1,5 % av avsluttede opphold ved de psykiatriske sykehusenhetene var spiseforstyrrelse (ICD-10 kode=F50) registrert som hoved- eller bidiagnose. Dette utgjorde 202 opphold. Forutsetter man at utvalget med registrerte diagnoser er representativt for hele landet ⁶⁷, vil det bli ca 350 avsluttede sykehusopphold på landsbasis. I tillegg vil flere pasienter være representert med mer enn ett opphold hver. Ved 62% av oppholdene var pasientene yngre enn 30 år, og 96% var kvinner. 64% av innleggelsene var "øyeblikkelig hjelp".

Den hyppigst forekommende enkeltdiagnosen blant døgnpasienter ved sykehusene med spiseforstyrrelser, var Anorexia nervosa (46%), fulgt av Bulimia (31%). For begge disse gruppene var gjennomsnittsalderen 27 år. For oppholdene til anorexi-pasientene var spiseforstyrrelsen hoveddiagnose for 68%, for oppholdene blant bulimipasientene var det hoveddiagnose for kun 18%. De hyppigst registrerte hoveddiagnosene var her "Depressiv episode" eller "Tilpasningsforstyrrelse".

Ved DPS-ene finner man også døgnopphold der utskrivingsdiagnosen var spiseforstyrrelser, her forekom en slik diagnose for 0,9% av oppholdene (30 opphold i utvalget). I volum følger altså fordelingen mellom typer institusjoner den generelle: flest innleggelser på sykehusnivå.

Pasientgruppen vil også kreve innleggelser ved somatiske sykehus. I 2001 forekom det 650 døgnopphold ved somatiske sykehus der hoved- eller bidiagnosen var spiseforstyrrelse. Den største gruppen blant disse hadde diagnosen Anorexia nervosa (410 opphold). Uansett er antallet innleggelser eller døgnopphold ved spiseforstyrrelser større ved somatiske sykehus enn ved voksenpsykiatriske institusjoner, slik var situasjonen forøvrig også i 1994 (Heggestad 1996). I alle fall bekrefter tallene behovet for samordning og samarbeid på tvers av sektorer og behandlingsenheter.

5.5 Vurdering av pasientenes funksjonsnivå

En av de nye opplysningene som ble tatt inn i Minste-basis-datasett, var måling av pasientenes funksjonsnivå ved inntak og avslutning av et opphold. Formålet var å gi supplerende informasjon om alvorlighetsgraden av pasientenes symptomer samt deres funksjonsnivå. Slik kan man få et diagnose-uavhengig system for sammenligning av symptomer og funksjonsnivå. Det vil også være slik at en person med et gitt problem eller diagnose kan ha ulike faser i sykdomsforløpet med ulikt behandlingsbehov.

Den såkalte GAF-skåren (Global Assessment of Functioning) ble valgt som måleskala (American Psychiatric Association 1987). Valget var delvis begrunnet i at skåringsystemet er enkelt og lite tidkrevende. GAF-skåren ble også splittet i to separate dimensjoner: en for funksjonsnivå (GAF-F) og en for symptomnivå (GAF-S). Skalaen går fra 1 til 100, fra dårligste til friskeste (se vedlegg v5.2).

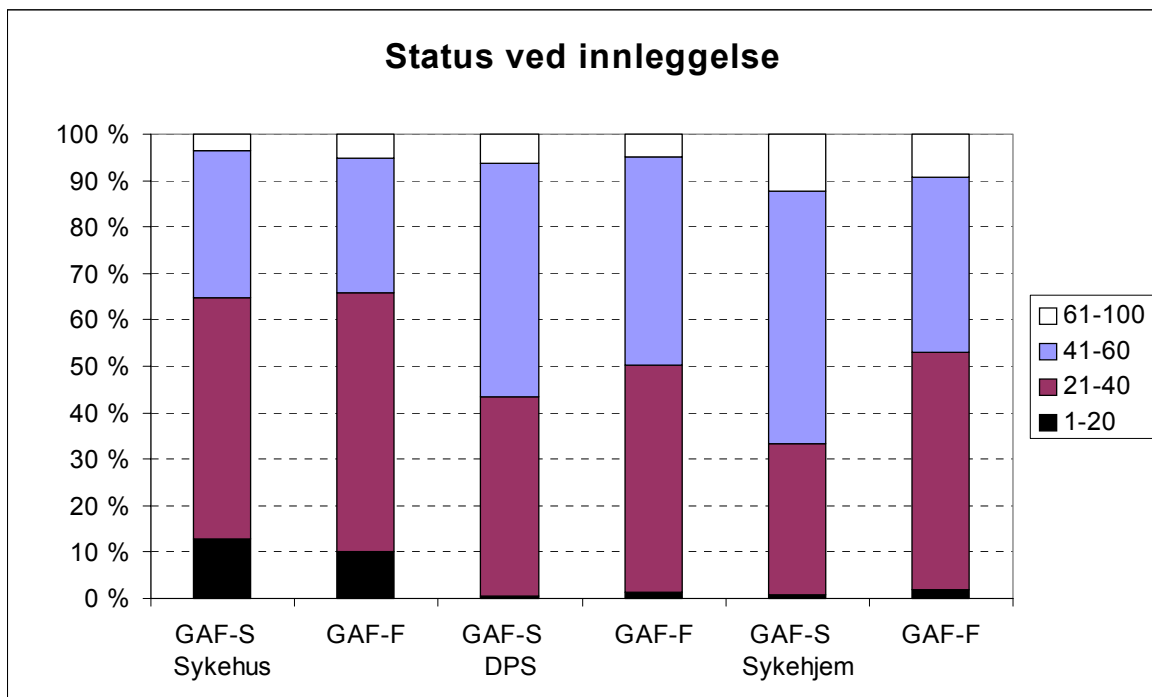
Siden disse opplysningene først ble introdusert med det nye datasettet fra 2000, har ikke alle institusjoner implementert slike målinger. Vi mener likevel det er riktig å presentere noen foreløpige resultater for å gi en antydning om noen analysemuligheter. Vi understreker imidlertid at det er relativt stor usikkerhet i data, og at resultatene dermed må tolkes med varsomhet. Det er heller ingen objektiv måleskala, men inneholder skjønnsmessige faglige vurderinger (Jones et al 1995). Derfor kan det også være slik at ulike fagpersoner vurderer samme tilstand ulikt. I implementeringsfasen har det vært avholdt opplæringskurs for brukerne av skalene, for å oppnå større grad av samrøring (Løvdahl og Friis 1996).

⁶⁷ Trolig er volumet noe høyere, fordi Modum Bad behandler relativt flere enn gjennomsnittet. Modum Bad mangler imidlertid diagnosedata for 2001.

Analysene bygger på data fra et utvalg institusjoner, der inklusjonskriteriet har vært at opplysningene skulle være registrert for minst 60% av de avsluttede oppholdene (se vedlegg v5.1). I utvalget inngår åtte sykehus, sytten DPS-er og syv sykehjem. Andelen med manglende informasjon var totalt 18% for innlegelsesstatus og 20% for utskrivingsstatus.

I figurene inngår ikke enkeltverdier, men GAF-skalaen er inndelt i fire kategorier, der gruppen med verdier 1-20 representerer de aller dårligste. Psykosegrensen er satt ved verdien 40, og i gruppen fra 41-60 vil man finne moderate til alvorlige symptomer. For funksjonsnivået vil kategorien med verdier 21-40 også ha funksjonssvikt, mens blant de plassert mellom 41-60 finner man moderate til alvorlige vansker med å fungere sosialt og i jobb. Den friskeste gruppen med verdier fra 61-100 vil ha lette til ingen symptomer, og har fra bra til fremragende funksjon.

I praksis er alle vurderingene foretatt ved start og avslutning av avdelingsoppholdene. I dette kapitlet presenteres status ved innleggelse samt status ved utskrivning. Innleggelse er definert som starten av et institusjonsopphold, der pasienter som kommer fra annen enhet innen samme institusjon er ekskludert sammen med opphold der innleggelsen forekom før år 2000. Status ved utskrivning er definert ved avslutning av institusjonsoppholdet, der pasienter som overføres internt eller dør under oppholdet er ekskludert. Analysene er foretatt på gruppenivå, de samme pasientene trenger altså ikke være med i inntaksstatus og uttaksstatus. Forskjeller mellom innlegelses- og utskrivingsstatus er dermed også på gruppenivå, og angir altså ikke endringer på personnivå.



Figur 5.3 Gruppert symptomnivå (GAF-S) og funksjonsnivå (GAF-F) ved innleggelse for et utvalg pasienter etter type institusjon. Avsluttede opphold 2001.

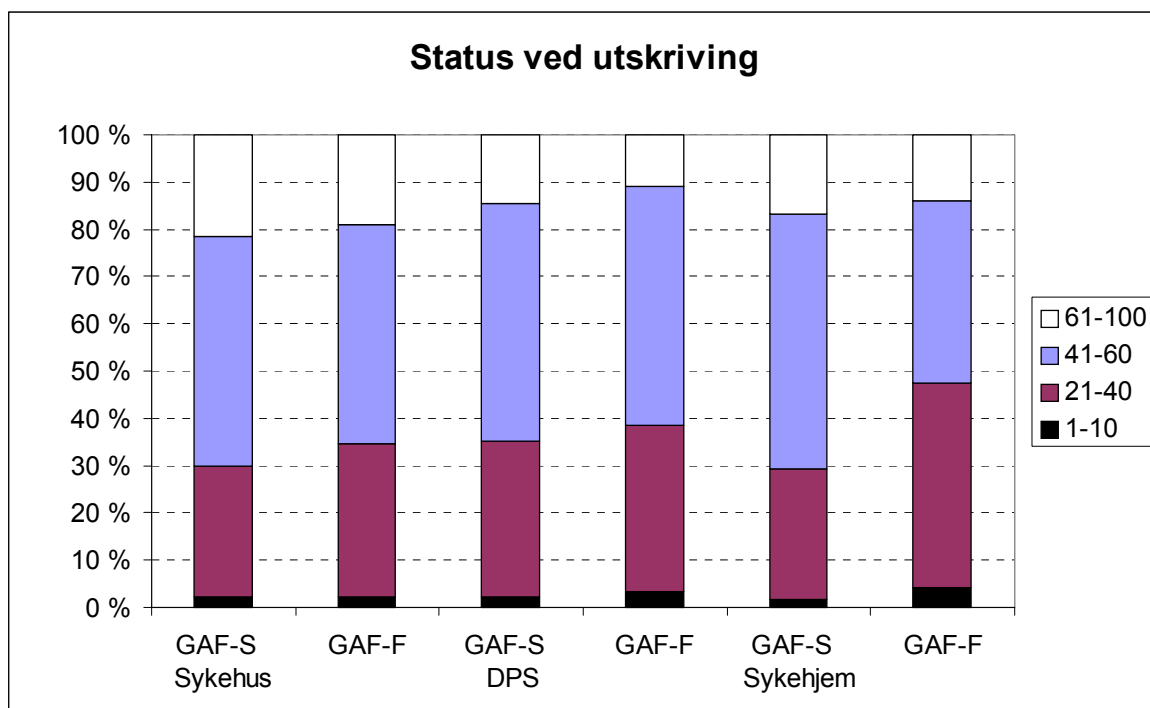
Sammenligner man nivået ved inntak for de ulike institusjonstypene (Figur 5.3), finner man at sykehusene har flest av de dårligste pasientene. Sykehusene har klart flest pasienter i den aller dårligste kategorien med GAF-skåre 1-20. Ca 10% faller i denne gruppen. I forhold til funksjon vil disse pasientene trenge hjelp til personlig hygiene, og er når det gjelder symptomer vurdert til å kunne skade seg selv eller andre. Forøvrig er det innenfor gruppen med organiske lidelser at man finner høyest andel i den aller dårligste symptom- og funksjonsgruppen.

Ved sykehusene utgjør andelen av de to dårligste gruppene (GAF-verdier ≤ 40), ca 65%, der GAF-S nivå 40 altså er satt til psykosegrensen. For sykehusene er det også relativt likt nivå både på symptom- og funksjons-skalaen. Når det gjelder sykehjemmene, finner man at pasientenes funksjonsnivå er relativt sett klart *lavere* enn symptomnivået. Den samme tendensen kan sees ved DPS-ene, om enn i mindre grad.

Et annet trekk ved sykehjemspopulasjonen er den relativt lave alvorlighetsgraden ved inntak målt ved symptomskalaen. 2/3 har en høyere GAF-S verdi enn 40, 12% høyere enn 60. Dette kan altså tyde på at sykehjemmene representerer et lavterskeltilbud for pasienter med mer varige problemer. Ved nærmere analyser finner man mange i denne gruppen med stemningslidelser eller personlighetsforstyrrelser. Vi minner igjen om at usikkerheten i data er relativt stor, og at antallet med vurdert GAF er relativt lavt på sykehjemnivå.

Man kan også sammenligne inntaksstatus for de ulike institusjonstypene ved å måle medianverdiene av de to GAF-skalaene. Man finner da det samme bildet som beskrevet ovenfor der sykehusene har de klart dårligste pasientene ved innleggelse (medianverdi 35), der nivået er likt både for symptom- og funksjonsstatus. Medianverdiene på DPS-nivå er hhv. 42 og 40, mens sykehjemspopulasjonen har en medianverdi på 48 for GAF-S og 40 for GAF-F.

I neste figur (Figur 5.4) er tilsvarende vurderinger angitt ved utskrivningstidspunkt, der altså pasientene som dør under oppholdet eller overføres til annen avdeling/enhet er ekskludert fra analysene. Sammenligner man status for den pasientpopulasjonen som legges inn med den som skrives ut, finner man den største nivåforskjellen ved sykehusene. Ved utskrivning fra sykehus befinner 1/3 av pasientene seg i de to gruppene med dårligst skåre, mot 2/3 ved innleggelse. Ca 20% befinner seg i gruppen med best eller høyest skåre. Ellers kan man finne en antydning til at symptomnivået er noe bedre enn funksjonsnivået.



Figur 5.4 Gruppert symptomnivå (GAF-S) og funksjonsnivå (GAF-F) ved utskrivning for et utvalg pasienter etter type institusjon. Avsluttede opphold 2001.

Når man vurderer forskjeller mellom status ved inntak og utskrivning, er det viktig å huske at ulike pasientgrupper har ulikt endringspotensiale og ulik tidshorisont for endring. Slik at når man tolker endringer for ulike institusjoner eller grupper av institusjoner, må man justere for

ulikheter i pasientsammensetningen. I de analysene som presenteres her, er det endring på populasjonsnivå, ikke personnivå som er studert.

Det kan videre utledes av figur 5.4 at pasientene som utskrives fra DPS-er og sykehjem har et noe dårligere funksjons- og symptomnivå enn den populasjonen som skrives ut fra sykehusene ⁶⁸. For sykehusene vurderes ca 1/3 å være i de to gruppene med lavest skåre, for DPS-ene var andelen hhv. 35% målt ved symptomstatus og 39% for funksjonsstatus. For sykehjemmene var 29% vurdert til de to gruppene med lavest symptomskåre, mens 48% kom i de to gruppene målt etter funksjonsstatus. Funksjonsnivået lå altså på et klart lavere nivå enn symptomnivået. En mulig tolkning av disse funnene er at de mindre institusjonene behandler pasienter med et langvarig behandlingsbehov, og i mindre akutte faser enn det sykehusene gjør. Benytter man tall fra pasientdata for år 2001 der alle opphold for en gitt pasient ved samme sykehus er lenket sammen, finner man i gjennomsnitt flere opphold per person ved de mindre institusjonene enn ved sykehusene (1,4 ved sykehusene mot 1,9 ved DPS-ene). En slik oppgavefordeling kan sies å være i tråd med de sentrale målsettingene med omstruktureringen av tjenesten med vektlegging av oppfølging av de dårligste pasientene nær bostedet.

En annen betraktning man kan gjøre ut fra de foreliggende resultatene, er at relativt mange pasienter er såpass dårlige ved utskriving at de vil trenge videre oppfølging over tid. For hele utvalget befinner ca 1/3 seg i de to gruppene med dårligst GAF-skåre ved utskriving (≤ 40). Langtidsoppfølging av de samme personene vil altså kreve relativt mye ressurser, i tillegg til at nye pasienter skal gis et tilbud.

5.6 Oppsummering og avsluttende kommentar

- Til tross for målsettingen om desentralisering foregår fortsatt hovedtyngden av all døgnbehandling på sykehusnivå, særlig målt i andel av alle opphold (70%). Den volummessige dominansen gjelder for alle aldersgrupper.
- Sykehusene har flest av de yngre pasientene, men selv på sykehjemsnivå er aldersfordelingen relativt jevn (gjennomsnittsalder 51 år). De eldre står for en betydelig mindre andel av oppholdene innenfor psykisk helsevern enn det man finner innenfor somatiske sykehus. De eldre innenfor psykisk helsevern har også færre opphold per person i gjennomsnitt enn yngre.
- De pasientene som står for flertallet av oppholdene (utskrevne pasienter), befinner seg innenfor diagnosegruppene affektive lidelser og schizofreni (ca 30% hver). Så selv om schizofreni er en relativt sjelden lidelse, utgjør den i forhold til behandlingsressursene en betydelig større andel.
- Selv om andelen av schizofrenipasienter er noe høyere ved de mindre institusjonene, og andelen pasienter med rusmiddelmisbruk noe høyere på sykehusnivå, behandler alle institusjonstyper i noen grad alle typer pasienter. Antallet opphold per person er noe høyere ved de mindre institusjonene enn på sykehusene.
- I tillegg til at sykehusene har det høyeste behandlingsvolumet for døgnopphold, har de også en svært høy andel øyeblikkelig hjelp innleggelse (75%). En slik situasjon vil virke styrende på aktiviteten, og kan skape mindre rom for tiltenkte planlagte funksjoner. Andelen elektive innleggelse er høyest for pasienter med organiske lidelser.
- Behovet for samarbeid og samordning mellom ulike nivåer og enheter synliggjøres ved analyser av innleggelse for pasienter med rusmiddelmisbruk og spiseforstyrrelser. For begge grupper er antallet innleggelse ved somatiske sykehus flere enn døgnoppholdene innenfor psykisk helsevern. For psykiatriske sykehusenheter finnes rusmiddelbruk som

⁶⁸ Medianverdier for utskrivingsstatus var følgende: 50 for GAF-S og 48 for GAF-F ved sykehus, 45 for både GAF-S og GAF-F ved DPS, 50 for GAF-S og 42 for GAF-F ved sykehjem.

hoved- eller bidiagnose ved 18% av alle opphold. Så langt er alkohol det hyppigst forekommende rusmidlet.

- Måler man alvorlighetsgraden av pasientenes tilstand ved innleggelse med GAF-skåre, (skala for symptomnivå og funksjonsnivå), finner man at sykehusene har flest av de alvorligst syke. For hele 2/3 av oppholdene var pasientene psykotiske og/eller til fare for seg selv eller andre (GAF-S verdi 40 eller lavere). En slik situasjon understreker behovet for ressurser også til å opprettholde sykehusenes virksomhet.
- Det er for sykehuspopulasjonene man finner størst forskjell mellom status i symptom- og funksjonsnivå mellom innlegges- og utskrivningstidspunktet. Generelt har pasientene som skrives ut fra de mindre institusjonene et noe lavere funksjonsnivå enn de som skrives ut fra sykehusene. En tolkning av resultatene er at de mindre institusjonene behandler pasienter med et langvarig behandlingsbehov, og i mindre akutte faser enn sykehusene.
- Relativt mange pasienter er såpass dårlige ved utskrivning at de vil trenge videre oppfølging over tid. For hele utvalget befinner ca 1/3 seg i de to gruppene med dårligst GAF-skåre ved utskrivning (≤ 40). Langtidsoppfølging av de samme personene vil altså kreve relativt mye ressurser.

6 Status for Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006

Helge Hagen

6.1 Innledning

Med utgangspunkt i St meld 25 (1996-97) "Psykiatrimeldingen" og St prp nr 63 (1997-98) "Opptrappingsplanen" har det psykiske helsevern de siste år vært gjenstand for en målrettet, statlig styrt reform. Opptrappingsplanen legger til grunn at det er behov for en omfattende styrking av tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser, både kvantitativt og kvalitativt. Innen spesialisthelsetjenesten (psykisk helsevern) som omtales i dette kapitlet, påpekes det behov for både utbygging og omstrukturering av tjenestetilbudene for å bedre kvaliteten på behandlingstilbudene og gjøre dem mer tilpasset brukernes behov.

Opptrappingsplanen er en åtteårig plan (1999-2006) med konkrete tiltak og økonomiske virkemidler. Finansieringen av Opptrappingsplanen skjer hovedsakelig gjennom statlige øremerkede midler, basert bl a på fylkeskommunale planer der det er redegjort for hvilke konkrete tiltak som planlegges gjennomført i løpet av planleggingsperioden, og hvilke kostnader til investeringsmidler og økte driftsutgifter dette medfører. Med enkelte merknader er nå samtlige fylkesplaner godkjent. Etter at staten – gjennom de regionale helseforetakene – overtok eierskapet til spesialisthelsetjenesten i 2002, er de regionale foretakene imidlertid gitt anledning til å vurdere prioriteringen av de ulike investeringsprosjektene på ny.

Det er verd å merke seg at statlige øremerkede tilskudd til psykisk helsevern for alvor skjøt fart fra og med 1996. "Opptrappingen" innen psykisk helsevern hadde altså foregått i flere år før Opptrappingsplanen ble formelt godkjent av myndighetene (Halsteinli, V 2000). Dette førte til betydelig vekst både i bemanning og aktivitet i siste del av 1990-tallet (Hagen, H 2000; Pedersen, Per B 2001).

I Opptrappingsplanen er økningen i driftsutgifter til psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) stipulert til 2,1 milliarder kroner (1998-kroner). I løpet av de tre første årene av planperioden har brutto driftsutgifter til psykisk helsevern økt med 475 millioner kroner (omregnet til 1998-kroner). Denne realøkningen skyldes i all hovedsak økte statlige tilskudd. Økningen de tre første årene utgjør altså i størrelsesorden 23 prosent av den totale stipulerte økningen. Det innebærer at dersom man skal nå målet om økning på 2,1 milliarder, må økningen i utgiftene (og antageligvis særskilte statlige tilskudd) ligge på et høyere nivå de siste fem årene enn i de tre første i planperioden. Opptrappingsplanen tilsier med andre ord økt vekst i årene som kommer.

6.2 Avgrensning av perioden

Opptrappingsplanen ble godkjent i statsråd 15 mai 1998, men baserer seg på tallgrunnlag og dokumentasjon fra driftsåret 1996. Når Opptrappingsplanen skal evalueres står en derfor ovenfor det problem at endringsmålene i planen tar utgangspunkt i virksomheten i 1996, mens det samtidig understrekes at endringene skal finne sted *i løpet av planperioden* (1999-

2006). Det er her en tidsmessig diskrepans som skyldes tidsintervallet fra basisanalysene ble foretatt til Opptrappingsplanen ble endelig godkjent. I dette kapitlet evalueres status ved utgangen av driftsåret 2001. Dette er fem år etter beregningsgrunnlaget (1996), og tre år etter at den "offisielle" opptrappingsperioden startet (1999).

I kapitlet vises endringene som har funnet sted siden henholdsvis 1996 (basisåret for beregningene) og 1999 (starten av den offisielle planperioden).

Fordi tallmaterialet for de respektive år refererer seg til situasjonen *ved slutten av året*, er endringene i planperioden 1999-2001 beregnet med utgangspunkt i data fra driftsåret 1998. Derved er det i realiteten endringer fra og med 1 januar 1999 som registreres.

6.3 Psykisk helsevern for voksne

Opptrappingsplanen påpekte at det var store strukturproblemer innen psykisk helsevern for voksne. Stortinget sluttet seg til proposisjonens forslag om flere døgnplasser for aktiv behandling, økt dagbehandling, kvalitativ styrking av behandlingstilbudene og økt poliklinisk kapasitet. Ut fra Stortingets behandling av stortingsmeldingen skal psykisk helsevern for voksne omfatte sykehusavdelinger, distriktpsikiatriske sentra (DPS'er) og privatpraktiserende spesialister med fylkeskommunal driftsavtale. Sykehjem skal enten omgjøres til mer behandlingsorienterte enheter under DPS, eller trappes gradvis ned etter hvert som de kommunale omsorgstjenestene bygges ut. Generelt legges det stor vekt på samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten, og kommunenes ansvar for mennesker med psykiske lidelser blir understreket.

Opptrappingsplanen angir følgende *hovedmål* for psykisk helsevern til voksne:

Kvalitativ styrking (økt personellinnsats):

- 2300 flere årsverk i løpet av planperioden
- Økt innslag av leger, psykologer og høgskoleutdannet personell (fra 52 prosent i 1996 til 72 prosent i 2006).
- Bemanningsøkning per plass ved DPS'ene
- 50 prosent flere privatpraktiserende psykiatere og psykologer med driftsavtale

Kvantitativ styrking:

- Antall døgnplasser i sykehusavdelinger holdes på nivået fra 1996. Det bygges ut 160 nye plasser for personer som dømmes til psykisk helsevern.
- Utbygging av distriktpsikiatriske sentra: totalt 1 025 nye plasser for aktiv behandling i forhold til nivået i 1996. Antall plasser i sykehjem reduseres tilsvarende.
- Økning i den samlede polikliniske kapasiteten med ca 220 000 konsultasjoner (50 prosent økning fra nivået i 1996).
- Økning i antall dagopphold i DPS'er med 90 000 (50 prosent) i forhold til nivået i 1996.

6.3.1 Kvalitativ styrking

I Opptrappingsplanen fremheves bemanning som et vesentlig kvalitetselement. Det er satt av midler til kompetansehevede tiltak for personell; som etter- og videreutdanning, forskning og spesielle rekrutteringstiltak.

Mål 1: Antall årsverk skal øke med 2.300 i løpet av planperioden.

Antall årsverk innen psykisk helsevern for voksne økte fra 13 217 i 1996 til 14 535 i 2001. Dette er en vekst på ca 1.300 årsverk. I forhold til målsetningen om 2.300 flere årsverk innen 2006 gjenstår således en vekst på ca 1000 årsverk i perioden 2002-2006, eller ca 200 nye årsverk per år. Fra og med 1999 til 2001 økte årsverksinnsatsen med nesten 300 per år. Dersom denne veksten videreføres i resten av perioden, ligger det således an til at målsettingen vil bli overoppfyllt med 500 årsverk.

Også om vi legger til grunn at *hele* økningen på 2.300 årsverk skal finne sted i planperioden 1999-2006, fremgår det at endringstakten fra 1999 til 2001 er høy nok til å oppfylle målsettingen. En slik netto bemanningsvekst (300 flere årsverk per år fra og med 2002) vil gi en total økning på 2.400 årsverk i løpet av planperioden.

Mål 2: Økt innslag av leger, psykologer og høgskoleutdannet personell

Tabell 6.1 viser endring i årsverksinnsats blant henholdsvis leger, psykologer, sykepleiere, høgskoleutdannet terapipersonell og øvrig personale.

I perioden 1996-1998 var den relative bemanningsøkningen høyest blant leger, og dernest blant psykologer og sykepleiere. I de øvrige personellgrupper var årsverksinnsatsen enten redusert, eller uendret. I perioden 1998-2001 (opptrappingsperioden) økte antall årsverk blant *alle typer "kvalifisert" personell* (leger, psykologer, sykepleiere og høgskoleutdannet terapipersonell), mens antall årsverk blant øvrig personell (hjelpepleiere, ufaglært personale, pleie- og miljøpersonale med mindre enn 3-årig helsefaglig utdanning) ble redusert. Det er altså ikke tvil om at det har skjedd en vesentlig endring i personellsituasjonen innen psykisk helsevern for voksne i retning av bedre kvalifisert personell.

Tabell 6.1 Årsverk i institusjoner for voksne etter personellkategori og driftsform. Antall og endring 1996-98 og 1998-2001.

Årsverk	1996	1998	2001	Endring 1996-1998		Endring 1998-2001	
				Antall	Prosent	Antall	Prosent
Leger	763	871	1 018	108	14	147	17
Psykologer	567	615	766	48	8	151	25
Sykepleiere	4 233	4 533	4 963	300	7	429	10
Høgskoleutd terapipersonell	821	783	1 173	-38	-5	390	50
- Øvrig personell ¹⁾	6 783	6 852	6 615	69	1	-237	-3
Årsverk totalt	13 217	13 654	14 535	437	3	881	6

1) Hjelpepleiere, ufaglært personale, pleie- og miljøpersonale med mindre enn 3-årig helsefaglig utdanning.

Kilde: SSB

I Opptrappingsplanen legges til grunn at 10 770 av årsverkene i psykisk helsevern for voksne skal utføres av universitets- eller høyskoleutdannet personell ("kvalifisert" personell") ved slutten av planperioden. I 2001 ble det utført 7 920 årsverk i disse personellgruppene. For å nå målet i Opptrappingsplanen må økningen altså være 570 flere slike årsverk per år. Hittil i planperioden har økningen vært 373 nye årsverk i disse personellgruppene per år.

Med denne endringstakten vil det i 2006 være omlag 1 000 færre årsverk blant universitets- eller høyskoleutdannet personell enn Opptrappingsplanen legger opp til i 2006. Kompetansehevingen skjer altså ikke raskt nok til at antall universitets- og høyskoleutdannet personell ligger an til å bli like høy som Opptrappingsplanen legger opp til i 2006.

I Opptrappingsplanen antas det at: "tilgangen på høyskoleutdannet personell under ett vil være tilstrekkelig til å møte etterspørselen som følge av denne opptrappingsplanen."

Det pekes på at mangelen på leger og psykologer i noen år utover 2006 kan kompenseres med økt bruk av personell med høyskoleutdanning. Totalt mener departementet at det vil bli en rimelig balanse mellom den økte etterspørsel og sannsynlig tilgang på personell i løpet av planperioden. Utdanningskapasiteten for universitets- og høyskoleutdannet personell er vesentlig øket de siste 10 årene, og den oppmerksomhet og de økte ressurser som opptrappingsplanen har medført synes å ha ført til at rekrutteringen til fagfeltet er bedret. Tilveksten av personell er avhengig av økning av driftsmidlene. Da veksten i opptrappingsplanens driftsmidler har vært lavere i første del av perioden enn den vil bli i siste del, må det anses for å være økonomisk grunnlag for en sterkere vekst i antall årsverk i den resterende delen av opptrappingsperioden enn i de første tre årene.

Mål 3: Bemanningsøkning per plass ved DPS'ene⁶⁹.

I 1996 ble det utført 1823 årsverk ved bo- og behandlingssentrene, eller 1,8 årsverk per heldøgns plass, se tabell 6.2. I 2001 ble det utført 4 042 årsverk ved sentrene, eller 2,3 årsverk per heldøgns plass. Antall årsverk per plass har altså steget, og forventes å stige videre i perioden.

Tabell 6.2 Antall årsverk og bemanningsfaktorer ved bo- og behandlingssentra/"DPS'er" etter personellkategori. 1996-2001.

Årsverk	1996	1998	2001
Leger og psykologer	177	284	552
Universitets- og høyskoleutdannet personell totalt ¹⁾	936	1 391	2 265
Årsverk totalt	1 823	2 763	4 042
Antall senger	1 014	1 492	1 779
<i>Bemanningsfaktorer</i>			
Leger/psykologer per plass	0,17	0,19	0,31
Universitets- og høyskoleutdannet personell totalt per plass	0,92	0,93	1,27
Total bemanningsfaktor	1,8	1,9	2,3

1) Se definisjon over.

Kilde: SSB

⁶⁹ Se avsnittet om DPS'er for nærmere presisering og diskusjon av begrepet "DPS".

Det har altså skjedd en markert kompetanseheving ved de distriktpspsykiatriske tilbud (bo- og behandlingssentra og "DPS'er"), ved at årsverksinnsatsen blant personale med universitets- eller høyskoleutdanning har økt mer enn blant de øvrige grupper av personale i løpet av perioden. Bemanningsfaktoren blant leger og psykologer er nær fordoblet, mens bemanningsfaktoren blant personale med treårig helsefaglig utdanning eller mer har økt med nær 40 prosent. Hoveddelen av denne endringen har funnet sted innen "planperioden" 1999-2001.

Det er, som det fremgår i avsnittet om "Mål 2" over likevel grunn til å anta at mangel på leger, psykologer og høyskoleutdannet personell vil være den største hindring for at slike sentra skal kunne utvikle seg til selvstendige faglige enheter, slik det legges opp til i plandokumentene. Inntil videre synes mangelen på fagstab å bli løst ved å redusere ambisjonsnivået for disse lokale distriktpspsykiatriske tilbud.

Mål 4: 50 prosent flere privatpraktiserende psykiatere og psykologer med driftsavtale.

For å vurdere dette delmålet er det helt avgjørende hvilket år som brukes som utgangspunkt. Som Opptrappingsplanen gjør rede for, fant det i 1998 sted en reform der det ble inngått nye avtaler med tidligere avtaleløse spesialister, noe som førte til at antall avtaleårsverk det året ble nær tredoblet. Regnes 1996 som utgangsåret er altså målsettingen overoppfyllt flere ganger bare i 1998, og det skulle følgelig ikke være grunnlag for ytterligere vekst senere i planperioden. Som det fremgår av tabell 6.3 har det heller ikke vært noen nevneverdig vekst i antall årsverk for avtalespesialister etter 1998. Regnes derimot 1998 som utgangsåret, tilsier 50 prosent ytterligere vekst i resten av planperioden en ny rekruttering til privat praksis i sterk og problematisk konkurranse med rekrutteringen til de offentlige tilbudene.

Det er nærliggende å anta at reformen i 1998 var ment som et "engangsløft" for å styrke tilgjengeligheten til spesialisert behandling fra privatpraktiserende spesialister.

Tabell 6.3 Årsverk for privatpraktiserende psykiatere og psykologer med fylkeskommunale driftsavtale. Absolutte tall og endring fra 1997 til 2001.

Avtalespesialister i psykisk helsevern	1997	1998	2001	Endring 1997-2001	
				Absolutte tall	Prosent
Psykiatere	56	167	176	120	214
Psykologer	98	388	400	302	308
Sum	154	555	576	422	274

Kilde: SSB

6.4 Kvantitativ styrking

Mål 5: Antall døgnplasser i sykehusavdelinger holdes på nivået fra 1996. Det bygges ut 160 nye plasser for personer som dømmes til psykisk helsevern.

Stortingsproposisjonen gikk inn for å opprettholde antall sykehusplasser i psykisk helsevern for voksne. I tillegg ble det vurdert å være behov for 160 nye plasser for personer som dømmes til psykiatrisk behandling. Utover dette var det ikke lagt opp til å øke antall døgnplasser ved sykehusene.

I 1996 som var proposisjonens utgangspunkt, var det 2940 sykehusplasser i psykisk helsevern for voksne i Norge. Med en vekst på 160 nye plassene for dømte, tilsier dette 3100 plasser ved slutten av planperioden.

I 2001 var det 2908 døgnplasser i sykehusavdelinger for voksne, altså en reduksjon på 32 plasser i forhold til 1996, se tabell 6.4. Det gjenstår således ca 190 nye plasser som må etableres i resten av opptrappingsperioden for å nå målsettingen. I departementets foreløpige liste over investeringsprosjekter som skal realiseres fram til 2006 ved hjelp av investeringsmidler fra Opptrappingsplanen, inngikk det våren 2002 utbygging av totalt 62 nye plasser for dømte ved sykehusene, og 30 plasser ved akutt/intermediær/ dobbeltdiagnoseposter ved sykehus; totalt 92 døgnplasser. Sammen med eksisterende antall plasser tilsier dette 3000 døgnplasser ved sykehusavdelinger ved slutten av planperioden. Dette er 100 plasser (tre prosent) lavere enn det som skal til for å øke plasstallet fra 1996 med 160 døgnplasser.

I henhold til løpende statistikk innhentet av SSB og kvalitetskontrollert ved SINTEF Unimed har plasstallene ved sykehusene variert med mellom 50 og 100 plasser årlig siden 1996, uten at dette nødvendigvis avspeiler årlige endringer i reell kapasitet. Forskjellene skyldes trolig at det stadig skjer omlegginger av driften lokalt, slik at plasstallet midlertidig går ned fra et år til et annet mens utbyggingsprosjekter ferdigstilles. Når summen av eksisterende plasser og plasser under utbygging i 2001 er 100 plasser (3 prosent) lavere enn forutsatt i Opptrappingsplanen, gir dette altså ikke grunnlag for å hevde at plasstallet i sykehusavdelinger må økes på nasjonal basis utover de tiltak og investeringer som allerede er iverksatt. Vurderinger av hva som er hensiktsmessig plasstall ved den enkelte enhet må skje lokalt.

Når kapasiteten ved døgnavdelingene vurderes, må en dessuten også legge vekt på hvordan plassene brukes. Mange større og mindre ombyggingsprosjekter og omlegging av driften har hatt som hensikt å fremme mer aktiv og kvalitativt bedre behandling. Som følge av dette har antall avsluttede pasientopphold økt med 24 prosent fra 1996 til 2001, til tross for at antall døgnplasser er noe redusert. Det har dessuten funnet sted en vesentlig styrking av personellinnsatsen, med både med hensyn til antall og utdanningsnivå.

Det er imidlertid fortsatt store forskjeller mellom fylkene når det gjelder døgnplassdekningen ved sykehus. For alle fylkene som i 1996 lå vesentlig under landsgjennomsnittet er det gitt støtte til utbyggingsprosjekter ved sykehus, eller slike prosjekter er planlagt realisert senere i perioden. Med denne utbyggingen vil alle disse fylkene utenom Sogn og Fjordane få en døgnplassdekning opp mot den gjennomsnittlige døgnplassdekningen utenom Oslo. Fylkesplanen i Sogn og Fjordane er spesiell ved at det ikke legges opp til å bygge flere sykehusplasser, men at man i stedet satser på utbygging og utvikling av DPS'ene.

Mål 6: Utbygging av distriktpsikiatriske sentra: totalt 1 025 nye plasser for aktiv behandling i forhold til nivået i 1996. Antall plasser i sykehjem reduseres tilsvarende.

Psykiatrimeldingen gikk inn for at hele landet skulle dekkes av distriktpsikiatriske sentre (DPS) med definerte opptaksområder. Et DPS skal bestå av voksenpsikiatrisk poliklinikk, dagtilbud og døgnplasser. Det polikliniske tilbud skal i tillegg til generell psykiatrisk kompetanse også ha særlig kompetanse på behandling av rusmisbrukere med psykiske lidelser. DPS'ene skal samarbeide nært med de kommunale helse- og sosialtjenestene. DPS'ene skal dels etableres ved nybygg, og dels ved omorganisering og ombygning av eksisterende institusjoner som psykiatriske sykehjem og poliklinikker.

Behovet for døgnplasser ved DPS'er er i Opptrappingsplanen anslått til 2 040. Dette tallet fremkom som summen av eksisterende antall plasser ved bo- og behandlingssentra i 1996 (1 014)⁷⁰ og et beregnet merbehov på 1 025 plasser i løpet av planperioden.

DPS-modellen er lagt til grunn i alle de godkjente fylkesplanene. I planene er det til sammen foreslått 81 DPS'er. Av disse er 62 opprettet i dag. Av de 62 opprettede DPS'ene er halvparten i henhold til Sosial- og helsedepartementet i hovedsak ferdig utbygget når det gjelder

⁷⁰ Dette tallet, som opprinnelig ble angitt til 1 040, er senere i SAMDATA-sammenheng korrigeret til 1 014, slik at det "korrigerede" planmålet for antall plasser i DPS'er i 2006 er 2 040 i stedet for 2 065.

bygningssmassen, og har kommet langt i å legge om behandlingstilbudene til mer aktiv behandling. For de resterende er det planlagt ny bygningssmasse i varierende omfang, men driften ved disse hemmes foreløpig av bygninger som er for små eller av andre grunner uhensiktsmessige. Fire helt nye DPS'er er under bygging, og ytterligere 13 er under prosjektering⁷¹.

I tillegg til de nybygde plassene som er finansiert fra Opptappingsplanen kommer nye plasser som fylkeskommunene har finansiert selv, og institusjoner som er bygget om og rustet opp med mer kvalifisert personell slik at arbeidsformene er endret i tråd med DPS-modellen. En rekke psykiatriske sykehjem er endret på denne måten, og er blitt til en døgnenhet innen et DPS. Mange eldre institusjoner er i en overgangssituasjon og er i ferd med å endres. Dette gjør det vanskelig å tallfeste hvor mange DPS-plasser vi har i dag. I følge SAMDATA Psykisk Helsevern Tabeller 2001 har antall døgnplasser ved "bo- og behandlingssentra"/DPS'er økt fra 1014 i 1996 til 1 779 i 2001, se tabell 6.4.

Tabell 6.4 Døgnplasser i psykisk helsevern for voksne 1996-2001. Antall og prosent endring.

Institusjonstype	1996	1998	2001	Endring 1996-2001	
				Absolutte tall	Prosent
Sykehus	2 938	3 070	2 908	-30	-1
Bo- og behandlingssentra	1 014	1 487	1 779	765	75
Sykehjem	2 058	1 298	735	-1 323	-36
Andre døgninstitusjoner	245	120	77	-168	-31
Totalt	6 255	5 975	5 499	-1 397	-19

Institusjonstypen "DPS" er under utbygging. Få av enhetene tilfredsstillende per dato de krav som angis i Psykiatrimeldingen. Fordi så mange av disse enhetene er inne i en utviklingsprosess, lar det seg vanskelig gjøre å tallfeste hvor mange plasser det er per i dag. Om det beregnede antall døgnplasser på 2040 ved DPS'er kan nås i 2006, vil være avhengig av flere forhold, og ikke bare av antall nye plasser som bygges finansiert av Opptappingsplanen. Totaltallet vil være sterkt avhengig av endringer i plasstallet når eldre institusjoner bygges om, og hvordan disse forandrer sine arbeidsformer. Denne type endringer i plasstallet foreligger det ikke oversikt over nå, ikke minst fordi helseforetakene har signalisert at de vil vurdere driften av sine institusjoner på ny etter overtakelsen fra fylkeskommunene. Tilgang til kvalifisert personell er en kritisk faktor for hvorvidt målet i Opptappingsplanen om at hele landet skulle dekkes av DPS'er med definerte opptaksområder lar seg gjennomføre som planlagt. Som det pekes på i avsnittet om kompetanseheving, er det mangelen på leger og psykologer som synes å være mest presserende.

Antall plasser ved psykiatriske sykehjem har sunket fra 2 060 i 1996 til 735 i 2001. Det synes altså åpenbart at plasstallet ved sykehjemmene i 2006 vil bli langt lavere enn de 1400 plassene som er anslått i Opptappingsplanen. I alle de fylkeskommunale planene er de psykiatriske sykehjemmene enten foreslått avviklet eller rustet opp og omgjort til avdelinger ved DPS'ene. Det er bare i noen ganske få fylker det vil kunne være igjen psykiatriske sykehjems plasser i 2006.

⁷¹ I St.prp. nr. 63 var det foreslått avsatt midler til nybygging av 1133 døgnplasser ved DPS'ene. I perioden 1999 - 2001 er det bygget 60 nye døgnplasser ved DPS'ene. I departementets liste over byggeprosjekter som skal realiseres i resten av perioden er det avsatt midler til ytterligere 645 nye døgnplasser. Til sammen gir dette 705 nybygde døgnplasser ved DPS'ene i opptappingsperioden.

Mål 7: Økning i den samlede polikliniske kapasiteten med ca 220 000 konsultasjoner (50 prosent økning fra nivået i 1996).

Opptrappingsplanen går inn for å øke den polikliniske behandlingen med 220 000 konsultasjoner i løpet av planperioden. Beregningsgrunnlaget er her en økning på 50 prosent i forhold til nivået i 1996. Det er uklart hvorvidt - og hvordan - privat avtalepraksis skal medregnes. Årlige opplysninger om antall konsultasjoner hos private avtalespesialister på landsbasis foreligger ikke.

Når privat avtalepraksis holdes utenfor, har den polikliniske virksomheten økt med 110 000 konsultasjoner, eller 25 prosent i de fem årene 1996-2001. Dersom denne veksten fortsetter også de neste fem år av planperioden vil målet om 220 000 flere konsultasjoner i forhold til nivået i 1996 nås i 2006.

I samme periode har antall årsverk i offentlig poliklinisk virksomhet økt med 49 prosent, noe som vitner om en forsert satsing på poliklinisk virksomhet, uten at dette har gitt uttelling i tilsvarende økning i polikliniske konsultasjoner. I løpet av 2000 økte f.eks. antall polikliniske årsverk med 19 prosent, mens antall polikliniske konsultasjoner økte med fem prosent.

Som det fremgår av tabell 6.5, er den polikliniske virksomheten ved sykehus og frittstående poliklinikker redusert i perioden. Økningen i poliklinisk virksomhet har i sin helhet funnet sted ved "bo- og behandlingssentra"/DPS'er, der volumet av slik virksomhet er mer enn fordoblet fra 1996. Dette skyldes i stor grad at polikliniske behandlingssenheter som tidligere ble definert som en integrert del av et sykehus, nå inngår/klassifiseres som del av et bo- og behandlingssenter/DPS.

Tabell 6.5 Antall polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne 1996, 1998 og 2001. Antall og prosent endring. Hele tusen.

Antall polikliniske konsultasjoner	1996	1998	2001	Prosent endring 1996-98	Prosent endring 1998-2001
Sykehusavdelinger	228	224	181	-2	-19
Bo- og behandlingssentra	106	150	275	42	83
Frittstående poliklinikker	97	100	92	3	-8
Andre institusjonstyper	7	2	0		
Totalt	438	476	549	9	15

Med den definisjon av DPS'er som ligger til grunn i dette kapitlet (se eget avsnitt om DPS'er), har antall polikliniske konsultasjoner ved slike sentra økt med 170 000 i perioden 1996-2001, og med 125 000 i de tre årene hittil i planperioden. Dersom den polikliniske aktivitet ved DPS'ene øker like mye i resten av planperioden, vil dette gi en netto økning ved DPS'ene på 330 000 konsultasjoner.

Mål 8: Produktivitetsøkning på 50 prosent ved polikliniske enheter for voksne

Tabell 6.6 viser utviklingen i produktivitet i løpet av planperioden. Antall årsverk blant polikliniske behandlere registreres ved en punkttelling ved slutten av året. Antall konsultasjoner er derimot basert på produksjonen gjennom hele året. Dette innebærer at poliklinikker som ansetter behandlere ved slutten av året får lav produktivitet, fordi behandlerne telles med som hele årsverk, uten å ha rukket å produsere konsultasjoner. For å minimere denne feilkilden har vi i tabellen under benyttet gjennomsnittstall for to år av gangen for å beregne antall årsverk. Antall årsverk i 1998 er således gjennomsnittet av antall årsverk i 1997 og 1998, antallet i 1999 gjennomsnittet for antall årsverk i 1998 og 1999 osv. Ved denne fremgangsmåten legges da til grunn at nye behandlere som en gjennomsnittsbetraktning starter sin polikliniske virksomhet jevnt fordelt gjennom hele året.

Tabell 6.6 Antall polikliniske årsverk blant fagutdannet personale ¹⁾ totalt, per år og per virkedag. 1998-2001. Antall og prosent endring.

	1998	1999	2000	2001	Prosent endring 1998-2001
Antall årsverk blant fagstab ²⁾	1 227	1 306	1 362	1 523	24
Antall polikliniske konsultasjoner	476 000	505 000	521 000	549 000	15
Antall konsultasjoner per år	388	387	383	360	-7
Antall konsultasjoner per virkedag ³⁾	1,68	1,68	1,67	1,57	-7

1) Polikliniske årsverk blant personale med universitets- eller høyskoleutdanning, minus merkantilt personale

2) Gjennomsnittet for angjeldende og forutgående år

3) 230 dager i året

Som det fremgår, var produksjonen av pasientkonsultasjoner per fagårsverk tilnærmet stabil fram til 2001, da den sank med sju prosent, til 1,57 per virkedag.

Det er nærliggende å anta at denne produksjonsreduksjonen kan være knyttet til den store tilveksten av nye behandlere i 2001 (161 nye behandlere). Det må nødvendigvis medgå mye tid for å gi- og få opplæring. En evt midlertidig reduksjon i effektivitet kan således tenkes å være en investering i fremtiden, ved at man på sikt legger grunnlaget for å kunne få en større øking i kapasitet og effektivitet. Det vil ta minst ett år før effektene av satsingen i 2001 på poliklinisk virksomhet lar seg avlese.

Antall konsultasjoner per behandler er omlag dobbelt så høy som i psykisk helsevern for barn og unge. Mesteparten av tiden går likevel med til andre gjøremål enn direkte pasientkonsultasjoner. Dette kan ha flere årsaker; bl a at personalet ved poliklinikkene i utstrakt grad må betjene og rådgive døgnenheter som følge av integrasjonen med døgnenheter ved de nye DPS'ene, som forutsetter nært samarbeid mellom poliklinikk og døgnenhet. I Rundskriv I-24/99 heter det således at:

"Dag- og døgnavdelinger som skal brukes i aktiv behandling bør ha lett tilgang på fagpersonell fra poliklinikken (...). Nær og løpende samhandling mellom poliklinikk og døgnavdelinger tilsier at de fortrinnsvis bør være lokalisert i nærheten av hverandre".

Det heter også at DPS/poliklinikkens oppgave også skal være:

veiledning/konsultasjon/rådgivning til kommunalt ansatte, herunder også administrativt personell i tilknytning til kommunal planlegging.

Poliklinikkene skal altså ha flere- og ulike typer funksjoner utover det å drive direkte pasientbehandling - det er ikke "rene" poliklinikker i tradisjonell (somatisk) forstand det er tale om. Å evaluere produktivitet ved slike enheter forutsetter derfor at alle typer virksomheter inngår i analysene. "Poliklinikkene" har i alle fall tre typer oppgaver:

- nært samarbeid, evt samorganisering med døgnenheter
- direkte pasientbehandling
- samarbeid og rådgivning ovenfor kommunene

Vurderingen av effektiviteten ved de polikliniske enhetene beror med andre ord på at man har en oppfatning av hva som er "ideell" vektlegging av de ulike aspekter ved driften.

Mål 9: Økning i antall dagopphold i DPS'er med 90 000 (50 prosent) i forhold til nivået i 1996.

I Opptrappingsplanen det angitt som et mål å øke kapasiteten i dagbehandlingen med 90.000 dagopphold i løpet av opptrappingsperioden. Veksten i dagbehandlingen skal skje ved DPS'ene, mens dagbehandlingen ved sykehusene forutsettes holdt omtrent på samme nivå som i 1996. Dagbehandlingen ved psykiatriske sykehjem forventes redusert.

I henhold til statistikk innhentet av SSB er volumet av dagbehandling redusert med 127 000 dagopphold (34 prosent) fra 1996 til 2001, se tabell 6.7.

Tabell 6.7 Antall oppholdsdager i psykisk helsevern for voksne 1996, 1998 og 2001. Antall og prosent endring. Hele tusen.

Antall oppholdsdager	1996	1998	2001	Prosent endring 1996-1998	Prosent endring 1998-2001
Sykehusavdelinger	131	109	70	-17	-36
Bo- og behandlingssentra	131	131	141	0	83
Frittstående poliklinikker	38	12	4	-68	-67
Sykehjem og andre døgninst	74	45	33	-39	-27
Daginstitusjoner	5	4	5	0	0
Totalt	379	302	252	-20	-17

Denne nedgangen kan ikke anses for å være reell, men skyldes endrede registreringsrutiner og sprikende og endret forståelse av begrepene "oppholdsdag" vs "dagopphold". MBDS, som ble innført i 2000 bl a for å rydde opp i begrepsbruken, har ennå ikke "satt seg" i institusjonenes registreringspraksis, noe som fører til at mange institusjoner ikke leverer data om slik virksomhet overhodet. Pasientdata innhentet av NPR, og som baserer seg på MBDS, er således ikke komplette for de siste driftsår hva angår dagbehandling. Heller ikke tall fra SSB, som baserer seg på samletall fra institusjonene (pasientdata aggregert til institusjonsnivå av institusjonene selv), gir sikre holdepunkter for det faktiske omfang av dagbehandling.

Dagbehandling synes å dekke hele spektret av behandlingsopplegg fra tilfeldige oppmøter ved dagsentra på den ene siden, til strukturerte og arbeidsintensive behandlingsopplegg for utvalgte pasientgrupper på den andre. Slik sett dekker begrepet ytterpunkter når det gjelder grad av spesialisering. Det synes ellers som at dagbehandling i økende grad defineres som poliklinisk virksomhet, og derved i noen grad kan forklare økningen i registrerte antall polikliniske konsultasjoner. Dette kan også medvirke til å forklare den meget sterke økningen i antall polikliniske årsverk i voksenpsykiatrien fra 2000 til 2001 (19 prosent). Den registrerte reduksjon i dagbehandling kan dessuten skyldes at deler av denne type oppgaver i økende grad tas hånd om i pasientenes hjemkommuner. Det er forøvrig betydelig faglig usikkerhet når det gjelder hvordan dagbehandling bør drives, hvordan virksomheten bør organiseres, og hva som er et meningsfullt mål for dagbehandlingskapasitet. Alt i alt synes det svært vanskelig å tallfeste den reelle økningen i dagbehandling/dagtilbud så langt i planperioden.

6.5 Psykisk helsevern for barn- og unge

Psykisk helsevern for barn- og unge har vært et nasjonalt satsingsområde de siste årene. Staten har ved bruk av en rekke ulike stimuleringstiltak forsøkt å bidra til både økt omfang og økt kvalitet på tilbudet. I Opptrappingsplanen fremheves det at psykisk helsevern for barn- og unge er et fagfelt som fortsatt trenger betydelig styrking. I tillegg til utbygging av institusjonsplasser er det behov for økt kapasitet til konsultasjon og veiledning til andre

kommunale og fylkeskommunale helse- og sosialinstanser. De konkrete hovedmålene i Opptrappingsplanen er:

- 205 flere døgnplasser til ungdom og omgjøring av behandlingshjem til klinikker med mer aktiv behandling
- 400 flere fagpersoner til poliklinisk virksomhet
- Produktivitetsøkning på 50 prosent ved poliklinikkene
- Tjenesten skal kunne gi hjelp til fem prosent av barn og unge under 18 år hvert år

Mål 10: 205 flere døgnplasser til ungdom og omgjøring av behandlingshjem til klinikker med mer aktiv behandling

I Opptrappingsplanen er det beregnet behov for totalt 500 døgnplasser for barn og unge – 205 flere enn i 1996. Tabell 6.8 viser hvordan plasstallet har utviklet seg i perioden 1996-2001. Det var etablert 315 plasser i 2001. Institusjonsplasser for barn- og unge skal dekke behovet for akutt-plasser for ungdom, døgnplasser for ungdom med sikte på noe lengre tids behandling, døgn- eller dagplasser for barn og plasser for familiebehandling. Institusjonsplasser i barne- og ungdomspsykiatrien er derfor ingen enhetlig størrelse fordi det kan dreie seg om rene døgnplasser, rene dagplasser, kombinerte døgn- og dagplasser, samt avdelinger med plass til en eller flere familier. Statistikken for døgnbasert institusjonsbehandling må derfor leses med forsiktighet.

Tabell 6.8 Døgnplasser i psykisk helsevern for voksne 1996-2001. Antall og prosent endring.

Institusjonstype	1996	1998	2001	Endring 1996-2001	
				Absolutte tall	Prosent
Klinikker	136	170	209	73	54
Behandlingshjem	160	155	106	-54	-34
Totalt	296	325	315	19	6

I henhold til Sosial- og helsedirektoratet var det våren 2002 kalkulert med investeringsmidler til ytterligere 125 plasser; til sammen 440 plasser. Dette plasstallet er noe lavere enn målet i Opptrappingsplanen, og gir 0,40 plasser per 1000 barn (målet i Opptrappingsplanen er 0,46). Den store forskjellen fylkene imellom synes imidlertid å være et større problem. Etter planlagt utbygging vil dekningen variere fra 0,20 plasser per 1000 barn i Vest-Agder til 0,70 i Finnmark⁷².

Nest høyest ligger Oslo med 0,56 plasser per 1000 barn. Nær halvparten av fylkene vil, selv etter at utbyggingsplanene er effektuert – ha betydelig færre plasser per 1000 barn enn gjennomsnittet for landet. På dette feltet ligger man altså ikke an til å komme i mål – hverken når det gjelder det totale volum på nasjonalt nivå – eller når det gjelder geografisk spredning av døgnplasstilbudet.

Målet om 200 nye døgnplasser med aktiv behandling tilsier dessuten mer personell ved disse institusjonene. Gitt en bemanningsfaktor på fire årsverk per plass, gir dette et merbehov for omlag 800 nye årsverk blant avdelingspersonell ved døgninstitusjoner for barn og unge. Dette er ikke særskilt omtalt i Opptrappingsplanen. Målet om mer aktiv behandling ved behandlingshjemmene tilsier dessuten mer personell ved disse institusjonene. Gitt ett årsverk per plass utover dagens nivå, innebærer dette 100 nye årsverk ved behandlingshjemmene. Til sammen gir dette en økning på 900 årsverk til døgnbehandling innen 2006 i

⁷² Finnmark skal ha utvidede funksjoner for samiske barn- og unge i hele regionen/landet.

forhold til nivået i 1996. Fordelt over 10 år gir dette en gjennomsnittlig årlig vekst på 90 årsverk knyttet til døgnvirksomheten blant barn og unge.

I de tre årene hittil i planperioden har økningen i avdelingspersonell ved døgninstitusjonene for barn og unge vært 250 årsverk, altså 83 per år. Dette er i samme størrelsesorden som målene i Opptrappingsplanen tilsier.

Mål 11: 400 flere fagpersoner til poliklinisk virksomhet.

Med fagpersoner menes personell med minimum treårig helsefaglig utdanning. Tabell 6.9 viser utviklingen i antall polikliniske årsverk i de ulike grupper fagpersonell i femårsperioden 1996-2001. Sett under ett økte antall fagpersoner/årsverk med 246 (ca 50 per år). Med denne veksttakten ligger det altså an til at målet om 400 flere fagpersoner til poliklinisk virksomhet blir overoppfyllt innen 2006 (ca 500 fagårsverk).

Tabell 6.9 Polikliniske fagårsverk i psykisk helsevern for barn og unge. Nasjonale tall. Absolutte tall og endring fra 1996-2001.

Årsverk ved poliklinikker for barn og unge	Endring					
	1996	1998	2001	1996-98	1998-2001	1996-2001
Psykiatere og andre leger	105	115	129	10	14	24
Psykologer	266	305	375	39	70	109
Sosionomer	179	185	222	6	37	43
Annet terapipers. m/høyskoleutd.	169	181	239	12	58	70
Fagårsverk totalt	719	786	965	67	179	246

Kilde: SSB

I de tre årene hittil i planperioden har antall fagårsverk økt med ca 180 (60 per år). Med en slik veksttakt også i de fem resterende årene i planperioden, vil antall fagårsverk ende med ca 480; - også dette høyere enn målet i Opptrappingsplanen. Rekrutteringen av fagpersonale til poliklinisk virksomhet i psykisk helsevern for barn og unge er altså i god gjenge i forhold til de mål som er satt. I hvilken grad dette har ført til tilsvarende økning i konsultasjoner og produktivitet, kommer vi tilbake til i avsnittet under.

Mål 12: Produktivitetsøkning på 50 prosent ved polikliniske enheter for barn og unge

Det legges i Opptrappingsplanen opp til "en økt effektivitet på 50 prosent" i løpet av planperioden, noe departementet anser som realistisk. Med "effektivitet" menes antall tiltak (terapisesjon, konsultasjon, samarbeidsmøte eller tilsvarende) per behandler per dag – som da altså skal øke fra 1,1 i 1996 til 1,7 i 2006, totalt en økning på 0,6 tiltak per dagsverk i planperioden.

I de tre årene hittil i planperioden har effektiviteten økt i samme takt som forutsatt i Opptrappingsplanen. Gitt 230 arbeidsdager i året, hadde hver behandler totalt 1,12 tiltak per dag i 1998, og 1,32 i 2001, en økning på 0,20 tiltak i løpet av tre år. I henhold til endringstakten forutsatt i Opptrappingsplanen skulle antall tiltak i 2001 vært 1.33, altså praktisk talt det samme som hva tilfellet er.

Disse tallene inkluderer samtlige tiltak – både de som er knyttet til konkrete enkeltpasienter, og øvrige registrerte tiltak. Antall registrerte tiltak som vedrører konkrete enkeltpasienter ("direkte tiltak") var 0,78 i 1998 og 0,87 i 2001; altså under ett direkte pasientrelatert tiltak per behandler per dag begge år. Økningen i slik direkte pasientkontakt er mindre enn når alle tiltak ses under ett, se tabell 6.10.

Disse tall skal leses med forsiktighet, fordi registreringspraksis og definisjoner i forbindelse med begrepene direkte og indirekte pasientkontakt kan ha endret seg, bl a på grunn av den store oppmerksomhet dette tema har fått de siste par år.

Tabell 6.10 Tiltak totalt og direkte tiltak. Poliklinisk virksomhet blant barn og unge. Absolutte tall og endring 1998-2001.

	1998		2001		Endring fra 1998 – 001	
	Totalt	Per dag	Totalt	Per dag	Antall tiltak	Prosent
Totalt antall tiltak per fagårsverk	258	1,12	303	1,32	45	17
Direkte tiltak per fagårsverk	179	0,78	200	0,87	21	11

Kilde: Sintef Unimed og SSB

Direkte pasientrelatert virksomhet, slik den registreres i BUP-databasen, utgjør altså fremdeles bare en liten del av de samlede gjøremål. I hvilken grad disse tall avspeiler hvor tidkrevende det er å bygge opp de nødvendige samarbeidsrelasjoner og nettverk (familie, skole, barnevern etc) som er nødvendige i arbeidet med barn og unge, og i hvilken grad tallene uttrykker et betydelig potensiale for produktivitetssøking (flere direkte tiltak per behandler), blir nærmere diskutert i en egen rapport fra SINTEF Unimed ved utgangen av året. Psykiatriske poliklinikker er tillagt en rekke oppgaver utover det å drive direkte pasientbehandling. Å evaluere produktivitet ved slike enheter forutsetter derfor at også slike virksomheter inngår i analysene.

Mål 13: Tjenesten skal kunne gi hjelp til fem prosent av barn og unge under 18 år hvert år

Tabell 6.11 viser utviklingen i aktivitet i psykisk helsevern for barn og unge fra 1998 til 2001.

Tabell 6.11 Aktivitet i psykisk helsevern for barn og unge. Absolutte tall og endring fra 1998-2001.

	1998	2001	Endring fra 1998 – 2001	
			Antall	Prosent
Totalt antall behandlede pasienter	20 634	29 197	8 563	41
- poliklinisk behandling	19 097	27 095	7 998	42
- dag- og/eller døgnbehandling	1 537	2 102		565
Behandlede pasienter i prosent av barn- og unge 0-17 år	2,0	2,7		0,7

Kilde: Sintef Unimed og SSB

I 2001 fikk nesten 30 000 barn og unge behandling gjennom psykisk helsevern⁷³. Av disse fikk 27 000 eller 93 prosent poliklinisk behandling. Det ble behandlet 8 500 flere pasienter i 2001 enn i 1998 (41 prosent økning). Til sammenligning har personellinnsatsen økt med 21 prosent. Det har altså skjedd en formidabel økning – både i antall behandlede pasienter og

⁷³ Det foreligger ikke data om hvorvidt dette er genuint ulike individer, - men lokale undersøkelser viser at det hører med til sjeldenhetene at en og samme pasient mottar tilbud ved to ulike anledninger i løpet av samme år.

antall årsverk i det psykiske helsevern for barn og unge i løpet av de tre første årene av planperioden.

Denne volumøkningen har ført til at dekningsgraden (andel barn og unge som mottar tilbud) økte fra 2,0 til 2,7 prosent (35 prosent økning). Dersom man antar at økningen til fem prosent skal skje lineært gjennom planperioden, måtte andelen barn og ungdom med tilbud gjennom psykisk helsevern i 2001 vært 3,13 prosent ⁷⁴.

Gitt at antall individer 18 år og yngre holdes på dagens nivå, tilsier målet om å nå fem prosent i 2006 at det psykiske helsevernet da skal nå fram til 53 374 barn og unge. Dette er 24 200 flere enn i 2001, hvilket tilsier at den gjennomsnittlige årlige økningen i antall behandlede pasienter i årene 2002 – 2006 må ligge på 4 800. Av tabell 6.11 fremgår det at den årlige økningen de tre første årene i planperioden var ca 2 800 barn og unge. Det psykiske helsevernet må altså nå ut til 2000 flere barn og unge hvert år i resten av planperioden enn hva dagens vekstrate legger opp til.

Et viktig spørsmål her er om det er antall *registrerte* pasienter som skal tilsvare fem prosent, eller om fem prosent også skal omfatte såkalte NN-saker hvor det psykiske helsevern yter råd og veiledning knyttet til enkeltpasienter uten å registrere pasienten. Pasientdata inneholder ikke informasjon om omfanget av NN-sakene og omfanget er ikke tallfestet på nasjonalt nivå. Det er likevel ikke tvil om at psykisk helsevern for barn og unge står overfor et løft i behandlingsvolum, noe som stiller sektoren overfor betydelige utfordringer. Det er særlig kapasiteten og produktiviteten i poliklinikkene som har betydning for behandlingsvolumet.

6.6 Oppsummering og avsluttende kommentar

Opptrappingsplanen for psykisk helse er en åtteårig plan med konkrete tiltak og økonomiske virkemidler for å styrke tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser, både kvantitativt og kvalitativt. Planperioden startet i 1999 og skal avsluttes i 2006. Fullføringen av Opptrappingsplanen vil være en av de regionale helseforetakenes mest sentrale oppgaver.

I Opptrappingsplanen er økningen i driftsutgifter til psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) stipulert til 2,1 milliarder kroner (1998-kroner). I løpet av de tre første årene av planperioden har brutto driftsutgifter til psykisk helsevern økt med 475 millioner kroner (omregnet til 1998-kroner). Denne realøkningen skyldes i all hovedsak økte statlige tilskudd. Økningen de tre første årene utgjør altså i størrelsesorden 23 prosent av den totale stipulerte økningen. Det innebærer at dersom man skal nå målet om økning på 2,1 milliarder, må økningen i utgiftene ligge på et høyere nivå de siste fem årene enn i de tre første i planperioden. Opptrappingsplanen tilsier med andre ord økt vekst i årene som kommer.

Vi har vurdert status for 13 av hovedmålene i Opptrappingsplanen:

Psykisk helsevern for voksne

1. *Økt bemanning.* I de tre første årene i planperioden har antall årsverk økt i raskere takt enn målene tilsier. Økningen har vært omlag 300 nye årsverk per år. Dersom denne veksten videreføres i resten av planperioden, vil målet om 2 300 nye årsverk ift nivået i 1996 bli overoppfylt med 500 årsverk.
2. *Kompetanseheving.* Hittil i planperioden har økningen i nye årsverk blant universitets- eller høyskoleutdannet personell vært 373 per år. For å nå målet i Opptrappingsplanen må økningen være 570 flere slike årsverk per år. Med dagens endringstakt ser det dermed ikke ut til at målet om kompetanseheving vil nås innen 2006. I 2006 vil det – med dagens endringstakt – være omlag 1 000 færre behandlere med slik

⁷⁴ 2 prosent ved oppstart pluss 3 prosent / 8 år * 3 år)

utdanningsbakgrunn enn det legges opp til. For å nå målet må personale med annen utdanningsbakgrunn reduseres tilsvarende, eventuelt ved at de tar høyere utdanning mens de jobber.

3. Bemanningsøkning per plass ved DPS'ene. Mangel på leger, psykologer og høgskoleutdannet personell vil trolig være den største hindringen for å kunne bygge ut DPS'er som faglig selvstendige enheter innen planperioden. Inntil videre synes mangelen på fagstab å bli løst ved å redusere ambisjonsnivået for disse lokale distriktspsykiatriske tilbud.
4. 50 prosent flere privatpraktiserende psykiatere og psykologer med driftsavtale. I 1998 fant det sted en reform der det ble inngått nye avtaler med tidligere avtaleløse spesialister, noe som førte til at antall avtaleårsverk det året ble nær tredoblet. Regnes 1996 som utgangsåret er altså målsettingen overoppfylt flere ganger bare i 1998, og det skulle følgelig ikke være grunnlag for ytterligere vekst senere i planperioden. Regnes derimot 1998 som utgangsåret, tilsier 50 prosent ytterligere vekst i resten av planperioden en ny rekruttering til privat praksis i sterk og problematisk konkurranse med rekrutteringen til de offentlige tilbudene.
5. Antall døgnplasser i sykehusavdelinger holdes på nivået fra 1996. Det bygges ut 160 nye plasser for personer som dømmes til psykisk helsevern. Dette innebærer 3100 sykehusplasser ved slutten av planperioden. I 2001 var det 2908 plasser. Det gjenstår således ca 190 nye plasser som må etableres for å nå målet. I departementets foreløpige liste over investeringsprosjekter som skal realiseres fram til 2006 inngår utbygging av totalt 92 døgnplasser. Sammen med eksisterende antall plasser blir dette 3000 plasser ved slutten av planperioden. Dette er 100 plasser (tre prosent) lavere enn det som skal til for å øke plassstallet fra 1996 med 160 døgnplasser. For alle fylkene som i 1996 lå vesentlig under landsgjennomsnittet er det gitt støtte til utbyggingsprosjekter ved sykehus, eller slike prosjekter er planlagt realisert senere i perioden.
6. Utbygging av distriktspsykiatriske sentra: totalt 1 025 nye plasser for aktiv behandling i forhold til nivået i 1996. Antall plasser i sykehjem reduseres tilsvarende. DPS-modellen er lagt til grunn i alle de godkjente fylkesplanene. I planene er det til sammen foreslått 81 DPS'er. Av disse er 62 opprettet i dag, hvorav halvparten i hovedsak er ferdig utbygget når det gjelder bygningsmassen. Disse har kommet langt i å legge om behandlingstilbudene til mer aktiv behandling. Fire helt nye DPS'er er under bygging, og ytterligere 13 er under prosjektering. I tillegg til de nybygde plassene kommer plasser ved institusjoner som er bygget om og rustet opp med mer kvalifisert personell slik at arbeidsformene er endret i tråd med DPS-modellen. En rekke psykiatriske sykehjem er i ferd med å endres på denne måten. Fordi så mange av disse enhetene er inne i en utviklingsprosess, lar det seg vanskelig gjøre å tallfeste hvor mange plasser det er ved DPS'er i dag. Om det beregnede antall døgnplasser på 2040 ved DPS'er kan nås i 2006, vil være avhengig av flere forhold, bla problemet med å skaffe kvalifisert personell og hvordan eldre institusjoner forandrer sine arbeidsformer. Helseforetakene har signalisert at de vil vurdere driften av sine institusjoner på ny etter overtakelsen fra fylkeskommunene.

Antall plasser ved psykiatriske sykehjem har sunket fra 2 060 i 1996 til 735 i 2001. Det synes altså åpenbart at plassstallet ved sykehjemmene i 2006 vil bli langt lavere enn de 1400 plassene som er anslått i Opptrappingsplanen.

7. Økning i den samlede polikliniske kapasiteten med ca 220 000 konsultasjoner (50 prosent økning fra nivået i 1996). Når privat avtalepraksis holdes utenfor, har den polikliniske virksomheten økt med 110 000 konsultasjoner, eller 25 prosent i de fem årene 1996-2001. Dersom denne veksten fortsetter også de neste fem år av planperioden vil målet om 220 000 flere konsultasjoner i forhold til nivået i 1996 nås i 2006.
8. Produktivitetsøkning på 50 prosent ved polikliniske enheter for voksne. Produktiviteten var tilnærmet stabil fram til 2001, da den sank med sju prosent, til 1,57 konsultasjoner per behandler per virkedag. Dette er trolig knyttet til den store tilveksten av nye behandlere i 2001 (161 nye behandlere). Selv om antall konsultasjoner per behandler er omlag dobbelt så høy som i det psykiske helsevern for barn og unge, går mesteparten av tiden med til andre gjøremål enn direkte pasientkonsultasjoner. Dette kan ha flere år-

saker; bl a at personalet ved poliklinikkene i utstrakt grad må betjene og rådggi døgnheter som følge av integrasjonen med DPS'ene. Poliklinikkene er dessuten tillagt en rekke andre funksjoner enn det å drive direkte pasientbehandling, f.eks. konsultasjon og rådgivning til kommunene.

9. Økning i antall dagopphold i DPS'er med 90 000 (50 prosent) i forhold til nivået i 1996. I henhold til statistikk innhentet av SSB er volumet av dagbehandling redusert med 127 000 dagopphold fra 1996 til 2001. Denne nedgangen kan ikke anses for å være reell, men skyldes endrede registreringsrutiner og sprikende og endret forståelse av begrepene "oppholdsdag" vs "dagopphold". Det er forøvrig betydelig faglig usikkerhet når det gjelder hvordan dagbehandling bør drives, hvordan virksomheten bør organiseres, og ikke minst hva som er et meningsfullt mål for dagbehandlingskapasitet. Alt i alt synes det svært vanskelig å tallfeste den reelle endringen i dagbehandling/dagtilbud så langt i planperioden.

Psykisk helsevern for barn og unge

10. 205 flere døgnplasser til ungdom og omgjøring av behandlingshjem til klinikker med mer aktiv behandling. Det er beregnet behov for totalt 500 døgnplasser for barn og unge – 205 flere enn i 1996. Det var etablert 315 plasser i 2001. Det er kalkulert med investeringsmidler til ytterligere 125 plasser; til sammen 440 plasser. Dette plasstallet er noe lavere enn målet i Opptrappingsplanen. Den store forskjellen fylkene imellom synes imidlertid å være et større problem. Nær halvparten av fylkene vil, selv etter at utbyggingplanene er effektuert – ha betydelig færre plasser per 1000 barn enn gjennomsnittet for landet. På dette feltet ligger man altså ikke an til å komme i mål – hverken når det gjelder det totale volum på nasjonalt nivå – eller når det gjelder geografisk spredning av døgnplasstilbudet.
11. 400 flere fagpersoner til poliklinisk virksomhet. I de tre årene hittil i planperioden har antall fagårsverk økt med ca 180 (60 per år). Med en slik veksttakt også i de fem resterende årene i planperioden, vil målet nås allerede i 2005. Rekrutteringen av fagpersonale til poliklinisk virksomhet i psykisk helsevern for barn og unge er altså i god gjenge i forhold til de mål som er satt.
12. Produktivitetsøkning på 50 prosent ved polikliniske enheter for barn og unge. I de tre årene hittil i planperioden har effektiviteten økt i samme takt som forutsatt i Opptrappingsplanen. Gitt 230 arbeidsdager i året, hadde hver behandler totalt 1,12 tiltak per dag i 1998, og 1,32 i 2001, en økning på 0,20 tiltak i løpet av tre år. I henhold til endringstakten forutsatt i Opptrappingsplanen skulle antall tiltak i 2001 vært 1.33, altså praktisk talt det samme som hva tilfellet er. Antall registrerte tiltak hvor pasienten (eller pårørende) er tilstede, ("direkte tiltak") var betydelig lavere; 0,78 i 1998 og 0,87 i 2001; altså under ett direkte pasientrelatert tiltak per behandler per dag begge år.
13. Tjenesten skal kunne gi hjelp til fem prosent av barn og unge under 18 år hvert år. Antall behandlede barn og unge har økt betydelig hittil i planperioden. I 2001 behandlet psykisk helsevern for barn og unge 2,7 prosent av befolkningen under 18 år. Dette er likevel ikke nok til at man ligger an til å nå målet om å behandle fem prosent av befolkningen under 18 år innen 2006. For å nå det målet må det psykiske helsevernet nå ut til 2000 flere barn og unge hvert år i resten av planperioden enn hva dagens vekstrate legger opp til.

7 Desentraliserte tjenester

Per Bernhard Pedersen

7.1 Innledning

7.1.1 Har vi fått en desentralisering av tjenestetilbudet i voksenpsykiatrien?

Et av hovedmålene for Psykiatrimeldingen (St meld 25 (1996-97)) og Opptappingsplanen (St prp nr 63 (1997-98)), er å bedre tilgjengeligheten til tjenestene, både når det gjelder volum på tjenestene og når det gjelder geografisk plassering. I følge plandokumentene skal det framtidige psykiske helsevernet (spesialisttjenesten) for voksne bygge på tre hovedpilarer:

- Spesialiserte sykehusavdelinger, fortrinnsvis knyttet til somatiske sykehus
- Distriktpsikiatriske sentra (DPS)
- Privatpraktiserende kliniske psykologer og psykiatere

De psykiatriske sykehjemmene forutsettes på sikt enten omdannet til avdelinger ved et DPS, overført til primærkommunene der en finner dette tjenlig, eller avviklet.

Formålet med dette kapitlet er å undersøke om man så langt har fått en desentralisering av tjenestetilbudet for voksne og om dette har gjort desentraliserte tjenester mere tilgjengelige. Vi har valgt å måle dette med utgangspunkt i indikatorer for ressursinnsats (årsverksoppgaver) og bruk av tjenester.

Utviklingen vil i hovedsak bli studert over perioden 1998-2001, heretter omtalt som "opptappingsperioden". Opptappingsplanen trådte formelt i kraft fra 1999. Det er derfor naturlig å bruke 1998 som basisår. Psykiatrimeldingen, som danner grunnlaget for de mer forpliktende målsettingene i Opptappingsplanen, ble imidlertid offentliggjort våren 1997. Selv om Opptappingsplanen ikke var vedtatt, finner en også en betydelig økning i ressursinnsatsen og bruk av øremerkede statlige midler allerede fra 1995/96 (Pedersen og Lilleeng 2002). I enkelte sammenhenger vil derfor utviklingen også i perioden 1996-98 bli referert og kommentert.

Det er tidligere dokumentert store fylkesvise variasjoner i tjenestetilbudet utenfor sykehusene. Enkelte fylker har kommet betydelig lenger enn andre i utbyggingen av desentraliserte tilbud. Vi ønsker derfor også å kartlegge fylkesvise variasjoner i grad av desentralisering, og om slike forskjeller nå holder på å bli jevnet ut.

7.1.2 Bakgrunn

I følge Psykiatrimeldingen og Opptappingsplanen skal de distriktpsikiatriske sentra i framtiden utgjøre det psykiske helsevernets "lokalsykehusfunksjon". De skal ha etablert både døgn- og dagtilbud, samt polikliniske tjenester. Hvert DPS skal ha ansvaret for tjenestene til befolkningen i et definert opptaksområde. Poliklinikkene skal i følge planene normalt organiseres som del av et DPS.

Det understrekes at de distriktpsykiatriske sentrene skal være *behandlingsinstitusjoner*, ingen skal i fremtiden ha institusjoner innenfor det psykiske helsevernet som varig bopel. Bolig og omsorg for mennesker med psykiske lidelser skal, i likhet med mennesker med fysiske lidelser, ivaretas av de kommunale førstelinjetjenestene.

Tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser vil ut fra dette få den samme strukturen som tjenester til mennesker med fysiske lidelser, en kommunal førstelinjetjeneste, og en spesialisert annen- (lokalsykehus) og tredjelinjetjeneste (sentralsykehus). Spesielt for det psykiske helsevernet er det likevel at en i planene forutsetter at *hele* befolkningen skal dekkes av egne andrelinjetjenester – innenfor somatisk helsetjeneste ivaretar sentralsykehus og regionsykehus også lokalsykehusfunksjoner for befolkningen i nærområdet.

Prinsippene for organisering av tjenestetilbudet, med vekt på desentralisering, mer aktiv behandling og korttidsintervensjon, samt utskrivning av langtidspasienter til tilbudet i lokalsamfunnet, representerer ikke noe avgjørende brudd med tidligere trender og retningslinjer. Siden 1970-tallet har de fleste vestlige land gjennomgått en nedbygging av de psykiatriske sykehusene, og utbygging av alternative tjenestetilbud i lokalsamfunnet. I Norge kan omleggingen bli spores tilbake til St meld 9 (1974-75), sykehusutbygging i m.v. i et regionalt helsevesen, med introduksjonen av regionaliseringsprinsippet (at hver institusjon skulle ha ansvaret for et definert opptaksområde) og LEON-prinsippet (at tjenestene skulle ytes på laveste effektive omsorgsnivå). Dette arbeidet ble videreført gjennom lov om kommunehelsetjenester, som ga kommunene et samlet ansvar for primærhelsetjenestene. Det ble i den forbindelse understreket at dette ansvaret også gjaldt mennesker med psykiske lidelser (Ot.prp nr 36 (1980-81)).

Innen det psykiske helsevernet ble denne utviklingen understøttet av økt gjennomslag for samfunnspsykiatriske tilnærings- og arbeidsmåter. Av særlig betydning bør nevnes utredningen om "Nye alternativer i psykiatrien" (Gunnes O, Kastet OM og Øgar B, 1985). De psykiatriske sykehjemmene (som ble etablert i løpet av 1950- og 1960-årene for å avlaste sykehusene for "ferdigbehandlede" pasienter) ble her tiltenkt en mer aktiv rolle i rehabilitering og behandling. Ved institusjoner utenfor sykehusene (hovedsakelig sykehjem) økte antall utskrivinger fra knapt 1200 til drøyt 3200 per år i løpet av 1980-tallet (Pedersen 1999). Dette ble muliggjort gjennom en kraftig nedgang i oppholdstidene ved institusjonene, fra omlag 3 år og 8 måneder i 1980 til omlag 14 måneder i 1990. Denne utviklingen fortsatte også på 1990-tallet. For institusjoner utenfor sykehusene sett under ett, gikk den gjennomsnittlige varigheten ned til 5 måneder i 1996. Mens sykehjemsoppholdene i 1990 hadde en gjennomsnittlige varighet på drøyt 15 måneder, ble varigheten av oppholdene ved de gjenværende sykehjemmene redusert til knapt 7 måneder (Pedersen 1999).

7.1.3 Valg av kriterier

Gjennom Psykiatrimeldingen og Opptappingsplanen er det lagt opp til et klart organisatorisk skille mellom distriktpsykiatriske tjenester, organisert som distriktpsykiatriske sentra (andrelinjetjenester), og sykehus (tredjelinjetjenester). Det er derfor naturlig å benytte *institusjonstilknytning/institusjonstype*, med utbyggingen av slike sentra som et av kriteriene for desentralisering. Dette er en metode som har vært benyttet i tidligere SAMDATA-rapporter der betegnelsen "psykiatriske bo- og behandlingssentra" har blitt brukt om slike institusjoner. Dette skulle være "Differensierte behandlingssenheter på lokalsykehusnivå, bestående av dag- og døgnenhet. Enheten skal i tillegg omfatte poliklinikk, eventuelt være faglig knyttet opp mot en poliklinikk." Bo- og behandlingssentrene måtte i tillegg være definert som en slik enhet av fylkeskommunen. I begrepet "lokalsykehusnivå" ligger det i tillegg at enheten forutsettes å ha et definert opptaksområde. Bare på et punkt skiller denne definisjonen seg fra den som blir benyttet for de distriktpsykiatriske sentrene: Det stilles krav om faglig og organisatorisk integrering. Heller ikke Psykiatrimeldingen eller Opptappingsplanen stiller imidlertid noe absolutt krav om fysisk integrering/samlokalisering, selv om fysisk nærhet vel må antas å påvirke mulighetene for å skape tilstrekkelig brede fagmiljø. Vi vil i dette kapitlet benytte betegnelsene "distriktpsykiatriske tjenester" og "distriktpsykiatri" om denne typen enheter.

Som mål på grad av desentralisering bør imidlertid dette kriteriet suppleres med andre kriterier.

For det første vil det være en glidende overgang mellom tjenester ytt av de distriktpsykiatriske tjenestene og av de tradisjonelle sykehjemmene. Også sykehjemmene har etter hvert blitt mere åpne, med vekt på aktiv behandling, rehabilitering og tilbakeføring av pasientene til lokalsamfunnet. Andre sykehjem har blitt integrert som avdelinger i et DPS, uten at dette i seg selv trenger å ha påvirket driften. Også andre institusjonstyper vil derfor trekkes inn i analysen. "Tjenester organisert utenfor sykehus" vil derfor også bli benyttet som kriterium på grad av desentralisering.

For det andre har mange sykehus tidligere ivaretatt tjenester som i følge planen skal ivaretas av de distriktpsykiatriske sentrene. Vi tenker her spesielt på poliklinisk virksomhet og andre dagtilbud. Slike tjenester har også blitt levert av selvstendige institusjoner. En ensidig fokusering på de distriktpsykiatriske sentrene vil derfor kunne gjenspeile omorganisering mer enn endrede funksjoner. *Funksjon eller oppgavetype* vil derfor også bli benyttet som kriterium. Følgende inndeling vil bli benyttet: andrelinjetjenester totalt, definert som alle tjenester minus heldøgnsdrift ved sykehus (som utgjør det aller meste av tredjelinjetjenesten), døgntjenester utenfor sykehus, døgntjenester ved distriktpsykiatriske sentra, polikliniske tjenester totalt og dagvirksomhet totalt. For å gjøre oversikten fullstendig, vil vi også presentere enkelte tall separat for døgndrift ved sykehus, ved distriktpsykiatriske institusjoner og for sykehjem mv⁷⁵.

Dagvirksomheten er skilt ut ved at ressursinnsats til en oppholdsdag er satt lik ressursinnsatsen til ½ oppholdsdøgn. Innholdet i, og registreringen av dagvirksomheten varierer. Når vi tar med dagvirksomheten, er dette først og fremst for å få korrigert tallene for døgnavirksomheten. Vi vil derfor ikke kommentere tallene for dagaktiviteten nærmere.

7.2 Personellinnsats

7.2.1 Utviklingen over tid

Tabell 7.1 viser utviklingen i personellinnsats (årsverk) over perioden 1996-2001, etter institusjonstype og funksjon⁷⁶. Endringstallene for perioden 1998 til 2001 er fremstilt grafisk i figur 7.1.

I tillegg til tall for det enkelte år, har vi i tabellen lagt inn absolutt og prosentvis endring over perioden 1998-2001. De absolutte endringene er en indikasjon på hvilke institusjoner og funksjoner som særlig har blitt styrket. Totalt sett økte personellinnsatsen med 6,5 prosent over perioden. Institusjoner/funksjoner som har en sterkere vekst enn dette har styrket sin stilling i forhold til andre institusjoner/funksjoner. For å undersøke om endringer i opptrappingsperioden representerer et brudd med utviklingen før Opptrappingsplanen formelt ble iverksatt, har vi også ført opp de absolutte endringene for perioden 1996-1998.

Psykisk helsevern for voksne har siden 1996 blitt tilført drøyt 1300 flere årsverk, herav nær 900 årsverk, eller 6,5 prosent etter at Opptrappingsplanen formelt trådte i kraft (1998-2001). Fordelt etter institusjonell tilknytning, har veksten i opptrappingsperioden både absolutt og relativt vært sterkere utenfor enn innenfor sykehusene. Dette representerer et brudd med de foregående år, da veksten i sin helhet gikk til sykehusene, mens det var en nedgang i ressursinnsatsen til tjenester utenfor sykehusene. I selve opptrappingsperioden har vi altså fått en desentralisering i tråd med Psykiatrimeldingen og Opptrappingsplanens målsettinger. Mens sykehustjenestene har økt med tre prosent, har tjenestene utenfor økt

⁷⁵ Denne gruppen omfatter også ettervernshjem og enkelte spesialinstitusjoner for senil demens utredning.

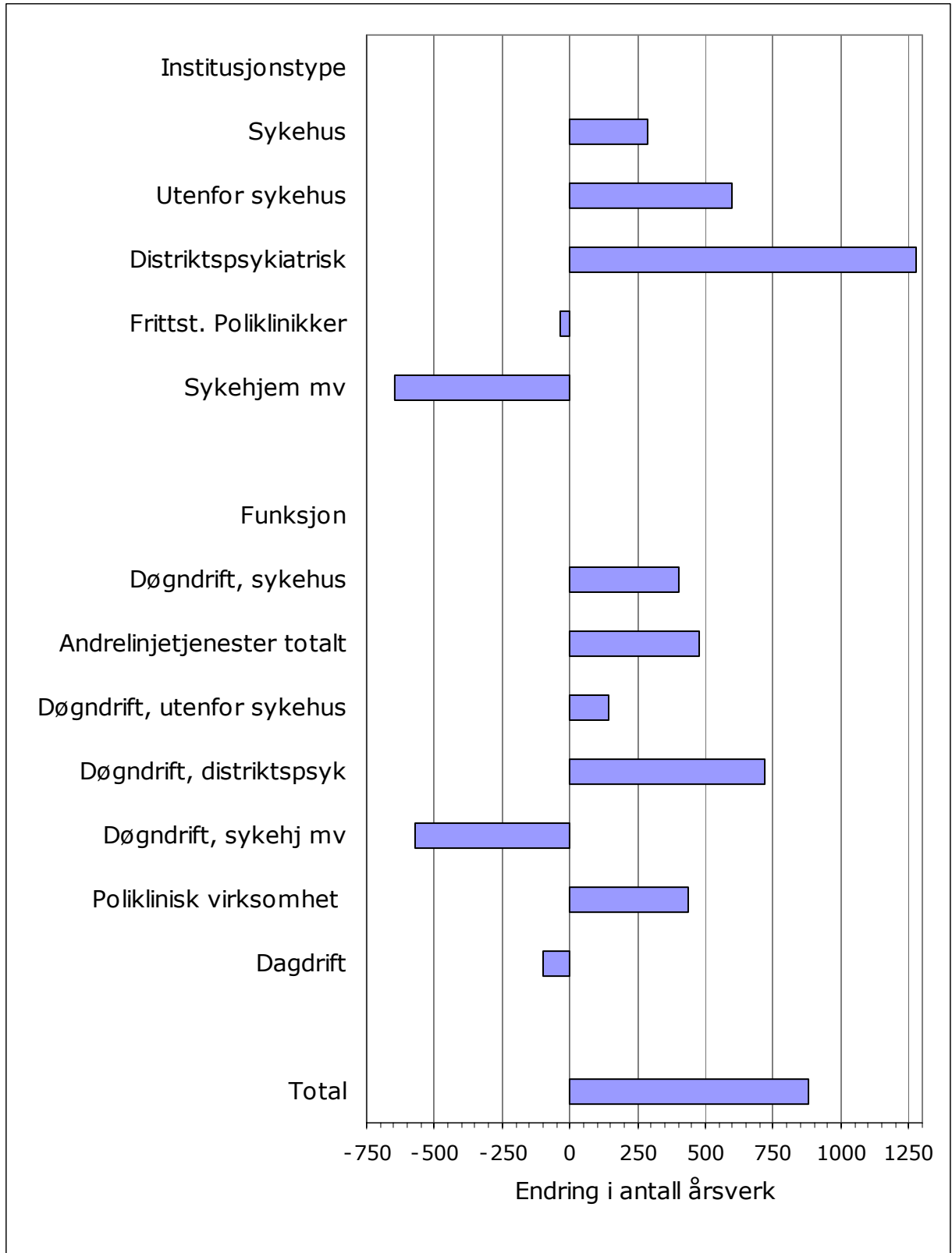
⁷⁶ Forskjellen kan illustreres med utgangspunkt i poliklinikkene. I den øvre del av tabellen (etter institusjonstype) inngår poliklinisk personell dels i tallene for sykehus, dels distriktpsykiatriske tjenester og dels frittstående poliklinikker. Tall for den samlede polikliniske virksomheten finner vi i den nedre delen av tabellen (inndeling etter funksjon).

med 12 prosent. Både før og etter 1998 har veksten vært særlig sterk for de distriktpsikiatriske tjenestene.

Tabell 7.1 Personellinnsats i det psykiske helsevern for voksne 1996-2001. Årsverk totalt etter institusjonstype, funksjon og år. Absolutt og relativ endring 1998-2001.

	Årsverk totalt								
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	1996-1998	1998-2001	Pst 1998-2001
Etter institusjonstype									
Sykehus	7 985	8 307	8 662	8 632	8 738	8 947	677	285	3
Utenfor sykehus totalt	5 232	5 098	4 992	5 212	5 354	5 588	-240	596	12
Herav:									
Distriktpsikiatrisk	1 831	2 415	2 763	3 276	3 451	4 042	931	1279	46
Frittst. Poliklinikker	463	411	399	327	350	361	-64	-38	-10
Sykehjem mv	2 938	2 272	1 830	1 609	1 553	1 185	-1108	-645	-35
Etter funksjon									
Døgndrift, sykehus	6 916	7 260	7 601	7 686	7 811	8 004	685	403	5
Andrelinjetjenester totalt	6 301	6 145	6 053	6 158	6 281	6 531	-248	478	8
Døgndrift, utenfor sykehus	4 103	3 964	3 703	3 801	3 899	3 845	-400	142	4
Herav:									
• distriktpsikiatrisk	1 351	1 814	2 027	2 295	2 436	2 743	676	716	35
• sykehjem mv	2 752	2 150	1 676	1 506	1 463	1 102	-1 076	-574	-34
Poliklinisk virksomhet	1 324	1 385	1 535	1 558	1 651	1 968	211	433	28
Dagdrift	875	796	816	799	731	718	-59	-98	-12
Totalt	13 217	13 405	13 654	13 844	14 092	14 535	437	881	6

Dette bildet modifiseres noe om vi i stedet ser på ressursutvikling etter funksjon. Nær halvparten av tilveksten, 403 av 881 årsverk, har gått til døgnavdelinger ved sykehusene. Dette tilsvarer fem prosents vekst ved sykehusavdelingene, mot åtte prosents vekst til andre tjenester. Lavere vekst ved sykehusene synes derfor delvis å ha sin bakgrunn i at poliklinikkene har blitt skilt ut fra disse. Vi kan ellers merke oss at det i opptrappingsperioden har vært en, om enn svak, realvekst også i ressursinnsatsen til døgnbehandling utenfor sykehus. Nedgangen ved sykehjemmene har med andre ord vært svakere enn veksten i de distriktpsikiatriske tjenestene. Poliklinikkene har, både før og etter 1998 hatt en betydelig økning i personellinnsatsen.



Figur 7.1 Økning i årsverksinnsats totalt i det psykiske helsevernet for voksne 1998-2001. Etter institusjonstype og funksjon.

Gjennom Psykiatrimeldingen og Opptappingsplanen har en også ønsket å styrke innslaget av universitets- og høyskoleutdannet personell. Vi har derfor undersøkt tilveksten for tre grupper (leger, psykologer og sykepleiere, fordelt etter de samme kriteriene som i tabell 6.1. Resultatene er gjengitt i tabell 7.2, 7.3 og 7.4.

Tabell 7.2 Legeårsverk i det psykiske helsevernet for voksne. Etter institusjonstype og funksjon 1996-2001.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	1996-1998	1998-2001	Pst 1998-2001
Etter institusjonstype									
Sykehus	589	619	669	649	682	709	80	40	6
Utenfor sykehus	174	181	201	244	270	309	27	108	54
Herav:									
• Distriktpsykiatrisk	88	107	127	178	198	252	39	125	98
• Frittst. Poliklinikker	70	67	66	60	64	52	-4	-15	-22
• Sykehjem mv	16	8	8	7	8	5	-8	-2	-31
Etter funksjon									
Døgndrift, sykehus	430	468	487	499	539	546	57	59	12
Andrelinjetjenester totalt	330	332	383	394	414	471	53	89	23
Døgndrift, utenfor sykehus	31	20	25	28	35	47	-6	22	85
Herav:									
• distriktpsyk	17	14	19	23	29	42	1	23	122
• sykehj mv	14	6	7	5	6	5	-7	-1	-21
Poliklinisk virksomhet	267	280	328	329	344	398	60	70	21
Dagdrift	37	33	30	38	34	28	-7	-2	-7
Totalt	763	800	870	893	953	1 018	107	148	17

Siden 1996 har det vært en økning i antall legeårsverk på 256, herav 148 årsverk eller 17 prosent etter at Opptappingsplanen trådte i kraft. I opptappingsperioden har veksten, både i absolutte tall og relativt vært sterkere utenfor enn innenfor sykehusene. Igjen bryter dette med trenden i den foregående toårsperioden, da veksten særlig gikk til sykehusene. Fordelt etter funksjon har tilveksten hovedsakelig gått til poliklinisk virksomhet (pluss 70 årsverk). Det har likevel også vært en betydelig tilvekst ved sykehusenes døgnavdelinger (pluss 59 årsverk). Det er fortsatt bare et fåtall legeårsverk knyttet til døgndrift utenfor sykehus⁷⁷.

⁷⁷ Tallene kan være noe underrapportert. Disse døgnavdelingene vil som regel bli betjent fra poliklinikkene uten at dette alltid framgår av årsverksoppgavene.

Tabell 7.3 Psykologårsverk i det psykiske helsevernet for voksne. Etter institusjonstype og funksjon. 1996-2001.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	1996-1998	1998-2001	Pst 1998-2001
Etter institusjonstype									
Sykehus	357	366	358	357	388	385	1	26	7
Utenfor sykehus	209	220	257	294	325	381	47	125	49
Distriktpsykiatrisk	89	108	157	215	239	299	68	142	90
Frittst. Poliklinikker	104	99	92	69	77	78	-12	-14	-15
Sykehjem mv	16	12	8	10	9	5	-9	-3	-38
Etter funksjon									
Døgndrift, sykehus	192	200	204	216	227	227	11	23	11
Andrelinjetjenester totalt	375	385	411	436	486	539	36	128	31
Døgndrift, utenfor sykehus	25	16	23	20	34	38	-2	14	61
Døgndrift, distriktpsyk	14	8	18	15	27	33	5	15	83
Døgndrift, sykehj mv	12	8	5	5	7	5	-6	-1	-20
Poliklinisk virksomhet	326	355	370	394	434	485	44	114	31
Dagdrift	20	14	18	22	19	17	-2	-1	-6
Totalt	567	585	615	652	713	766	49	151	25

Tabell 7.3 viser utviklingen i antall psykologårsverk. Siden 1998 har det vært en tilvekst på 151 årsverk, eller 25 prosent. Veksten har i all hovedsak kommet utenfor sykehusene, og gått til distriktpsykiatriske tjenester (pluss 142 årsverk), særlig poliklinisk virksomhet (pluss 114 årsverk). Det er stadig bare et fåtall psykologårsverk knyttet til døgnvirksomhet utenfor sykehusene ⁷⁸.

Tabell 7.4 viser utviklingen i antall sykepleierårsverk over perioden. Siden 1998 har det her vært en økning i antall årsverk på 430, eller 9,5 prosent. Dette gir en noe kraftigere vekst enn for personell generelt, der veksten var 6,5 prosent. Brorparten av økningen har gått til tjenester utenfor sykehusene, særlig til døgndriften. De distriktbaserte tjenestene, og særlig døgnenhetene har hatt en betydelig økning, både før og etter 1998.

⁷⁸ Tallene kan være noe underrapportert. Disse døgnavdelingene vil som regel bli betjent fra poliklinikkene uten at dette alltid framgår av årsverksoppgavene.

Tabell 7.4 Sykepleierårsverk i det psykiske helsevernet for voksne, etter institusjonstype og funksjon, 1996-2001.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	1996-1998	1998-2001	Pst 1998-2001
Etter institusjonstype									
Sykehus	2 733	2 853	3 065	3 019	3 081	3 178	331	113	4
Utenfor sykehus	1 500	1 489	1 468	1 550	1 680	1 784	-32	317	22
Distriktpsykiatrisk	575	748	846	1 017	1 135	1 331	271	485	57
Frittst. Poliklinikker	98	87	90	69	79	77	-9	-13	-14
Sykehjem mv	827	654	532	464	465	376	-295	-156	-29
Etter funksjon									
Døgndrift, sykehus	2 443	2 566	2 762	2 740	2 831	2 913	319	151	5
Andrelinjetjenester totalt	1 790	1 776	1 771	1 829	1 929	2 049	-19	278	16
Døgndrift, utenfor sykehus	1 212	1 205	1 144	1 208	1 315	1 353	-68	209	18
Døgndrift, distriktpsyk	439	590	660	776	877	1 002	221	341	52
Døgndrift, sykehj mv	773	615	484	432	438	351	-289	-133	-27
Poliklinisk virksomhet	269	277	325	325	337	428	56	103	32
Dagdrift	310	295	301	295	278	269	-8	-33	-11
Totalt	4 233	4 342	4 533	4 569	4 760	4 962	299	430	9

Både absolutt og relativt har det over opptrappingsperioden vært en desentralisering av personellinnsatsen, både når det gjelder personell totalt, og for leger, psykologer og sykepleiere. Det har vært en vesentlig styrking av de distriktpsykiatriske tjenestene. Veksten i disse tjenestene skyldes delvis en overføring av funksjoner fra andre institusjoner (omorganisering av sykehjem, overføring av poliklinikker fra sykehusene). Det har imidlertid også vært en betydelig styrking av døgnavdelingene ved sykehusene, som samtidig sto for brorparten av veksten i den foregående toårsperioden.

Det er naturlig å spørre om hvorfor en i perioden fram til 1998 først og fremst fikk en styrking av døgnavdelingene ved sykehusene, og dermed også en sentralisering av ressursbruken. Flere forhold har sannsynligvis virket inn. For det første var det tidlig på 1990-tallet stort press på akuttavdelingene ved sykehusene i mange fylker. Å sikre tilstrekkelig kapasitet ved sykehusene ble derfor tatt opp spesielt i Sosialkomitéens innstilling til Psykiatrimeldingen (Innst S nr 258 (1996-97)). Samtidig hadde en ved sykehusene etablerte fagmiljø og bygninger, som muliggjorde en rask ekspansjon av virksomheten. Deler av virksomheten utenfor sykehusene (f.eks. ved sykehjemmene) falt på den andre siden klart utenfor de retningslinjer som i Psykiatrimeldingen ble trukket opp for det psykiske helsevernet. Samtidig krevde etablering av distriktpsykiatriske sentra etablering av nye fagmiljø og ofte nybygg. Alt dette krever tid, og gjør det naturlig at veksten i de desentraliserte tjenestene kommer senere enn ved sykehusavdelingene. Vi vil likevel anta at dette er et område som bør overvåkes i den videre iverksettingen av Opptrappingsplanen.

7.2.2 Fylkesvise forskjeller i personellfordeling

Vi vil i dette punktet se nærmere på de fylkesvise forskjellene i ressursinnsats til desentraliserte tjenester. Dette har to aspekter:

- For det første: Hvilke ressurser er tilgjengelige for desentraliserte tjenester. Dette sier først og fremst noe om tilgjengeligheten til tjenestene. Dette vil bli målt ved hjelp av personellratene (årsverk i forhold til innbyggertallet).
- For det andre: Hvor stor andel av ressursene (innen tjenestene til voksne) går til slike tjenester. Dette sier noe om prioriteringen av de desentraliserte tjenestene i forhold til andre tjenester.

I praksis vil de to indikatorene gi omlag samme resultat⁷⁹, korrelasjonskoeffisienten ligger for alle indikatorer nær 0,8 eller høyere. Resultatene vil derfor bli kommentert under ett.

Vi vil først se på fordelingen i 2001. Tabell 7.5 viser ressursfordeling på fylkesnivå, fordelt etter årsverkens institusjonstilknytning, mens tabell 7.6 gir årsverksfordeling etter funksjon.

De to første tallkolonnene i tabell 7.5 viser årsverksinnsats til institusjoner utenfor sykehus totalt. Første tallkolonne gir volumet (årsverk i forhold til innbyggertall). Den neste angir prosentandel som går med til dette. Østfold bruker eksempelvis 12,7 årsverk på slike tjenester per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Andre tallkolonne angir prosent av ressursinnsatsen som går til slike institusjoner, i Østfolds tilfelle 12,7 dividert med 36,5 (totalrate, siste tallkolonne) dvs. 35 prosent. 65 prosent av ressursinnsatsen (100-65) er med andre ord knyttet opp til sykehusene. De to neste tallkolonnene viser de tilsvarende tallene for de distriktpsykiatriske tjenestene separat. Nederst i tabellen har vi ført opp variasjonskoeffisienten (CV), som er et vanlig brukt mål på spredning. Denne er definert som standardavvik dividert på gjennomsnitt.

Vi kan først merke oss at vi har en langt større spredning, både for tjenester utenfor sykehus generelt, og for distriktpsykiatriske tjenester spesielt, enn for ressursinnsats totalt, med CV på henholdsvis 0,40, 0,54 og 0,17 for ratene. Best utbygging av desentraliserte tjenester finner vi i Finnmark. Ettersom fylket sykehusfunksjonen dekkes fra Troms, blir andelen som går til slike tjenester utenfor sykehus nødvendigvis høy. Tallene for Troms vil bli påvirket i motsatt retning. Også Buskerud og Vestfold har kommet langt i utbyggingen av desentraliserte tjenester, både målt ved rater og andeler til tjenester utenfor sykehus generelt og i etablering av distriktpsykiatriske tjenester spesielt. Også Sogn og Fjordane har en høy andel personell utenfor sykehus, men har kommet noe kortere i etableringen av distriktpsykiatriske tjenester. Lavest dekning av tjenester utenfor sykehus finner vi i Hedmark og i Trøndelagsfylkene. Nord-Trøndelag og Hedmark kjennetegnes samtidig, sammen med Rogaland, ved å være de fylkene som har kommet kortest i etableringen av distriktpsykiatriske tjenester.

Noen av disse forskjellene har sin bakgrunn i lokale tilpasninger til ulike geografiske forhold. Sogn og Fjordane har eksempelvis, ut fra fylkets geografiske og befolkningsmessige forutsetninger, bevisst valgt en desentralisert modell. Nord-Trøndelag har på den andre siden en relativt desentralisert sykehusstruktur. I andre tilfeller finner vi derimot betydelige forskjeller, som neppe kan føres tilbake til slike forhold.

⁷⁹ Oslo utgjør unntaket. Ettersom fylket totalt sett har en langt høyere personelldekning enn de øvrige fylkene, kan fylke ha en (relativt) høy personelldekning for desentraliserte tjenester, selv om fylket har en (relativt) lav andel slike tjenester.

Tabell 7.5 Personellinnsats etter institusjonstilknytning. Desentraliserte tjenester for voksne. Årsverk per 10 000 innbyggere 18 år og eldre og i prosent. av årsverk totalt. Etter tilknytningsfylke. 2001.

Tilknytningsfylke	Tjenester utenfor sykehus totalt		Distriktpsikiatriske tjenester		Årsverk totalt til psykisk helsevern for voksne per 10 000 18 år +
	Årsverk per 10 000 18 år +	Prosent av årsverk totalt	Årsverk per 10 000 18 år +	Prosent av årsverk totalt	
Østfold	12,7	35	8,9	24	36,5
Akershus	12,6	36	10,7	30	35,3
Oslo	20,7	33	13,8	22	62,2
Hedmark	4,6	14	4,6	14	34,2
Oppland	22,1	50	16,7	38	44,2
Buskerud	22,5	63	15,6	44	35,6
Vestfold	19,6	56	19,6	56	35,0
Telemark	13,3	34	8,2	21	39,4
Aust-Agder	13,0	38	13,0	38	34,0
Vest-Agder	16,5	40	16,5	40	41,2
Rogaland	18,6	45	4,5	11	41,5
Hordaland	15,4	35	13,0	30	44,0
Sogn og Fjordane	27,0	70	13,3	35	38,6
Møre og Romsdal	12,4	31	10,4	26	40,5
Sør-Trøndelag	8,3	23	8,0	22	36,1
Nord-Trøndelag	7,6	22	0,0	0	35,4
Nordland	18,8	46	11,0	27	40,7
Troms	17,8	38	17,8	38	46,4
Finmark	31,6	100	31,6	100	31,6
Staten		5			
Total	16,2	38	11,7	28	42,0
CV	0,40	0,46	0,54	0,64	0,17

Tabell 7.6 gir tilsvarende tall for fordeling etter funksjon. I følge Psykiatrimeldingen og Opptrappingsplanen, skal sykehusenes, eller tredjelinjens hovedoppgave være å yte spesialiserte sykehusbehandling på fylkesnivå. Øvrige funksjoner, herunder døgntjenester utenfor sykehus, samt poliklinisk og annen dagbehandling, skal i hovedsak ivaretas av andrelinjetjenesten (utenfor sykehusene). De to første tallkolonnene gir opplysninger om personellinnsats til slike tjenester totalt, inklusive alle døgnavdelinger utenfor sykehus, samt poliklinisk personell og personell knyttet til dagvirksomhet i og utenfor. Som det framgår av tabellen er 38 prosent av årsverksinnsatsen i Østfold knyttet opp mot slike tjenester. 62 prosent er med andre ord knyttet opp mot heldøgnsavdelinger i sykehus. På landsbasis er de tilsvarende tallene 45 og 55 prosent. De neste kolonnene gir tilsvarende tall for døgndrift totalt utenfor sykehus (inklusive sykehjem mv) og ved distriktpsikiatriske institusjoner separat. Vi har også ført opp personellrate og personellandel knyttet til poliklinisk virksomhet.

Tabell 7.6 Tabell 7.6 Personellinnsats etter funksjon. Desentraliserte tjenester for voksne. Årsverk per 10 000 innbyggere 18 år og eldre og i prosent. av årsverk totalt. Etter tilknytningsfylke. 2001.

Tilknytningsfylke	Andrelinje-tjenester totalt		Heldøgntjenester andrelinjen		Heldøgntjenester distriktpsykiatri		Poliklinisk virksomhet		Årsverk totalt til psykisk helsevern for voksne per 10 000 18 år +
	Årsverk per 10 000 18 år +	Prosent av årsverk totalt	Årsverk per 10 000 18 år +	Prosent av årsverk totalt	Årsverk per 10 000 18 år +	Prosent av årsverk totalt	Årsverk per 10 000 18 år +	Prosent av årsverk totalt	
Østfold	13,8	38	8,7	24	8,7	24	4,7	13	36,5
Akershus	13,1	37	7,9	22	6,0	17	4,0	11	35,3
Oslo	24,1	39	11,8	19	5,7	9	7,0	11	62,2
Hedmark	9,1	27	2,9	9	2,9	9	5,0	15	34,2
Oppland	22,2	50	15,4	35	11,6	26	6,1	14	44,2
Buskerud	22,9	64	15,8	45	10,9	31	5,3	15	35,6
Vestfold	20,6	59	12,7	36	12,7	36	5,8	17	35,0
Telemark	15,7	40	6,1	16	6,1	16	8,0	20	39,4
Aust-Agder	16,5	49	12,0	35	12,0	35	3,5	10	34,0
Vest-Agder	18,9	46	11,9	29	11,9	29	4,3	10	41,2
Rogaland	25,0	60	16,8	40	4,1	10	4,7	11	41,5
Hordaland	17,6	40	9,4	21	7,4	17	5,1	12	44,0
Sogn og Fjordane	28,5	74	21,9	57	9,6	25	6,0	16	38,6
Møre og Romsdal	16,5	41	10,1	25	10,1	25	5,7	14	40,5
Sør-Trøndelag	15,3	42	7,4	21	7,4	21	7,0	19	36,1
Nord-Trøndelag	15,2	43	7,5	21	0,0	0	7,3	21	35,4
Nordland	19,8	49	11,7	29	9,0	22	6,6	16	40,7
Troms	18,6	40	10,6	23	10,6	23	6,5	14	46,4
Finnmark	31,6	100	23,4	74	23,4	74	7,0	22	31,6
Staten		5		0		0		5	
Total	18,9	45	11,1	26	7,9	19	5,7	14	42,0
CV	0,29	0,34	0,44	0,51	0,54	0,66	0,21	0,25	0,17

Vi kan først merke oss at de fylkesvise forskjellene er betydelig mindre når det gjelder andrelinjetjenester generelt (CV=0,29) og polikliniske tjenester spesielt (CV=0,21), enn ut fra institusjonsinndeling (der CV utenfor sykehus var 0,40). For døgntjenester utenfor sykehus, særlig i distriktpsykiatrien, er forskjellene derimot på samme nivå (med CV på henholdsvis 0,44 og 0,54).

Høyest andel til andrelinjetjenester finner vi igjen i Finnmark, etterfulgt av Sogn og Fjordane, Buskerud, Rogaland og Buskerud. Rogaland har fortsatt en betydelig andel andrelinjefunksjoner knyttet til sykehus. Lavest andel andrelinjetjenester finner vi igjen i Hedmark, etterfulgt av Akershus og Østfold. Oslo har også en lav andel av tjenestene knyttet til andrelinjetjenester, selv om volumet (raten) ligger godt over landsgjennomsnittet.

Høyest dekning av desentraliserte døgntjenester finner vi i Finnmark, Sogn og Fjordane og Rogaland. Finnmark har samtidig, etterfulgt av Vestfold og Oppland, den høyeste dekningen av døgnpersonell i distriktpsykiatrien. Lavest dekning av døgnpersonell utenfor sykehus finner vi totalt sett i Hedmark, Telemark og Trøndelagsfylkene. For distriktpsykiatrien er døgndekningen særlig lav i Nord-Trøndelag, Hedmark, Rogaland og Oslo. Poliklinikk-kapasiteten er høyest i Telemark, Nord-Trøndelag, samt Oslo, Sør-Trøndelag og Finnmark. Kapasiteten er lavest i Akershus og Agder-fylkene.

Spørsmålet blir da om vi har fått noen utjevning over tid? Er det slik at fylker som i utgangspunktet hadde godt utbygde desentraliserte tjenester har hatt en mindre vekst i slike tjenester enn de øvrige fylkene, eller er det motsatte tilfelle? Dette blir undersøkt i tabell 7.7.

I tabellen har vi ført opp personellratene etter institusjonstilknytning og funksjon for 1998 og 2001, og den absolutte endringen fra 1998 til 2001. Tilsvarende har vi beregnet den fylkesvise spredningen, målt ved CV for hvert av årene, og endringen mellom de to tidspunktene.

For tjenester utenfor sykehus totalt, distriktpsykiatriske tjenester totalt, andrelinjetjenester totalt, samt andrelinjetjenester totalt er det bare ubetydelige endringer i spredningen, målt ved CV (under 10 prosent). For døgntjenester i distriktpsykiatrien og for den polikliniske kapasiteten har det derimot vært en ikke ubetydelig utjevning, med reduksjon i spredning på henholdsvis 14 og 22 prosent.

Tabell 7.7 Endring i fylkesvis fordeling av personellinnsats til desentraliserte tjenester i psykisk helsevern for voksne. CV for personellrate etter institusjonstilknytning og funksjon 1998, og 2001, absolutt og relativ endring 1998-2001, samt korrelasjon mellom nivå 1998 og endring 1998-2001.

Tilknytningsfylke	CV 1998	CV 2001	Endring av CV 1998-2001	
			Absolutt	Prosentvis
Utenfor sykehus totalt	0,40	0,40	0,00	0
Distriktpsykiatriske tjenester totalt	0,57	0,54	-0,02	-4
Andrelinje-tjenester totalt	0,28	0,29	0,01	4
Døgndrift utenfor sykehus	0,41	0,44	0,02	6
Døgndrift, distriktpsykiatri	0,63	0,54	-0,09	-14
Poliklinisk virksomhet	0,27	0,21	-0,06	-22
Psykisk helsevern for voksne totalt	0,21	0,17	-0,04	-20

7.3 Tilgjengelighet målt ved forbruk

7.3.1 Heldøgnskapasitet nasjonalt

Vi vil i dette avsnittet undersøke om tjenestene har blitt mer tilgjengelige, målt ved indikatorer for forbruk og produksjon av tjenester. Vi vil først presentere tall for produksjonen av heldøgntjenester, fordelt etter institusjonstype, og hvordan denne har utviklet seg i etterkant av Psykiatrimeldingen og Opptrappingsplanen. Tallene er presentert i tabell 7.8.

Tabellen viser produksjonen av døgntjenester, målt ved oppholdsdøgn, utskrivninger og behandlingsopphold totalt (inklusive uavsluttede opphold ved utgangen av året), for ulike institusjonstyper (sykehus, øvrige institusjoner samlet og distriktpsykiatriske døgntjenester og sykehjem mv hver for seg).

Det har samlet sett vært en nedgang i antall oppholdsdøgn i perioden, både før og etter den formelle iverksettelsen av opptrappingsplanen. Nedgangen har først og fremst vært knyttet til sykehjemmene. I løpet av opptrappingsperioden har kapasiteten her blitt redusert med 187 000 døgn, eller 41 prosent. En svak økning ved de distriktpsykiatriske døgntjenestene

(66 000 døgn) har ikke kunnet kompensere for dette. Samlet sett har det gjennom hele perioden vært en nedgang i antall oppholdsdøgn ved de desentraliserte døgntilbudene. Ved sykehusene er det bare en svak nedgang i tallet på oppholdsdøgn, 41 000, eller 4 prosent. Sykehusene hadde i tillegg en svak økning i antall oppholdsdøgn fra 1996 til 1998. Relativt sett har vi altså hatt en sentralisering av produksjonen og en reduksjon i tilgjengelighet målt ved antall oppholdsdøgn.

Ser vi derimot på antall døgnopphold og antall utskrivinger har det gjennom hele perioden, både før og etter 1998, vært en kraftig økning både ved sykehusene, men særlig ved institusjonene utenfor. Igjen finner vi den kraftigste veksten ved de distriktpsikiatriske tjenestene. Selv ved sykehjemmene (med over 40 prosents nedgang i antall oppholdsdøgn) finner vi bare fem prosents nedgang i antall utskrivinger etter 1998. Samlet sett har kapasiteten økt med 17 prosent målt ved antall utskrivinger, og 13 prosent målt ved antall opphold. Veksten har vært sterkere utenfor sykehusene (henholdsvis 31 og 21 prosent) enn innenfor (henholdsvis 12 og 10 prosent). Ut fra disse målene har det altså både vært en økning i tilgjengelighet målt ved volum, og en desentralisering, målt ved hvor tjenestene ble produsert.

Spørsmålet blir hvordan disse resultatene skal tolkes. Isolert sett kan det kanskje hevdes at redusert døgnkapasitet målt ved antall oppholdsdøgn også representerer redusert tilgjengelighet til heldøgnstjenester. Ettersom en samtidig har hatt en betydelig økning i antall opphold/utskrivinger, må dette i tilfelle tolkes som redusert tilgjengelighet for langtidsomsorg, og er i så fall i samsvar med målsettingene for Psykiatrimeldingen og Opptrappingsplanen: Langtidsomsorg skal i framtida være kommunenes ansvar.

Det har også blitt antydnet at økningen i antall opphold ikke motsvares av en tilsvarende økning i antall pasienter: Presses oppholdstidene ned, vil en lett få et stigende antall fleroppholdspasienter. Gjennom det nasjonale pasientdatasettet er det mulig å kartlegge forekomst av fleroppholdspasienter ved samme institusjon. En gjennomgang av data for 1996, 1998 og 2001 gir ikke støtte for en slik hypotese. Tvert om synes det gjennom hele perioden å være slik at hver pasient i gjennomsnitt genererer 1,5 døgnopphold i løpet av et ett år⁸⁰. Det må likevel tas forbehold om mulige feilkilder knyttet til utvalgsproblematikk mv.

Samlet sett synes det derfor å være en betydelig bedring i tilgangen til døgnbehandling, og spesielt ved distriktpsikiatriske og andre desentraliserte tilbud.

⁸⁰ Personlig meddelelse, Torhild Heggstad, Sintef Unimed

Tabell 7.8 Døgnvirksomhet i det psykiske helsevernet for voksne. Oppholdsdøgn, Utskrivninger og opphold totalt etter institusjonstype 1996-2001. Absolutte tall og prosentfordeling.

							Absolutt endring		Prosent endring
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	1996-1998	1998-2001	1998-2001
Absoluttverdier									
Oppholdsdøgn (hele 1000)									
Sykehus	975	1 002	1 032	1 045	1 003	991	57	-41	-4
Utenfor sykehus	1 059	995	900	863	835	780	-159	-120	-13
Distriktpsykiatri	321	413	444	470	474	510	123	66	15
Sykehjem mv	738	582	456	393	360	270	-282	-187	-41
Totalt	2 034	1 997	1 932	1 908	1 838	1 771	-102	-162	-8
Utskrivninger									
Sykehus	19 106	20 313	21 081	22 640	23 370	23 593	1 975	2 512	12
Utenfor sykehus	7 014	7 959	8 133	7 866	9 549	10 652	1 092	2 519	31
Distriktpsykiatri	3 211	5 112	5 738	5 733	7 203	8 376	2 527	2 638	46
Sykehjem mv	3 803	2 847	2 395	2 133	2 346	2 276	-1 408	-119	-5
Totalt	26 120	28 272	29 214	30 506	32 919	34 245	3 094	5 031	17
Opphold									
Sykehus	21 862	22 977	23 875	25 510	25 972	26 203	2 013	2 328	10
Utenfor sykehus	9 869	10 683	10 633	10 260	11 853	12 820	764	2 187	21
Distriktpsykiatri	4 082	6 252	6 989	7 068	8 517	9 830	2 907	2 841	41
Sykehjem mv	5 787	4 431	3 644	3 192	3 336	2 990	-2 143	-654	-18
Totalt	31 731	33 660	34 508	35 770	37 825	39 023	2 777	4 515	13
Prosentfordeling									
Oppholdsdøgn									
Sykehus	48	50	53	55	55	56	5	3	
Utenfor sykehus	52	50	47	45	45	44	-5	-3	
Distriktpsykiatri	16	21	23	25	26	29	7	6	
Sykehjem mv	36	29	24	21	20	15	-12	-8	
Utskrivninger									
Sykehus	73	72	72	74	71	69	-1	-3	
Utenfor sykehus	27	28	28	26	29	31	1	3	
Distriktpsykiatri	12	18	20	19	22	24	8	5	
Sykehjem mv	15	10	8	7	7	7	-7	-2	
Opphold									
Sykehus	69	68	69	71	69	67	0	-2	
Utenfor sykehus	31	32	31	29	31	33	0	2	
Distriktpsykiatri	13	19	20	20	23	25	7	5	
Sykehjem mv	18	13	11	9	9	8	-7	-3	

7.3.2 Fylkesvise variasjoner i tilgang til døgntilbud

Tabell 7.9 viser utviklingen i tilgjengelighet ved institusjoner utenfor sykehus målt ved antall opphold (avsluttede og ikke avsluttede). Tallene forholder seg til pasientenes bostedsfylke. For å få et sammenlignbart uttrykk for omfanget, har vi igjen benyttet befolkningsbaserte rater, målt ved antall innbyggere 18 år og eldre. For å få et inntrykk av den relative betydningen av de desentraliserte tjenestene, har vi også beregnet prosentandel av oppholdene ved disse institusjonene. I tabellene har vi også langt inn absolutte endringer i raten for perioden 1996-1998 og 1998-2001, og prosentvis endring i raten løpet av opptrappingsperioden (1998-2001). Vi har i tillegg beregnet den fylkesvise spredningen, målt ved CV, og endringer i spredningen for raten.

Tabell 7.10 gir tilsvarende resultater, målt ved antall oppholdsdøgn.

Tabell 7.9 Heldøgnsopphold i det psykiske helsevernet for voksne. Døgntilbud utenfor sykehus. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre, og prosentandel av opphold totalt. 1996,1998 og 2001. Etter bostedsfylke.

	1996		1998		2001		Absolutt endring i raten		Pst endring
	Per 10 000	Prosent utenfor	Per 10 000	Prosent utenfor	Per 10 000	Prosent utenfor	1996-1998	1998-2001	1998-2001
Østfold	19	22	24	25	27	25	5	3	13
Akershus	14	23	11	18	17	24	-3	6	55
Oslo	19	18	18	19	28	25	-1	10	56
Hedmark	9	15	4	7	7	8	-5	3	75
Oppland	35	34	41	36	62	46	6	21	51
Buskerud	45	47	45	45	45	46	0	0	0
Vestfold	29	37	29	33	42	40	0	13	45
Telemark	16	22	18	20	16	17	2	-2	-11
Aust-Agder	53	40	71	44	70	42	18	-1	-1
Vest-Agder	21	19	33	26	34	25	12	1	3
Rogaland	39	35	43	36	59	40	4	16	37
Hordaland	24	27	25	25	29	28	1	4	16
Sogn og Fjordane	75	53	58	50	46	44	-17	-12	-21
Møre og Romsdal	45	38	53	41	45	34	8	-8	-15
Sør-Trøndelag	22	28	45	42	33	33	23	-12	-27
Nord-Trøndelag	26	26	18	16	23	20	-8	5	28
Nordland	19	27	31	34	52	46	12	21	68
Troms	40	42	40	38	60	41	0	20	50
Finnmark	55	48	76	48	97	52	21	21	28
Alle fylker	28	30	31	31	37	33	3	6	19
CV	0,53	0,35	0,54	0,38	0,52	0,36	0,01	-0,02	-3

De to tabellene gir for 2001 langt på vei sammenfallende resultater med de vi fant for ressursinnsats ved døgnavdelinger utenfor sykehus. Særlig gjelder dette ressursinnsats og for-

bruk, målt ved antall opphold, med en korrelasjonskoeffisient på 0,78. For forbruk målt ved antall oppholdsdøgn er sammenhengen noe svakere, med en korrelasjonskoeffisient på 0,67. Finnmark har landets desidert høyeste personellrate for døgntjenester utenfor sykehus, og samtidig den desidert beste tilgjengeligheten til slike tjenester, målt ved befolkningens bruk av institusjonsopphold og oppholdsdøgn. Samme mønster finner vi også for Rogaland og til dels Oppland. I den motsatte enden av skalaen har Hedmark den desidert laveste tilgjengeligheten til slike tjenester, i likhet med det vi fant for ressursinnsatsen. Lav tilgjengelighet og lavt ressursforbruk finner vi også i Telemark og Nord-Trøndelag.

Vi kan ellers merke oss at det er mindre spredning i forbruket målt som andel av forbruk utenfor sykehus enn spredning målt i volum av tjenester utenfor sykehus (rate). Forskjeller i tilgjengelighet til desentraliserte døgntjenester gjenspeiler med andre ord delvis forskjeller i tilgjengelighet generelt. Vi kan videre merke oss at forskjellene ligger på samme nivå både i 1996, 1998 og 2001 – det er ingen klar tendens til utjevning.

Tabell 7.10 Oppholdsdøgn i det psykiske helsevernet for voksne. Døgntilbud utenfor sykehus. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre, og prosentandel av oppholdsdøgn totalt. 1996, 1998 og 2001. Etter bostedsfylke.

	1996		1998		2001		Absolutt endring		Pst endring
	Per 10 000	Prosent utenfor	Per 10 000	Prosent utenfor	Per 10 000	Prosent utenfor	1996-1998	1998-2001	1998-2001
Østfold	1 794	41	2 039	43	1 741	41	245	-298	-15
Akershus	2 366	55	1 895	44	1 968	44	-471	73	4
Oslo	3 556	41	3 367	41	2 884	41	-189	-483	-14
Hedmark	1 861	47	635	18	568	16	-1226	-67	-11
Oppland	3 761	58	3 392	55	2 978	53	-369	-414	-12
Buskerud	2 878	53	2 584	51	2 474	57	-294	-110	-4
Vestfold	1 972	57	2 275	52	2 248	54	303	-27	-1
Telemark	1 252	27	1 255	26	711	16	3	-544	-43
Aust-Agder	4 654	62	4 324	61	3 477	56	-330	-847	-20
Vest-Agder	3 179	45	3 795	51	2 149	38	616	-1646	-43
Rogaland	4 388	62	4 086	60	3 545	57	-302	-541	-13
Hordaland	3 505	50	3 087	45	2 469	38	-418	-618	-20
Sogn og Fjordane	3 064	71	2 673	69	2 363	67	-391	-310	-12
Møre og Romsdal	4 196	61	3 807	59	2 950	54	-389	-857	-23
Sør-Trøndelag	2 879	52	2 498	48	1 893	42	-381	-605	-24
Nord-Trøndelag	1 772	40	1 282	31	1 088	33	-490	-194	-15
Nordland	926	26	1 274	33	1 438	38	348	164	13
Troms	1 783	44	1 311	34	1 272	34	-472	-39	-3
Finnmark	3 458	60	3 296	60	3 194	58	-162	-102	-3
Alle fylker	2 875	50	2 635	47	2 257	44	-240	-378	-14
CV	0,39	0,24	0,43	0,29	0,41	0,31	0,04	-0,02	-5

7.3.3 Tilgang til polikliniske tjenester

Tabell 7.11 viser utviklingen i den polikliniske aktiviteten, målt ved antall polikliniske konsultasjoner. Tabellen viser utviklingen i tilgjengelighet, målt ved polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere etter poliklinikkens tilknytningsfylke for årene 1996 til 2001. Vi har også beregnet endringer i raten over periodene 1996-98 og 1998-2001, og prosentvis endring i løpet av den siste perioden. Nederst i tabellen har vi tatt med tallet på konsultasjoner totalt, og fylkesvis variasjon, målt ved variasjonskoeffisienten, samt endringer i disse størrelsene.

Tabell 7.11 Polikliniske konsultasjoner i det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre 1996-2001. Etter tilknytningsfylke.

Tilknytningsfylke							Absolutt endring		Pst endring
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	1996-1998	1998-2001	1998-2001
Østfold	1 142	1 096	1 106	1 393	1 346	1 361	-35	254	23
Akershus	679	770	887	962	990	1 045	208	157	18
Oslo	2 153	1 963	2 079	1 966	2 040	2 208	-74	129	6
Hedmark	1 317	1 236	1 208	1 489	1 493	1 569	-109	361	30
Oppland	1 429	1 643	1 774	1 869	1 963	1 894	345	120	7
Buskerud	1 098	1 087	1 246	1 392	1 482	1 285	147	39	3
Vestfold	1 466	1 580	1 702	1 931	2 134	2 156	236	455	27
Telemark	1 236	1 298	1 509	1 790	1 952	2 068	273	559	37
Aust-Agder	1 029	960	954	925	1 112	1 058	-75	105	11
Vest-Agder	1 245	1 339	1 247	1 278	1 289	1 371	2	124	10
Rogaland	1 396	1 328	1 471	1 298	1 255	1 393	75	-77	-5
Hordaland	980	960	989	1 343	1 145	1 244	8	256	26
Sogn og Fjordane	2 107	1 630	1 576	1 521	1 489	1 401	-531	-175	-11
Møre og Romsdal	913	1 196	1 337	1 496	1 698	1 582	424	244	18
Sør-Trøndelag	1 220	1 291	1 238	1 222	1 252	1 463	17	225	18
Nord-Trøndelag	1 666	1 914	1 775	1 903	1 902	2 227	109	452	25
Nordland	1 170	1 364	1 641	1 380	1 439	1 620	470	-20	-1
Troms	1 376	1 370	1 512	1 574	1 717	1 901	136	389	26
Finmark	1 105	875	899	1 128	1 223	1 399	-206	500	56
Staten									
Totalrate	1 301	1 315	1 398	1 474	1 515	1 588	98	190	14
CV	0,28	0,25	0,24	0,21	0,23	0,24	-0,04	0,00	0
N (hele 1000)	438	445	476	505	521	549	38	73	15

Over perioden 1996-2001 har det vært en økning i antall konsultasjoner på i alt 111 000, herav 73 000, eller 15 prosent i løpet av opptrappingsperioden etter 1998. På tross av betydelig vekst og vesentlig utjevning av personellinnsatsen, ser vi ingen klar tendens til ut-

jevning av de fylkesvise forskjellene i forbruk. Variasjonskoeffisienten har holdt seg rimelig stabil over perioden. Det var i 2001 fortsatt betydelige forskjeller i forbruksraten på fylkesnivå. Forskjellene gjenspeiler delvis forskjeller i prioriteringen av den polikliniske virksomheten (korrelasjonskoeffisienten mellom årsverksraten og forbruksraten var i 2001 0,73). Mens det i Nord-Trøndelag, Oslo og Vestfold ble utført over 2000 konsultasjoner per 10 000 voksne, ble det i Akershus og Aust-Agder utført under 1100. For ordens skyld vil vi minne om at disse tallene ikke omfatter privatpraktiserende spesialister.

7.4 Oppsummering og avsluttende kommentar

Et av hovedmålene for Psykiatrimeldingen og Opptrappingsplanen er å bedre tilgjengeligheten til tjenestene, både når det gjelder volum og geografisk plassering. Formålet med dette kapitlet har vært å undersøke om man så langt i opptrappingsperioden har fått en desentralisering av tjenesten, og om slike desentraliserte tjenester har blitt mer tilgjengelige. Vi har i tillegg ønsket å belyse de fylkesvise forskjellene: Er det fortsatt store forskjeller i grad av desentralisering, og har disse forskjellene eventuelt avtatt over tid.

Disse spørsmålene har blitt belyst med utgangspunkt i indikatorer for personellinnsats: har vi fått en desentralisering av ressursene? Derneft har vi undersøkt i hvilken grad slike tjenester har blitt mer tilgjengelige, målt ut fra indikatorer på forbruk av slike tjenester. Oppmerksomheten har vært konsentrert om endringer i løpet av opptrappingsperioden, det vil si fra 1998 og utover. Vi har i tillegg valgt å ta med enkelte tall for perioden 1996-1998.

Både absolutt og relativt har det over opptrappingsperioden vært en desentralisering av personellinnsatsen, både når det gjelder personell totalt, og for leger, psykologer og sykepleiere. Det har vært en vesentlig styrking av de distriktpsykiatriske tjenestene. Veksten i disse tjenestene skyldes delvis en overføring av funksjoner fra andre institusjoner (omorganisering av sykehjem, overføring av poliklinikker fra sykehusene). Størst vekst var det isolert sett ved de distriktpsykiatriske tjenestene, men dette skyldes langt på vei omorganisering av sykehjem til slike tjenester. Poliklinikkene hadde også en betydelig vekst i perioden. Det har imidlertid også vært en betydelig styrking av døgnavdelingene ved sykehusene, som samtidig sto for brorparten av veksten i den foregående toårsperioden.

Sterk økning ved sykehusavdelingen, særlig i perioden 1996-98 kan skyldes stort press på akuttavdelingene i denne perioden, og at utbyggingen av desentraliserte tjenester krever mer tid til planlegging. En antar likevel at fordeling av ressurser mellom sykehustjenester og andre tjenester bør følges spesielt opp i den videre iverksettingen av Opptrappingsplanen.

Det er store forskjeller i fylkenes ressursinnsats til desentraliserte tjenester. For døgnbehandling i distriktpsykiatrien og for den polikliniske virksomheten har de fylkesvise forskjellene blitt redusert. For de øvrige indikatorer finner vi bare små endringer i spredning. En antar slike forskjeller også bør følges opp i den videre iverksettingen av opptrappingsplanen.

Målt ved antall opphold og utskrivninger ved institusjoner utenfor sykehus, og ved antall polikliniske konsultasjoner, har det gjennom hele perioden vært en vesentlig utbygging av desentraliserte tjenestetilbud og funksjoner. Det er imidlertid ingen tegn til utjevning av de fylkesvise forskjeller i tilgjengelighet av tjenesten.

Litteraturliste

- Aftenposten nettavis
2002 Adressen din bestemmer om du får hjerteoperasjon, Aadland C, 02-07-2002.
- American Psychiatric Association
1987 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd edn, revised (DSM-III-R). Washington DC, 1987.
- Bjørn E, T Hagen, Iversen T, Magnussen J
2002 The effect of activity-based financing on hospital efficiency: A panel data analysis of DEA efficiency scores 1992-2000. HERO Skriftsserie 2002:8
- Bratlid D
2002 Pasienttilgang og pasientbehandling ved et regionsykehus. I Tidsskrift for Norsk Lægeforening 2002; 122:386-91
- Christensen U, Knudsen M, Rubeck B
1966 Ventetid til operation – evaluering af forsøgsordning med ventetidsgaranti. København: DIKE, 1996: 138.
- Dahlen K, Kindseth O, Lie T, Mogseth E, Østerlund Petersen S
2002 Ventelister ved helseforetakene i Midt-Norge våren 2002, SINTEF-rapport 2002 (STF78 A025501).
- Ekroth R, Nilsson F, Svensson S
1994 Förbättrade resultat vis hjärtkirurgi: kortare kölistor minskade mortaliteten. Läkartidningen 1994; 91: 2051-2.
- Finstad N, B Kjenslie, T Lie, S Opedal, H Strand Østtveiten
2000 Evaluering av regionalt helsesamarbeide. En forstudie. SamarbeidsrapportNIBR, Rogalandforskning og Nordlandforskning, Oslo 2000
- Global funksjonsskåring, splittet (S-GAF). <http://www.transmit.no/gaf/manualer.htm>
- Guldvog B,
2000 Verdens beste helsevesen?, Fremdeles uakseptable ventetider!, Tidsskr Nor Lægeforen nr. 120, 2000; 2987.
- Gunnes O, Kastet OM og Øgard B
1985 Nye alternativer i psykiatrien. Oslo: Helsedirektoratet
- Götestam KG, Agras WS
1995 General population-based epidemiological study of eating disorders in Norway. International Journal of Eating Disorders 1995; 18: 119-126.

- Hagen H (red)
2000 Psykiatritjenesten 1999 – omstilling og vekst, SAMDATA Psykiatri Rapport, NIS-rapport 4/00.
- Hagen T, Iversen T og Magnussen J
2001 Sykehusenes effektivitetsutvikling 1992-1999: Hvilke effekter ga innsatsstyrt finansiering? HERO Skriftsserie 2001:5
- Hagen H
2001 Pasienter i psykisk helsevern for voksne 1. november 1999. Rapport 5/01. Trondheim: Sintef Unimed Helsetjenesteforskning, 2001.
- Hansen FH
2000 Sykehussektoren på 1990-tallet, Sterk vekst – stabile fylkesvis forskjeller, SAMDATA sykehus Rapport 00/1.
- Heggestad T
2002 Do Hospital Length of Stay and Staffing ratio Affect Elderly Patients' Risk of Readmission? A Nation-wide Study of Norwegian Hospitals. I Health Services Research 37;3:647-665.
- Heggestad,T
1997 Reinnleggelser. I SAMDATA Sykehus. Sammenligningsdata for somatisk fylkeshelsetjeneste 1996 (Red. Birgitte Kalseth, Kjell Solstad. Lars Rønningen). NIS-rapport 6/97. Kommuneforlaget.
- Heggestad T
1996 Reinnleggelser. I SAMDATA Sykehus. Sammenligningsdata for somatisk fylkeshelsetjeneste 1995 (Red. Ola Kindseth og Kjell Solstad). NIS-rapport 5/96. Kommuneforlaget.
- Heggestad T
1996 Pasientene innenfor voksenpsykiatrien. I: Pedersen PB (red): Samdata psykiatri. Sammenligningsdata for psykiatrisk fylkeshelsetjeneste 1994. Rapport 1/96. Trondheim: Sintef NIS, 1996.
- Heggestad T og SE Lilleeng
1995 Reinnleggelser. I SAMDATA Sykehus. Sammenligningsdata for somatisk fylkeshelsetjeneste 1994 (Red. Kjell Solstad og Stein Ø. Petersen). NIS-rapport 3/95. Kommuneforlaget.
- Hem KG, Piene H, Kindseth O, Loeb M
1998 Ventelistedata – bruk av ny NPR-record, SINTEF NIS helsetjenesteforskning, NIS-rapport 1999 (STF78 A99542).
- Innst S nr 258
1996-97 Innstilling fra sosialkomiteen om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.
- Iversen T, Kopperud GS
2001 De ventendes helse, Tidsskr Nor Lægeforen nr. 19, 2001; 2256-60.
- Johannessen JO
2002 Schizofreni – omfang og betydning. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 2011-2014.

- Jones SH, Thornicroft G, Coffey M, Dunn G
1996 A brief mental health outcome scale. Reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *British Journal of Psychiatry* 1995; 166: 654-659.
- Jørgensen S, Eldøen G
1996 Ventelistepasienter – garantert rett plass i køen?, SINTEF Norsk institutt for sykehusforskning, NIS-rapport 2/96.
- Kittelsen S og Magnussen J
2000 Economics of scope in the production of hospital services in Norway. Paper til 4th European Conference on Health Economics. Paris.
- Lov om helsetjenesten i kommunene. Lov av 19. november 1982 nr 66
- Løvdahl H, Friis S
1996 Routine evaluation of mental health: reliable information or worthless "guesstimates"? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1996; 93: 125-128.
- Lund O, Nielsen TT, Emmertsen K, Flo C, Rasmussen B, Jensen FT et al.
1996 Mortality and worsening of prognostic profile during waiting time for valve replacement in aortic stenosis. *Thorac Cardiovasc Surg* 1996; 44: 289-95.
- Løvdahl H, Hatling T
1999 Voksenpsykiatri - Minste Basis Datasett. Brukerveiledning. Sintef Unimed Norsk Pasientregister 2000. http://www.npr.no/psykiatri/start_2001.htm
- Magnussen J
1994 Hospital Efficiency in Norway. A nonparametric analysis. Dissertations in Economics no 6. University of Bergen.
- Magnussen J
1998 Sykehussektoren på 90-tallet. SAMDATA Sykehus Rapport 1/98.
- Magnussen J
2000 Utvikling i effektivitet. I Hansen (red): Sykehussektoren på 1990 tallet. Sterk vekst – stabile fylkesvise forskjeller. NIS rapport 1/00
- Mobley L og Magnussen J
1999 The impact of market environment on excess capacity and the cost of an empty hospital bed. *International Journal of the Economics of Business*, 6, no 3 pp 383-398
- Myhre HO
1997 Nordisk lærebok i Karkirurgi, *Chirurgia Minor* AS 1997.
- Norsk Elektronisk Legehåndbok, <http://www.nhi.no/nhi.asp> (2001).
- NOU 2000:22 Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune.
- NOU 1999:15 Hvor nært skal det være? Tilknytningsformer for offentlige sykehus.
- NOU 1998:9 Hvis det haster...Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap.
- NOU 1997:2 Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus.

NOU 1997:18 Prioritering på ny! Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste.

NOU 1997:20 Omsorg og kunnskap. Norsk kreftplan.

NOU 1996:5 Hvem skal eie sykehusene?

NOU 1995:6 Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge

NOU 1993:22 Pseudonyme helseregistre: Et lovutkast om personvern, pasientvern og helsevern.

NOU 1992:8 Lov om pasientrettigheter. Forslag til lov med motiver.

NOU 1991:7 Spesialisthelsetjenesten. Utkast til lov med motiver.

Nyland K og T Bjørnenak

2001 The economics of complexity. Dimensions, effects and financing Paper presented at The CIMA workshop in Edinburgh 2001, and the 24th annual congress EAA, Athens 2001

Ot prp nr 66

2000-2001 Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven).

Ot prp nr 12

1998-99 Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).

Ot.prpr. nr 36

1980-81 1. Om lov om helsetjenestene i kommunene. 2. Om lov om endring i lov av 5 juni 1964 nr 2 om sosial omsorg. 3. Om lov om planlegging av og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten i kommunene.

Pedersen PB

1999 De-institusjonaliseringen av psykiatritjenesten i Norge 1950-96. En statistisk dokumentasjon. Trondheim: SINTEF Unimed. Minirapport STF78 M99504.

Pedersen PB og Lilleeng S

2002 Ressursinnsatsen i det psykiske helsevernet på 1990-tallet. Kapittel 3 i Pedersen PB (red): SAMDATA Psykisk helsevern. Rapport. Psykisk helsevern på 1990-tallet. Utviklingstrekk og regionale variasjoner. Trondheim: SINTEF Unimed. Rapport 7/01

Rosenvinge JH, Gøtestam KG

2002 Spiseforstyrrelser – hvordan bør behandlingen organiseres? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 285-288.

Rønningen L

2001 Sykehusstruktur og effektivitet. I Hansen (red): Sykehusstruktur i endring. de lange linjer og utviklingen siste 10 år. NIS rapport 3/01.

SMM rapport 2000 nr 2: Pasientvolum og behandlingskvalitet.

Senter for medisinsk metodevurdering.

Sosial- og helsedepartementet.

Opptrappingsplanen for psykisk helse. St. prp.nr 63 (1997-98)

Sosial- og helsedepartementet.

Tjenester til mennesker med psykiske lidelser og omfattende rusmiddelmissbruk. Rundskriv I-36/2001.

Statens helsetilsyn

1995 Styring av høyspesialiserte funksjoner innen psykisk helsevern for voksne. Utredningsserie 4-1995. Oslo: Statens helsetilsyn, 1995.

Statens helsetilsyn

2000 Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk. Utredningsserie 10-2000. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.

Statens helsetilsyn

2002 Helseforhold og helsetjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser. En vurdering av tilgjengelige datakilder. Rapport fra arbeidsgruppen for tilsyn med psykisk helsearbeid i kommunehelsetjenesten og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten i 2001 og 2002, ledet av fylkeslege Petter Øgar. Oslo: Statens helsetilsyn, 2002.

St meld nr 26

1999-2000 Om verdier for den norske helsetenesta. Sosial- og helsedepartementet, Oslo

St meld nr 24

1996-1997 Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste. Sosial- og helsedepartementet, Oslo

St meld nr 25

1996-1997 Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet. Sosial- og helsedepartementet, Oslo

St meld nr 25

1996-1997 Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1997.

St meld nr 44

1995-1996 Ventetidsgarantien – kriterier og finansiering. Sosial- og helsedepartementet, Oslo

St meld nr. 50

1993-1994 Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste. Sosial- og helsedepartementet, Oslo.

St meld nr 9

1974-75 Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen

St prp nr 59

2001-2002 Spesialisthelsetjenestens økonomi og budsjett 2002.

St prp nr 63

1997-1998 Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998.

Sørbye S, Risberg T, Norum J, Wist E.

1998 Kreftpasienters oppfatning av utredningstid før behandling. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 2468-70.

Aaronsen KD, Mancini DM.

1999 Mortality remains high for outpatient transplant candidates with prolonged (>6 months) waiting list time. J Am Coll Cardiol 1999; 33: 1189-95.

Vedlegg 1

Vedlegg til kapittel 4.

v4.1 Sykehus som inngår i analysen

Øst	Sør	Vest	Midt	Nord
Oppland sentralsykehus ⁸¹	Ringerike sykehus	Haugesund	Molde	Harstad sykehus
Tynset sjukehus	Buskerud sentralsykehus	Sentralsykehuset i Rogaland	Volda	Regionsykehuset i Tromsø
Kongsvinger sjukehus	Kongsberg sykehus	Voss	Sentralsykehuset i Møre og Romsdal	Rana sykehus
Sentralsykehuset i Hedmark	Rikshospitalet	Stord	Kristiansund	Vefsn sykehus
Stensby sykehus	Sentralsykehuset i Vestfold	Odda	Orkdal	Narvik sykehus
Bærum sykehus	Notodden sykehus	Haraldsplass	Regionsykehuset i Trondheim	Nordland sentralsykehus
Sentralsykehuset i Akershus	Rjukan sykehus	Haukeland sykehus	Namdal sykehus	Stokmarknes sykehus
Sykehuset Østfold	Telemark sentralsykehus	Nordfjordeid	Innherred sykehus	Lofoten sykehus
Ullevål sykehus	Aust-Agder sentralsjukehus	Fylkessjukehuset i Lærdal		Sandnessjøen sykehus
Aker sykehus	Lister sykehus	Sentralsykehuset i Sogn og Fjordane		Kirkenes sykehus
Diakonhjemmets sykehus	Vest-Agder sentralsykehus			Hammerfest sykehus
11	11	10	8	11

⁸¹ I 1999 er både Gjøvik og Lillehammer med

Vedlegg 2

Vedlegg til kapittel 5.

v5.1 Institusjoner som inngår i utvalgene for analyse av diagnoser og GAF-skåre innenfor psykisk helsevern

Sykehus		Diagnoseutvalg	GAF utvalg
Region Øst	Østfold SSH, div psykiatri	X	
	Sentralsykehuset i Akershus, psyk. avd.	X	
	Aker sykehus div. psyk	X	
	Diakonhjemmet sykehus psyk avd Vinderen	X	X
	Lien psykiatriske behandlingssenter	X	
	Lovisenberg sykehus	X	X
	Oslo Hospital	X	X
	Ullevål sykehus div. psyk		X
	Sanderud sykehus	X	
	Blakstad sykehus	X	
	Oppland SSH, avd Gjøvik	X	
Oppland SSH, avd Reinsvoll	X	X	
Region Sør	Vestfold SSH psykiatrisk klinikk	X	X
	Aust-Agder sentralsykehus	X	
	Vest-Agder sentralsykehus	X	
Region Vest	Rogaland psykiatriske sjukehus	X	
	Fylkessjukehuset i Haugesund	X	
	Haukeland sykehus	X	
	Sandviken sykehus	X	
	Psykiatrisk klinikk, Førde	X	X
Region Midt-Norge	Sør-Trøndelag Psyk Sykehus	X	
Region Nord	Nordland psykiatriske sykehus	X	X
	RiTø Psykiatrisk avd	X	
		Sum utskr: 17 100	Sum utskr: 5 192

Distriktpsikiatriske sentre		Diagnoseutvalg	GAF utvalg
Region Øst	Fredrikstad psyk bo- og behandlingssenter	X	X
	Halden psyk bo- og behandlingssenter	X	
	Indre Østfold psyk bo- og behandlingssenter	X	X
	Sarpsborg psyk bo-/behandlingssenter	X	X
	Folloklinikken DPS	X	
	Lovisenberg DPS	X	X
	Tøyen DPS	X	X
	Psykiatrisk senter Kongsvinger	X	
	Gjøvik/Land/Valdres DPS	X	X
	Hadeland DPS	X	X
Region Sør	Kløverhagen psykiatriske senter	X	X
	Larvik DPS	X	
	Nordre Vestfold DPS	X	X
	Sandefjord DPS	X	X
	Tønsberg DPS	X	
	Aas psykiatriske senter	X	
	Byglandsfjord psykiatriske senter	X	
	Egra psykiatriske senter	X	
Region Vest	Mauråsen psykiatriske senter	X	
	DPS Sør	X	
	Jæren DPS	X	
Region Midt-Norge	Voss psykiatriske senter, Bjørkeli	X	
	Nordfjord psykiatriske senter	X	
	Nordlandet psykiatriske senter	X	X
	Sande psykiatriske senter	X	X
	Sjøholt psykiatriske senter	X	X
Region Nord	Vegsund psykiatriske senter	X	X
	Volda psykiatriske senter	X	
	Ofoten psykiatriske senter	X	
	Psykiatrisk senter i Vesterålen	X	
	Røsvik bo- og behandlingssenter	X	X
	Vefsn sykehus, senter for psykisk helsevern	X	
	DPS Midt-Finnmark		X
DPS Vest-Finnmark		X	
DPS Øst-Finnmark		X	
		Sum utskr.: 4 020	Sum utskr.: 2 126

Sykehjem		Diagnoseutvalg	GAF utvalg
Region Øst	Berger bo- og behandlingssenter	X	
	Birkelund		X
	Fjerdingsby omsorgssenter	X	X
	Solgården bo- og rehab.senter	X	
	Hvalheim bo- og behandlingssenter	X	
	Tyrifjordheimen bo- og behandlingssenter	X	
	Fekjærs psykiatriske senter	X	
Region Vest	Aksdal psykiatriske senter	X	X
	Bjødnateigen psykiatriske senter	X	X
	Engelsvoll psykiatriske senter	X	X
	Klokkegarden psykiatriske senter	X	
	Lassahagen	X	
	Lysskar psykiatriske senter	X	X
	Randaberg psykiatriske senter	X	
	Strand psykiatriske senter	X	X
	Stølen psykiatriske senter	X	
	Tronvik psykiatriske behandlingsheim	X	
Region Nord	Ytteren psykiatriske sykehjem	X	
		Sum utskr.: 1 193	Sum utskr.: 589

v5.2 Skala for S-GAF (Kilde: <http://www.transmit.no/gaf/manualer.htm>)

Symptomskala (GAF-S) og funksjonsskala (GAF-F)

Manual for GAF-S - Symptomer

Vurder psykisk symptombelastning på en hypotetisk kontinuerlig skala for mental helse/sykdom.

Ta ikke i betraktning symptomer som skyldes somatiske (eller miljømessige) begrensninger.

100	Ingen symptomer.	<i>Glede, kreativitet, livsgnist.</i>
91		
90	Ingen eller minimale symptomer (F.eks. lett angst foran en eksamen).	<i>Jevnt og godt humør. Lettere stresssymptomer.</i>
81		
80	Hvis symptomer foreligger er de forbigående og forståelige reaksjoner på psykososiale påkjenninger (F.eks. konsentrasjonsvansker etter en krangel i familien).	<i>Moderate stress-symptomer.</i>
71		
70	Noen lette symptomer (F.eks. deprimert sinnsstemning og lettere søvnløshet).	<i>Her begynner mer avgrensede symptomer av lengre varighet.</i>
61		
60	Moderate symptomer (F.eks. avflatede følelser og omstendelig språk, sporadiske panikkanfall).	<i>Symptomene begynner nå å bli tydelig for andre.</i>
51		
50	Alvorlige symptomer (F.eks. selvmordstanker, alvorlige tvangsritualer, hyppige butikkyveri).	<i>Alvorsgraden tiltar. Klart behandlingstrengende.</i>
41		
40	Endel forstyrrelse i realitetstesting, kommunikasjon, dømmekraft, tankevirksomhet eller stemningsleie (f.eks. talen er iblant ulogisk, uklar eller irrelevant).	<i>Psykosegrense, men rommer også andre svært alvorlige symptomer.</i>
31		
30	Adferden er betydelig påvirket av vrangforestillinger eller hallusinasjoner, eller alvorlig svikt i kommunikasjon eller dømmekraft (F.eks. av og til usammenhengende tale, svært upassende adferd, stadige selvmordstanker). - Se også GAF-F (Funksjoner).	<i>Psykotiske atferdsforstyrrelser og beslektede tilstander.</i>
21		
20	En viss fare for å kunne skade seg selv eller andre (F.eks. selvmordsforsøk uten klar forventning om å dø; ofte voldelig; manisk oppstemthet), eller grov svikt i kommunikasjon (F.eks. stort sett usammenhengende eller stum). - Se også GAF-F (Funksjoner).	<i>Utilregnelighet og utageringsfare. Skadebegrensende tiltak er nødvendig.</i>
11		
10	Vedvarende fare for å skade seg selv eller andre alvorlig (F.eks. gjentatte voldshandlinger), eller alvorlig selvmordshandling med klar forventning om å dø. - Se også GAF-F (Funksjoner).	<i>Alvorligste psykopatologiske tilstander. Trenger konstant hjelp, tilsyn og beskyttelse over tid.</i>
1		

NB: De utfyllende stikkord i høyre kolonne står ikke i den opprinnelige GAF-manual.

Manual for GAF-F - Funksjoner

Vurder sosial og yrkesmessig fungering på en hypotetisk kontinuerlig skala for mental helse/sykdom.

Ta ikke i betraktning funksjonsvikt som skyldes somatiske (eller miljømessige) begrensninger.

100 91	Førsteklasses fungering innen et vidt spekter av aktiviteter, livsproblemer blir aldri uhåndterlige, andre søker seg til personen på grunn av hans eller hennes mange positive kvaliteter.	<i>Usedvanlige kvaliteter.</i>
90 81	God fungering på alle områder, interessert i og engasjert i et bredt spekter av aktiviteter, sosialt velfungerende, generelt sett tilfreds med livet, kun dagligdagse problemer og bekymringer (F.eks. en gang i blant en krangel med noen i familien).	<i>Svært godt fungerende.</i>
80 71	Ikke mer enn lett reduksjon i sosial, yrkesmessig eller skolemessig fungering (F.eks. midlertidig komme på etterskudd med skolearbeid).	<i>Fortsatt godt fungerende.</i>
70 61	Noen vansker med å fungere sosialt, yrkesmessig eller i utdanning (F.eks. sporadisk skulking, tyveri innenfor hjemmet), men fungerer generelt sett ganske bra, har noen meningsfulle mellommenneskelige forhold.	<i>Her begynner funksjonsvikt som er mer enn normalt situasjons- betinget.</i>
60 51	Moderate vansker sosialt, i yrke eller utdanning (F.eks. få venner, konflikter med arbeidskolleger).	<i>Økende vanskeligheter med å følge opp jobb / skolegang. Sporadiske sykmeldinger.</i>
50 41	Alvorlige vansker med å fungere sosialt, i yrke eller utdanning (F.eks. ingen venner, klarer ikke å holde på en jobb).	<i>Klarer ikke oppfylle vanlige krav fra jobb eller skole. Hyppige sykmeldinger.</i>
40 31	Større funksjonsvikt innen flere områder, så som i arbeid, utdanning og familieforhold (F.eks. deprimert mann som unngår venner, forsømmer familien, og ute av stand til å arbeide; barn som ofte juler opp yngre barn, er trassig hjemme, og mislykkes på skolen).	<i>Svikter på flere områder. Er bl.a. sykmeldt.</i>
30 21	Ute av stand til å fungere på nesten alle områder (F.eks. holder sengen hele dagen; ingen jobb, venner eller hjem). - Se også GAF-S (Symptomer)	<i>Med atferdsforstyrrelsen går symptomer og funksjoner over i hverandre.</i>
20 11	Av og til svikt i å sørge for et minimum av personlig hygiene (F.eks. griser med avføring). - Se også GAF-S (Symptomer)	<i>Trenger en del hjelp, beskyttelse og tilsyn for å opprettholde et minimum av funksjoner.</i>
10 1	Vedvarende ute av stand til å skjøtte et minimum av personlig hygiene. - Se også GAF-S (Symptomer)	<i>Trenger stadig og vedvarende hjelp, tilsyn og pleie.</i>

NB: De utfyllende stikkord i høyre kolonne står ikke i den opprinnelige GAF-manual.