

RAPPORTER

90/5

UTSYN OVER HELSETJENESTEN

ENDRINGER I RESSURSBRUK OG AKTIVITET

AV
ANDERS BARSTAD OG ARNE S. ANDERSEN

STATISTISK SENTRALBYRÅ
CENTRAL BUREAU OF STATISTICS OF NORWAY

RAPPORTER FRA STATISTISK SENTRALBYRÅ 90/5

UTSYN OVER HELSETJENESTEN

ENDRINGER I RESSURSBRUK OG AKTIVITET

AV

ANDERS BARSTAD OG ARNE S. ANDERSEN

**STATISTISK SENTRALBYRÅ
OSLO-KONGSVINGER 1990**

**ISBN 82-537-2914-6
ISSN 0332-8422**

EMNEGRUPPE
22 Helseforhold og helsetjeneste

ANDRE EMNEORD
Fylkeshelsetjeneste
Helseinstitusjoner
Helsepolitikk
Helsetjenesteutgifter
Kommunehelsetjeneste
Legetjenestetilbud

FORORD

Denne publikasjonen presenterer viktige utviklingstrekk i helsetjenesten, med hovedvekt på de siste 10-15 årene. Et annet formål er å belyse de sentrale helsepolitiske målsettingene, slik de kommer til uttrykk i bl.a. Nasjonal Helseplan (St. meld. nr. 41, 1987-88).

Datagrunnlaget er først og fremst Statistisk sentralbyrås løpende statistikk for ulike sider ved helsetjenesten, men en rekke andre kilder er også brukt.

Arbeidet med publikasjonen har vært organisert som et samarbeidsprosjekt mellom SSB og Sosialdepartementet.

Forsker Arne S. Andersen har skrevet kapittel 6, mens konsulent Anders Barstad har skrevet de øvrige kapitlene.

Statistisk sentralbyrå, Oslo, 18. april 1990

Arne Øien

INNHold

	Side
Figurregister.....	8
Tabellregister.....	9
1. OVERSIKT OVER HELSETJENESTEN.....	14
1.1. Utgifter.....	14
1.2. Ressurser.....	19
1.3. Aktivitet.....	25
1.4. Finansiering.....	30
2. KOMMUNEHESLETJENESTEN.....	35
2.1. Utgifter.....	35
2.2. Ressurser.....	37
2.3. Aktivitet.....	44
2.4. Finansiering.....	48
3. FYLKESHELSETJENESTEN OG STATLIGE HELSEINSTITUSJONER.....	49
3.1. Utgifter.....	49
3.2. Ressurser.....	53
3.3. Aktivitet.....	57
3.4. Finansiering.....	61
4. FORHOLDET MELLOM FORVALTNINGSNIVÅENE.....	63
4.1. Generelt.....	63
4.2. Utgiftsfordeling.....	63
4.3. Ressursfordeling.....	65
4.4. Fylkeskommunenes kjøp av sykehustjenester.....	67
5. LØNNS- OG PRISUTVIKLINGEN.....	70
5.1. Lønn.....	70
5.2. Prisutviklingen.....	74

	Side
6. ET LIKEVERDIG HELSETJENESTETILBUD?.....	75
6.1. Innledning.....	75
6.2. Bruk av legetjenester i noen grupper.....	76
6.3. Geografiske forskjeller i utgifter til kommunehelse- tjenesten.....	79
6.4. Tilbudet av legetjenester i kommunene.....	84
6.5. Tilbudet av sykepleie- og fysioterapitjenester i kommunene.....	87
6.6. Geografisk fordeling av veksten i legepersonell i kommune- og fylkeshelsetjenesten.....	90
7. HELSETJENESTENS KVALITET.....	93
7.1. Hva er kvalitet?.....	93
7.2. Teknisk-faglig kvalitet.....	96
7.3. Tilgjengelighet og kontinuitet.....	101
7.4. Psykososial kvalitet.....	104
7.5. Generell tilfredshet.....	105
7.6. Pasientklager.....	106
8. YTELSE I FORHOLD TIL KOSTNADER OG PERSONELLBRUK.....	107
8.1. Generelt.....	107
8.2. Kommunehelsetjenesten.....	108
8.3. Fylkeshelsetjenesten og de statlige helseinstitusjonene...	111
9. INTERNASJONALE SAMMENLIGNINGER.....	115
9.1. Utgifter.....	115
9.2. Ressurser.....	116
9.3. Aktivitet.....	120
Litteratur.....	123
Tabeller i vedlegg.....	127
Utkommet i serien Rapporter fra Statistisk sentralbyrå etter 1. januar 1989 (RAPP).....	131

Standardtegn

- . Tall kan ikke forekomme
- .. Oppgave mangler
- : Tall kan ikke offentliggjøres
- * Foreløpig tall

FIGURREGISTER

	Side
1.1. Utgifter til helsestell i offentlig forvaltning, etter art. Prosent. 1980-1988	15
1.2. Utførte timeverk i helsetjenesten. 1962-1988	19
1.3. 1 000 sysselsatte i helsetjenesten. 1962-1988	20
1.4. Yrkesaktivt helsepersonell i forskjellige personell-grupper. 1970-1986	22
1.5. Legemiddelforbruket i Norge 1973-1988, angitt i DDD/1 000 innbyggere/døgn	30
2.1. Plasser i institusjoner for eldre og uføre, pr. innbygger 67 år og eldre. 1974-1988	43
2.2. Plasser i institusjoner for eldre og uføre, pr. innbygger 80 år og eldre. 1974-1988	43
6.1. Antall legekontakter pr. år. Menn og kvinner i ulike aldersgrupper. 1975 og 1985	77
8.1. Effektivitet og produktivitet	108
9.1. Helseutgifter pr. capita i OECD-landene. 1987. Amerikanske dollar (BNP PPP)	115

TABELLREGISTER

	Side
1.1. Utgifter i offentlig forvaltning til helsetjenester. 1980-1988. Mill. kr	14
1.2. Offentlige utgifter (eksklusive investeringer) til helse- tjenester, etter hovedtyper av tiltak. Løpende priser (mill. kr), gjennomsnittlig årlig vekst i faste priser ..	17
1.3. Private utgifter til helsepleie pr. person i faste priser (1988-priser). 1973, 1980-1982 og 1986-1988. I kroner og prosent av totale forbruksutgifter	18
1.4. Sysselsatte og timeverk i helsetjenesten i prosent av sysselsatte og timeverk i alle næringer og i offentlig forvaltning. 1962-1988	21
1.5. Utviklingen i antall helseinstitusjoner og plasser. 1973-1988	25
1.6. Antall kontakter med helsetjenesten pr. person i året. 1975 og 1985	27
1.7. Utskrivninger og behandlede pasienter i de somatiske helseinstitusjonene. 1973-1988	29
1.8. Inntekter for ulike typer leger. 1985	31
1.9. Utgifter til helsetjenester i kommune- og stats- forvaltning, etter art. I løpende priser, og statens finansieringsandel i prosent. 1980-1988	32
2.1. Offentlige utgifter til kommunehelsetjenesten i løpende priser. 1984-1987. Mill.kr	36
2.2. Offentlige utgifter til kommunehelsetjenesten. Prosentvis endring fra foregående år, i faste priser. 1985-1987	36
2.3. Årsverk i kommunehelsetjenesten. 1985-1988	38
2.4. Årsverk etter virksomhetsområde. 1985-1988	38
2.5. Årsverk av leger og fysioterapeuter i kommunehelse- tjenesten, etter stillingstype. Prosent. 1985-1988	40
2.6. Årsverk av leger i forskjellige stillingstyper, etter fylke. Prosent. 1988	40

	Side
2.7. Ressurser i hjelpeordninger for hjemmene. 1975 og 1980-1988	42
2.8. Aktivitet i hjemmebasert omsorgstjeneste. 1977-1988	45
2.9. Aktivitet i helsestasjonene. 1986-1988	46
2.10. Behandlede pasienter og gjennomsnittlig daglig belegg i sykehjem og sykehjemsavdelinger. 1975-1988	47
2.11. Kommunenes utgifter og inntekter til helsevern i løpende priser. 1975-1988. Mill.kr	48
3.1. Samlede offentlige utgifter (eksklusive investeringer) til fylkeshelsetjenesten og statlige helseinstitusjoner for ulike hovedtyper av tiltak. 1984-1987. Løpende priser (mill. kr)	50
3.2. Samlede offentlige utgifter (eksklusive investeringer) til fylkeshelsetjenesten og statlige helseinstitusjoner for ulike hovedtyper av tiltak. 1984-1987. Årlige vekstprosjenter i faste priser	51
3.3. Brutto driftsutgifter ved helseinstitusjonene, etter institusjonstype. 1980 og 1984-1987. Løpende priser (mill. kr), med vekstprosjenter i faste priser. 1980=100	52
3.4. Beregnede årsverk ved institusjonene i fylkeshelsetjenesten og i de statlige helseinstitusjonene. 1980-1988	54
3.5. Plasser ved institusjonene i fylkeshelsetjenesten og i de statlige helseinstitusjonene. 1980-1988	55
3.6. Personell i fylkeshelsetjenesten utenfor institusjon. 1988	57
3.7. Behandlede pasienter ved institusjonene i fylkeshelsetjenesten og i de statlige helseinstitusjonene. 1980-1988	59
3.8. Pasienter i forskjellige grupper som er undersøkt og behandlet i den offentlige tannhelsetjenesten. 1985-1988	60
3.9. Fylkeskommunenes utgifter og inntekter til helsevern i løpende priser. 1975-1988. Mill.kr	62
4.1. Fordelingen av offentlige utgifter (eksklusive investeringer) til helsetjenester etter forvaltningsnivå og formål. Prosent	64
4.2. Årsverk i helsetjenesten fordelt etter forvaltningsnivå og formål. 1980 og 1985-1988	66

	Side
4.3. Liggedager for avsluttede avdelingsopphold ved ulike typer somatiske sykehus etter om pasienten er bosatt i eller utenfor sykehusets tilknytningsfylke. Prosent. 1986	68
4.4. Liggedager for avsluttede avdelingsopphold ved ulike typer somatiske sykehus i og utenfor pasientens bostedsfylke. Prosent. 1986	69
5.1. Månedsfortjeneste 1. oktober for heltidsansatte i helsevesenet, i ulike personellgrupper, sammenlignet med andre arbeidstakere. 1982 og 1985-1988. Løpende priser	71
5.2. Gjennomsnittlig månedsfortjeneste for heltidsansatte i kommunale og fylkeskommunale helsetjenester, i ulike næringsgrupper og stillinger. 1988. Kr	72
5.3. Inntektsregnskap for privatpraktiserende leger, etter legetype. 1985. Gjennomsnitt i kroner	73
5.4. Prisindekser for offentlig og privat konsum av helsetjenester, sammenlignet med indekser for totalt konsum. 1981-1987. 1980=100	74
6.1. Antall kontakter med lege pr. år for yrkesaktive menn og kvinner i ulike sosioøkonomiske grupper. Standardisert for alder. 1985	79
6.2. Driftsutgifter i kommunehelsetjenesten pr. innbygger i kommuner av ulik størrelse. 1985 og 1987. Kr	80
6.3. Driftsutgifter pr. innbygger til ulike typer helse-tjenester i små og store kommuner. 1987	82
6.4. Driftsutgifter pr. innbygger til helsetjenesten. Fylke. 1985 og 1987	83
6.5. Legeårsverk i kommunehelsetjenesten i kommuner av ulik størrelse, etter type legevirkosomhet. Prosent. 1987	85
6.6. Antall innbyggere pr. legeårsverk i kommuner av ulik størrelse. Ustandardisert og standardisert for kjønn og alder. 1985-1988	85
6.7. Kommuner etter antall innbyggere pr. legeårsverk i kommunehelsetjenesten. Prosent. 1985-1987	87
6.8. Antall innbyggere pr. sykepleierårsverk i kommuner av ulik størrelse. 1985-1987	88

	Side
6.9. Antall innbyggere pr. fysioterapeutårsverk i kommuner av ulik størrelse. 1985-1987	89
6.10. Antall legeårsverk i kommune- og fylkeshelsetjenesten i ulike regioner i 1985 og endringer i antall årsverk. 1985-1986 og 1986-1987	91
7.1. Hyppighet av enkelte operasjoner ¹ , utført på pasienter utskrevet i 1988. Operasjoner pr. 100 000 innbyggere i ulike bostedsfylker	99
7.2. Andelen som har 30 minutters reisetid eller mer til nærmeste legekantor og sykehus. Prosent. 1968, 1975 og 1985	102
7.3. Andel som har fast lege/et fast legesenter. Prosent. 1985	103
8.1. Enhetskostnader og personellytelser i hjemmesykepleien. 1985-1988	109
8.2. Enhetskostnader og personellytelser i somatiske sykehjem og sykehjemsavdelinger. 1980-1988	110
8.3. Brutto driftsutgifter pr. liggedag i ulike typer somatiske sykehus. Vekstprosent i faste priser. 1980-1987	111
8.4. Ytelser i forhold til personell- og sengerressurser i somatiske sykehus. 1975-1988	113
8.5. Enhetskostnader og personellytelser i psykiatriske institusjoner. 1980-1987	114
8.6. Enhetskostnader og arbeidsytelser i HVPU. 1980-1987	114
9.1. Yrkesaktive i forskjellige grupper av helsepersonell pr. 100 000 innbyggere. Nordiske land. 1980 og 1985 ...	117
9.2. Plasser i sykehus pr. 1000 innbyggere i fire nordiske land. 1985-1986. Indekstall	118
9.3. Utviklingen i syke- og aldershjems plasser pr. 1000 innbyggere 65 år og over i de nordiske land	119
9.4. Utvalgte kirurgiske inngrep. 1986	120
9.5. Utskrivninger, gjennomsnittlig liggetid og beleggsprosent på kirurgiske og indremedisinske sykehusavdelinger i fire nordiske land. 1986	120
9.6. Antall legebesøk i året pr. 1000 innbyggere i de nordiske land	122

Tabeller i vedlegg

	Side
9.A. Helseutgifter i prosent av brutto nasjonalprodukt (BNP), i OECD-landene. 1975, 1980, 1985 og 1987	127
9.B. Leger, tannleger og sykepleiere pr. 10 000 innbyggere i OECD-land og land utenfor OECD	128
9.C. Innleggelser i sykehus pr. 1000 innbyggere. OECD-landene 1965-1987	129
9.D. Gjennomsnittlig oppholdstid (liggedager pr. innskrivning) i sykehus. OECD-landene 1965-1987	130

1. OVERSIKT OVER HELSETJENESTEN

1.1. Utgifter

Kraftig vekst i offentlige utgifter til helseformål

Målt i løpende priser ble de offentlige utgiftene til helsetjenester mer enn fordoblet fra 1980 til 1988. Målt i faste priser har den årlige veksten i gjennomsnitt vært 3,4 prosent. Men veksten har variert mye: En sterk utgiftsøkning i 1982 og 1983 ble avløst av en toårsperiode hvor veksten bare var omkring 0,5 prosent. Fra 1986 har veksten igjen vært betydelig.

Helseutgiftene utgjør ca. 14 prosent av de totale offentlige utgifter, denne andelen har vært svært stabil de siste åtte årene. Andelen av bruttonasjonalproduktet (BNP) som går til helseformål i offentlig forvaltning har derimot økt fra vel 6,5 prosent i begynnelsen på 1980-tallet til vel 7,5 prosent i 1987-1988.

Tabell 1.1. Utgifter i offentlig forvaltning til helsetjenester.
1980-1988. Mill. kr

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Offentlige utgifter til helsetjenester i alt ¹	19049	21622	24399	27648	29514	31908	35835	41630	45139
Årlige vekstprosjenter ² (faste priser)	-	2,3	4,3	6,2	0,5	0,6	4,0	4,3	2,9
Utgifter til helsetjenester i prosent av off. utgifter i alt	13,6	13,5	13,6	13,8	13,7	13,5	13,5	14,0	13,7
Utgifter i prosent av BNP	6,7	6,6	6,8	6,9	6,5	6,4	7,0	7,5	7,7

¹ Offentlige utgifter omfatter summen av løpende utgifter og investeringer, eksklusive overføringer mellom forvaltningsnivåene.

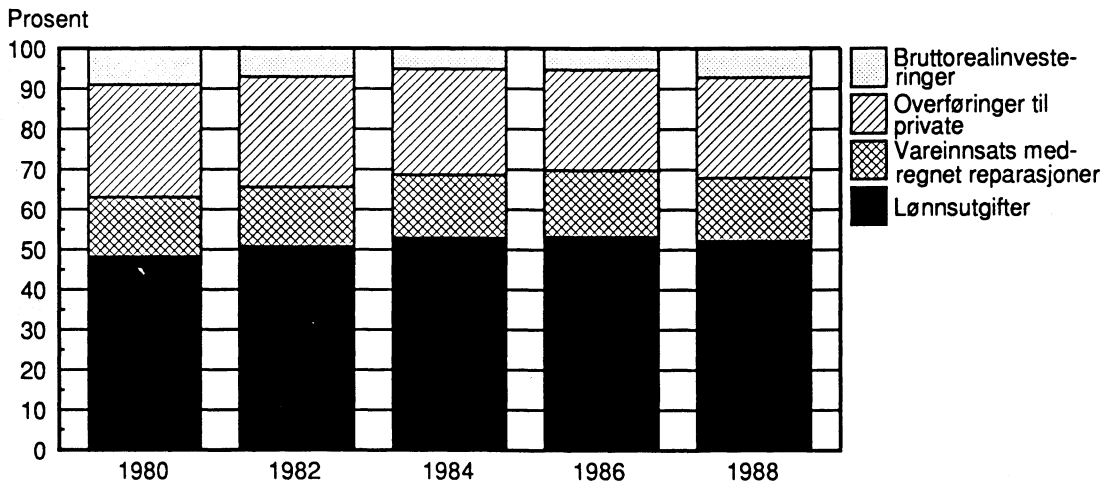
² Deflatert etter prisindeks for offentlig konsum til helsestell (1980-1987) og etter prisindeks for offentlig konsum totalt (1988).

Kilde: Upublisert materiale i SSB.

Lønnsutgiftene betyr mest

Lønnsutgifter er den klart største utgiftsposten i helsetjenesten (figur 1.1). I 1988 var 52 prosent av utgiftene lønnsutgifter, 24 prosent var overføringer til private (bl.a. trygderefusjoner og driftstilskudd til privatpraktiserende leger), 16 prosent var vareinnsats og 7 prosent gikk til investeringer. De rene driftsutgiftene (lønn og vareinnsats) økte sin andel av utgiftene fra 1980 til 1986 mens andelen som gikk til private overføringer og særlig til investeringer ble redusert. Fra 1986 til 1988 har tendensen endret seg noe: Driftsutgiftenes andel er litt redusert, mens investeringenes andel har økt.

Figur 1.1. Utgifter til helsestell i offentlig forvaltning, etter art. Prosent. 1980-1988



Kilde: Upublisert materiale i SSB.

Årsaker til vekst

På 1980-tallet har myndighetene i større grad enn tidligere vært opptatt av å redusere veksttaket i helsetjenesten. Likevel har man i dette tiåret hatt en realvekst på 3,4 prosent pr. år, og andelen av BNP som går til helseformål har økt noe fra 1980 til 1988. Utviklingen innenfor medisinsk vitenskap og teknologi og forventningspresset fra befolkningen og profesjonene i helsetjenesten er noen av faktorene som gjør det vanskelig å redusere veksten (St. meld. nr. 41, 1987-1988). Økningen de siste årene må også ses i lys av arbeidstidsforkortelsen i 1987. Brorparten av utgiftene er som vi har sett lønnsutgifter.

Den demografiske utviklingen har inntil nylig betydd lite for utgiftene (OECD, 1987). Men den sterke økningen i antallet av de eldste vil få vesentlige konsekvenser for kostnadsveksten i årene som kommer. Gruppen over 80 år vil øke fra knapt 160 000 i 1989 til nærmere 200 000 i år 2000. En prognose i regjeringens langtidsprogram viser at den demografiske utviklingen alene vil medføre en utgiftsvekst i helsetjenesten på 1,4 prosent pr. år, i alt en vekst på over 9 milliarder kroner i perioden 1989-2000 i 1989-priser (St. meld. nr. 4, 1988-1989).

Utgifter til hjemmesykepleie og spesialister har økt mest

Når utgiftsveksten fra 1984 til 1987 fordeles på hovedtyper av tiltak (tabell 1.2), ser det ut til at fordelingen i hovedsak har vært i tråd med de helsepolitiske målsettinger i perioden. Sykehussektoren har vokst mindre enn andre deler av helsetjenesten, mens hjemmesykepleie, spesialisttjeneste og helsevernet for psykisk utviklingshemmede (HVPU) økte mest, sammen med utgiftene til "annen" helsetjeneste (blant annet refusjoner til legemidler).

Kapittel 4.1 går nærmere inn på fordelingen av utgifter etter forvaltningsnivå, mens kapitlene 2.1 og 3.1 vil ta for seg utviklingen i utgifter innenfor henholdsvis kommune- og fylkeshelsetjenesten i større detalj.

Moderat økning i private forbruksutgifter

Hvor mye betaler private husholdninger til helseformål? Ifølge SSBs forbruksundersøkelser betalte hver person i gjennomsnitt 1280 kroner pr. år i perioden 1986-1988 til helsepleie (tabell 1.3). Bare omkring 2 prosent av de private forbruksutgiftene går til helse. Knapt 40 prosent av disse utgiftene er utgifter til tannlegehjelp (utgifter som refunderes av det offentlige er ikke medregnet). I løpet av en gjennomsnittlig 14-dagersperiode i 1986-1987 hadde noe over halvparten av husholdningene utgifter til helsepleie, de vanligste utgiftene var utgifter til medisiner og helseartikler, og til legehjelp.

Tabell 1.2. Offentlige utgifter (eksklusive investeringer) til helse-tjenester, etter hovedtyper av tiltak¹. Løpende priser (mill. kr), gjennomsnittlig årlig vekst i faste priser²

	1984	1985	1986	1987	Gjennomsnittlig årlig vekst
					Prosent
I alt	27404	30361	34091	38982	3,3
<u>Fylkeshelsetjenesten</u>	22497	24925	27716	31325	2,5
Av dette					
Somatiske sykehus ...	10639	11746	13002	14664	2,2
Somatiske sykehjem ..	5463	6155	6961	7665	2,8
HVPU	1926	2177	2421	2809	4,2
Spesialisttjeneste ..					
utenfor sykehus	380	451	510	635	9,7
<u>Kommunehelsetjenesten</u>	2804	3081	3554	4146	4,8
Av dette					
Legetjeneste	1525	1797	1920	2202	3,9
Hjemmesykepleie	731	745	1008	1277	11,7
<u>Annen helsetjeneste ..</u>	2103	2355	2871	3511	9,7

¹ Omfatter alle utgifter over stats-, trygde-, fylkeskommune- og kommunebudsjetter korrigerert for interne overføringer, leieinntekter og betaling fra pasienter.

² Deflatert etter prisindeks for offentlig konsum til helsetjenester.

Kilde: Sosialdepartementet.

De private husholdningers utgifter til helsepleie har økt moderat de siste 15 årene. Målt i faste priser økte utgiftene med 24 prosent fra 1973 til perioden 1986-1988, i gjennomsnitt 1,6 prosent pr. år. Økningen skyldes en fordobling av utgiftene til briller og ortopedisk utstyr, en enda sterkere økning i utgiftene til fysikalsk behandling og en 50 prosent økning i utgiftene til legehjelp. At utgiftene til legehjelp er gått ned på 1980-tallet skyldes sannsynligvis innføringen av frikortordningen i 1984. Det ble innført et felles utgiftstak for egenandeler til legehjelp, psykologhjelp, medisiner på blå resept og reiser som trygden betaler for. Utgiftstaket var i 1989 950 kroner. Personer med utgifter utover dette fikk frikort.

Tabell 1.3. Private utgifter til helsepleie pr. person i faste priser (1988-priser). 1973, 1980-1982 og 1986-1988. I kroner og prosent av totale forbruksutgifter

	1973		1980-1982		1986-1988		Andel av husholdningene med utgifter ¹
	Kroner	Prosent	Kroner	Prosent	Kroner	Prosent	Prosent
Helsepleie	1030	2,3	1050	2,1	1280	1,9	52,6
Medisiner og helseartikler	310	0,7	250	0,5	330	0,5	42,2
Briller og ortopedisk utstyr	90	0,2	110	0,2	210	0,3	2,4
Tannlegehjelp	520	1,2	460	0,9	510	0,7	8,4
Legehjelp ...	100	0,2	180	0,4	150	0,2	16,7
Massasje og fysikalsk behandling	20	0,0	50	0,1	90	0,1	4,4

¹ Uttrykker andelen av husholdningene som i løpet av en 14-dagersperiode hadde utgifter på de forskjellige postene i 1986-1987.

Kilde: Forbruksundersøkelsene.

Frafallet i forbruksundersøkelsene er spesielt stort blant de eldre, som representerer mange storforbrukere av helsetjenester. Det ser likevel ut til at undersøkelsene gir et nokså riktig bilde av totalforbruket. Ifølge en nylig fremlagt stortingsmelding om egenbetaling i helse- og sosialtjenesten (St. meld. nr. 17, 1989-1990) utgjorde egenbetalingen i helsetjenesten utenfor institusjon ca. 4,3 milliarder kroner i 1988, mens en ut ifra forbruksundersøkelsene kan anslå utgiftene til 4,5 milliarder i gjennomsnitt for årene 1986-1988, beregnet i 1988-priser (utgifter til briller og ortopedisk utstyr ikke medregnet, siden disse ikke inngår i beregningene i St. meld. nr. 17). Egenbetalingen i helseinstitusjonene beregnes til ca. 1,7 milliarder i 1988, inkludert avkorting av trygdeytelser. Beregningene i stortingsmeldingen bygger på takstbruksundersøkelser, regnskapsførte trygderefusjoner og diverse andre kilder.

På enkelte områder er det likevel betydelige avvik mellom beregningene i stortingsmeldingen om egenbetaling og forbruksundersøkelsene. Det ser ut til at utgiftene til legehjelp blir undervurdert i forbruksundersøkelsene, mens fysioterapiutgiftene er høyere enn det som virker rimelig. Dette kan ha sammenheng med de nevnte frafallsproblemene blant eldre.

1.2. Ressurser

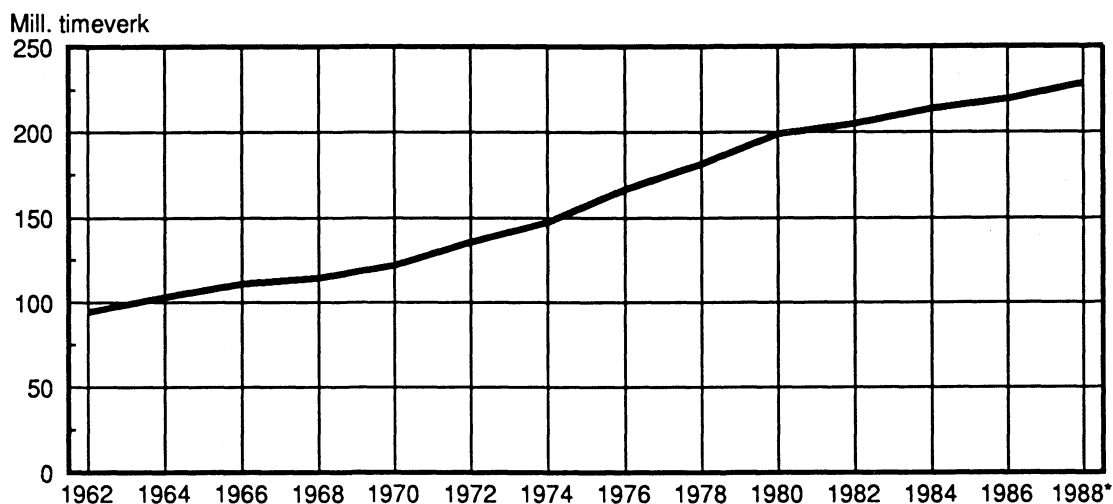
1.2.1. Sysselsatte i helsetjenesten

Sterk økning i utførte timeverk

Helsetjenestens viktigste ressurs er de ansatte. Kjernen i helsetjenestens virksomhet er ansikt-til-ansikt-kontakten mellom en klient og en behandler eller pleier. Utbyggingen av helsesektoren har ført til at antallet timeverk er blitt mer enn fordoblet de siste 25 årene, fra nesten 100 millioner i 1962 til snaut 229 millioner i 1988 (figur 1.2). Økningen i utgiftene til helseformål har nær sammenheng med økningen i timeverk. Helsetjenesten er en arbeidsintensiv næring hvor lønnskostnadene utgjør en stor del av utgiftene (jf. figur 1.1).

I 1970-årene økte antallet timeverk med hele 6,3 prosent i gjennomsnitt pr. år, mens den gjennomsnittlige årlige veksten i 1980-årene ble redusert til 1,9 prosent.

Figur 1.2. Utførte timeverk i helsetjenesten. 1962-1988



Kilde: Nasjonalregnskapet.

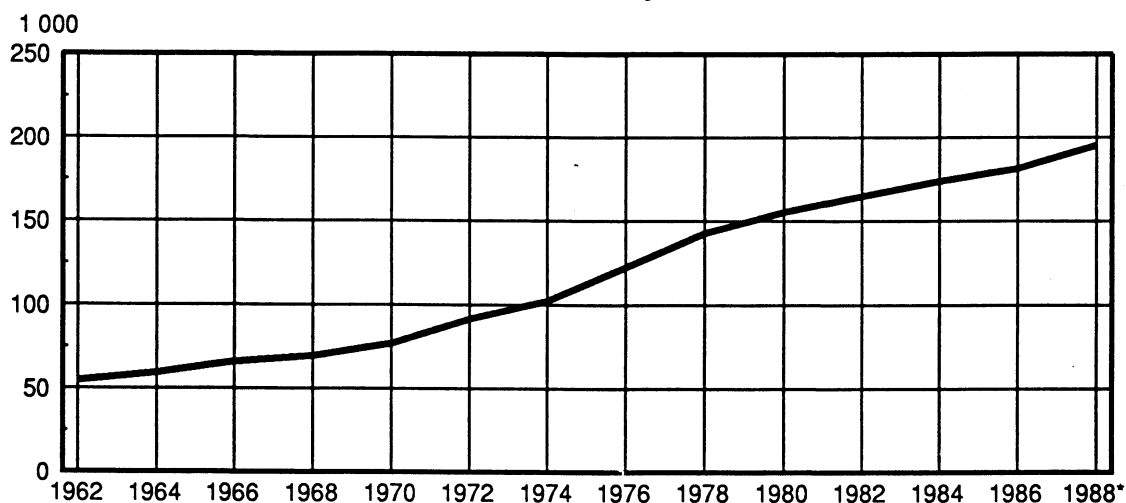
I 1988 ble 73 prosent av timeverkene utført av ansatte i det kommunale eller fylkeskommunale helsevesen, mens 23 prosent ble utført av ansatte og selvstendige i det "private" helsevesen. Den siste gruppen omfatter privatpraktiserende leger og privateide sykehus. Selv om denne delen av helsetjenesten ikke eies av det offentlige, er den for en stor del offentlig finansiert og regulert. De resterende timeverk ble utført av statsansatte. Andelen av timeverkene som utføres av private og statlige helsearbeidere har vært synkende over tid. I 1965 ble over en tredjedel av timeverkene utført i den private sektor.

200 000 sysselsatte, 150 000 årsverk

Om veksten i antall timeverk har vært stor, har personelløkningen målt i sysselsatte vært enda større (figur 1.3). Nesten fire ganger så mange mennesker har sitt arbeid i helsetjenesten i dag som på begynnelsen av 1960-tallet. Veksten i sysselsetting var særlig stor på 1970-tallet. Fra 1970 til 1975 var veksten så høy som 9 prosent i gjennomsnitt pr. år. I 1980-årene har veksten avtatt betydelig, likevel har helsetjenesten fått i overkant av 3 prosent flere sysselsatte hvert år. Veksten skyldes først og fremst den sterke utbyggingen av helsetjenesten i kommuner og fylkeskommuner. I alt arbeidet nesten 200 000 i helsetjenesten i 1988, av disse var tre fjerdedeler ansatt i kommuner og fylkeskommuner.

Utviklingen har gått i retning av at hver ansatt arbeider færre timer pr. år. I 1970 arbeidet en ansatt i helsetjenesten gjennomsnittlig 1579 timer, mens en ansatt i 1988 arbeidet 1170 timer. Dette skyldes dels arbeidstidsforkortelsene og dels en økende andel deltidssysselsatte. Utviklingen mot deltidarbeid har vært særlig tydelig i de somatiske helseinstitusjonene. I 1987 var omkring halvparten av personalet ansatt på deltid, i 1975 bare en fjerdedel (NOS Helseinstitusjoner 1987, NOS Sykehusstatistikk 1975). De nesten 200 000 sysselsatte i helsetjenesten utførte 150 000 årsverk i 1988, dvs. 0,78 årsverk pr. sysselsatt.

Figur 1.3. 1 000 sysselsatte i helsetjenesten. 1962-1988



Kilde: Nasjonalregnskapet.

En av ti arbeider i helsetjenesten

Personellinnsatsen har økt sterkere i helsesektoren enn i andre næringer, og sterkere enn i offentlig sektor som helhet (tabell 1.4). I 1988 arbeidet vel 9 prosent av alle sysselsatte i helsetjenesten, disse utførte 7,6 prosent av det totale antall timeverk. Den offentlige delen av helsetjenesten står for en betydelig del av arbeidsinnsatsen i offentlig forvaltning, over en fjerdedel av timeverkene i offentlig forvaltning utføres av ansatte i helsetjenesten.

Tabell 1.4. Sysselsatte og timeverk i helsetjenesten i prosent av sysselsatte og timeverk i alle næringer og i offentlig forvaltning. 1962-1988

	Sysselsatte		Timeverk	
	Alle næringer	Offentlig forvaltning	Alle næringer	Offentlig forvaltning
1962	3,5	16,7	3,1	16,5
1970	4,7	17,2	4,2	17,3
1975	6,4	21,8	5,5	21,3
1980	8,0	25,4	6,8	24,8
1985	8,7	26,8	7,3	25,6
1988*	9,2	28,0	7,6	25,9

Kilde: Nasjonalregnskapet.

Helsetjenesten - en kvinnearbeidsplass

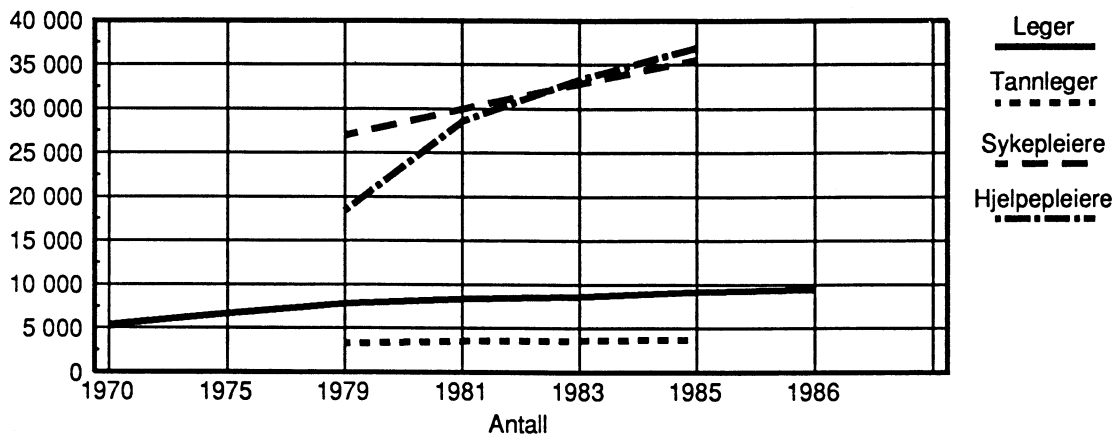
8 av 10 timeverk i helsetjenesten utføres av kvinner, og kvinnene utgjorde en enda større del (84 prosent) av de sysselsatte i 1988. Dette innebærer at helsetjenesten betyr langt mer for kvinners sysselsetting enn for menns. I 1988 arbeidet 17,5 prosent av sysselsatte kvinner i helsetjenesten, mot bare 2,6 prosent av mennene.

1.2.2. Yrkesgrupper med fagutdanning for behandling og pleie

Behandlings- og pleiekapasiteten i helsetjenesten er nært knyttet til antallet fagutdannet personell. Av yrkesgruppene som gir behandling og pleie er leger, tannleger, fysioterapeuter og syke-, hjelpe- og vernepleiere de største. I alt utgjorde yrkesaktive i disse gruppene ca. 90 000 personer i 1985 (tallet er noe for lavt fordi en del helsepersonell ikke har gitt opplysninger om yrkesaktivitet).

Figur 1.4 presenterer tall for utviklingen i antall yrkesaktive i hver av yrkesgruppene. Kilden er hovedsakelig Helsepersonellregistret. Tallene må tolkes med forsiktighet siden det har vært et visst frafall i registreringen og variasjoner over tid i andelen som ikke har oppgitt yrkesaktivitet. Helsepersonellregistret er ikke oppdatert siden 1985, med unntak for leger.

Figur 1.4. Yrkesaktivt helsepersonell¹⁾ i forskjellige personellgrupper. 1970-1986



1) Fra 1979: Ikke medregnet personer med uoppgitt yrkesaktivitet. Totaltallene er derfor noe for lave.

Kilde: NOS Legestatistikk, NOS Helsestatistikk, NOS Helsepersonellstatistikk

Norge har i dag mer enn 10 000 yrkesaktive leger, medregnet de som er yrkesaktive utenfor helsetjenesten. Antall innbyggere pr. yrkesaktiv lege er redusert fra 582 i 1975 til 440 i 1986. I Nasjonal Helseplan regner en med en netto tilgang fram til 1997 på ca. 300 leger pr. år. I år 2000 vil vi sannsynligvis ha ca. 330 innbyggere pr. yrkesaktiv lege.

Halvparten av legene arbeidet i 1986 i institusjonshelsetjenesten, mens snaut en femtedel var allmennpraktiserende (medregnet kommuneleger med legepraksis). 11 prosent arbeidet som rene kommuneleger og 6 prosent som praktiserende spesialister, mens omkring 10 prosent av legene arbeidet utenfor helsetjenesten, hovedsakelig i offentlig administrasjon og forsvar og i undervisning og forskning (NOS Helsestatistikk 1986).

Antall yrkesaktive tannleger er i underkant av 4000. Sett i forhold til innbyggertallet har det vært små endringer de siste årene (NOS Helsestatistikk 1986). I framskrivninger av antallet tannleger mot år 2000 regner helsemyndighetene med en svak økning fram til 1996, og at antallet deretter vil synke (St. meld. nr. 41 1987-1988). Det reduserte behovet har sammenheng med forbedringene i tannhelsen.

Helsepersonellstatistikken kan ikke gi tall for utviklingen i antall yrkesaktive fysioterapeuter. Opplysninger fra Norske Fysioterapeuters Forbund viser at antall yrkesaktive i denne gruppen økte fra 3592 i 1980 til 4023 i 1985 og 4473 i september 1987 (Hofoss mfl., 1988). I Nasjonal Helseplan regnes det med en netto tilgang på 200-240 nye fysioterapeuter pr. år fram til århundreskiftet.

De uten sammenligning største yrkesgruppene i helsetjenesten er sykepleiere og hjelpepleiere. Fra 1979 til 1985 økte antall yrkesaktive sykepleiere med 5 prosent pr. år, til noe over 35.000, og antall hjelpepleiere ble i den samme perioden fordoblet (17 prosent vekst pr. år i gjennomsnitt) slik at de i 1985 utgjorde nesten 37 000. Økningen i antall hjelpepleiere forklares delvis av at stillinger er omdefinert. Stillingene til ufaglærte pleiemedhjelpere med lang ansiennitet ble omgjort til hjelpepleierstillinger. Ca. 6500 pleiemedhjelpere fikk rett til å kalle seg hjelpepleiere i løpet av perioden 1979-1985 (Hofoss mfl., 1988). Men selv om en tar hensyn til dette, var den gjennomsnittlige veksten pr. år i perioden 1979-1985 likevel så høy som 11 prosent.

85 prosent av syke- og hjelpepleierne var yrkesaktive i 1985. 50 prosent av sykepleierne og 56 prosent av hjelpepleierne arbeidet på deltid, to tredjedeler av yrkesaktive syke- og hjelpepleiere var ansatt i somatiske helseinstitusjoner (NOS Helsepersonellstatistikk 1985).

Pr. 20. februar 1985 var det registrert noe over 800 yrkesaktive vernepleiere i Helsepersonellregistret. Nasjonal Helseplan anslår antall yrkesaktive vernepleiere til ca. 1500 i 1987. Årlig uteksamineres omkring 150 kandidater ved høgskolene. I 1985 arbeidet 60 prosent av vernepleierne i helseinstitusjonene for psykisk utviklingshemmede.

Fra for mange til for få

På begynnelsen av 1980-tallet var det en utbredt frykt for at det ville bli en overproduksjon av helsepersonell. Men disse antakelsene har langt fra slått til. Etterspørselen etter helsepersonell ble langt sterkere enn antatt. Snarere er det nå en mangel på visse typer personell, særlig syke- og hjelpepleiere. Et stort antall stillinger for syke- og hjelpepleiere er enten ubesatt eller besatt med annen type personell. På denne bakgrunn har myndighetene gjennomført tiltak med sikte på å øke utdanningskapasiteten for disse gruppene (St. meld. nr. 41, 1987-1988).

1.2.3. Institusjoner og sengeplasser

Flere institusjoner, færre sengeplasser

Ved siden av personellet, består ressursene i helsetjenesten av det utstyr som helsepersonellet kan benytte seg av. I vid forstand omfatter dette både bygninger, sykesenger og medisinske instrumenter. Tabell 1.5 tar for seg noen sider ved ressursutviklingen for helseinstitusjoner i alt, og for somatiske institusjoner spesielt. Helseinstitusjonsstatistikken i SSB omfatter somatiske institusjoner, institusjoner under psykisk helsevern og under HVPU. De somatiske institusjonene omfatter sykehus (inkl. psykiatriske avdelinger, sykehjem, somatiske opptreningsinstitusjoner og mindre somatiske institusjoner (sykestuer, fødehjem).

Antallet helseinstitusjoner har stort sett vært jevnt økende de siste 15 årene, fra 968 i 1973 til 1200 i 1988. Veksten skyldes først og fremst at tallet på sykehjem har økt. Det er blitt færre somatiske sykehus i perioden. I 1988 var det registrert 681 sykehjem, 51 flere enn i 1980, mens antall sykehus i samme periode er redusert fra 105 til 92.

Tallet på døgnplasser økte fra 1973 til 1980, men er redusert på 1980-tallet. I 1988 var det i alt vel 64 000 plasser i helseinstitusjonene, en nedgang på over 3000 fra 1980. Nedgangen skyldes først og fremst en reduksjon i antall plasser i psykiatriske institusjoner og i de somatiske sykehusene (se kap. 3.2). Plassene i somatiske sykehus og sykehjem utgjør 78 prosent av det totale antall plasser i helseinstitusjonene. Mens det i 1975 fremdeles var flere sengeplasser i sykehus enn i sykehjem, var sykehjemmene blitt "storebror" i 1988, med sine

31 000 plasser, mot sykehussektorens knapt 19 000 (se nærmere beskrivelse i kapitlene 2 og 3).

I alt var 814 av helseinstitusjonene registrert som somatiske institusjoner i 1988, med snaut 51 000 plasser. Dette tilsvarer 120 plasser pr. 10 000 innbyggere, en økning fra 107 i 1973, men en nedgang fra 123 i 1980. En må imidlertid ta hensyn til at det behandles flere pasienter pr. seng enn tidligere i sykehusene, og til økningen i dagplasser og poliklinisk behandling (se neste avsnitt og kapittel 8).

Tabell 1.5. Utviklingen i antall helseinstitusjoner og plasser. 1973-1988

	1973	1975	1980	1984	1985	1986	1987	1988
<u>Helseinstitusjoner¹</u>								
<u>i alt</u>								
Institusjoner i alt	968	1005	1078	1116	1131	1169	1206	1200
Sengeplasser/inter-								
natplasser 31.12. ..								
	61029	63020	67585	66298	66539	66939	66373	64385
Plasser pr.								
10 000 innbyggere ..								
	154	157	165	160	160	160	158	153
<u>Somatiske insti-</u>								
<u>tusjoner</u>								
Institusjoner i alt	705	719	770	768	777	810	817	814
Av dette								
Sykehus	117	110	105	93	91	93	93	92
Sykehjem	511	545	630	651	663	673	679	681
Senge-/internatplasser								
pr. 31.12. I alt ...								
	42321	44141	50180	50037	51053	51707	51529	50644
Av dette								
Sykehus	23315	22457	21883	20248	20224	20120	20043	18790
Sykehjem	17631	20428	27602	29335	30380	30786	30830	31204
Plasser pr. 10 000								
innbyggere								
	107	110	123	121	123	124	123	120

¹ Ikke medregnet daginstitusjoner for psykisk utviklingshemmede.

Kilde: NOS Helseinstitusjoner 1980 og 1988.

1.3. Aktivitet

Til nå har vi sett mest på det som kan kalles innsatsfaktorene i helsetjenesten: Penger, arbeidskraft, utstyr. I dette avsnittet skal vi se nærmere på hva som produseres ved hjelp av denne innsatsen, slik som legekonsultasjoner og sykehusinnleggelser.

14 kontakter med helsetjenesten pr. person i 1985

På grunnlag av Helseundersøkelsene 1975 og 1985 har vi beregnet antall kontakter med helsetjenesten i disse årene (tabell 1.6). Tallene omfatter ikke innleggelse på sykehus, men ellers alle typer kontakter med helsetjenesten. Hver person hadde gjennomsnittlig 9,9 kontakter med helsetjenesten i 1975 og 14,3 kontakter ti år senere, en økning på 44 prosent. Økningen har vært sterkere for kvinner enn for menn (henholdsvis 53 og 36 prosent vekst). Antall konsultasjoner med fysioterapeuter og telefonkonsultasjoner med leger har økt mest (nesten en fordobling). Det er også blitt flere kontakter med tannleger og flere forebyggende kontakter i perioden. "Ansikt-til-ansikt"-konsultasjoner med primærleger og spesialister i samband med sykdom har det derimot ikke blitt flere av.

Vårt kontaktmønster med helsetjenesten styres av en rekke forhold, slik som sykelighet, behandlingsopplegg, holdninger til helsetjenesten og tilbudet av helsetjenester. Mye tyder på at tilknytningen til arbeidsmarkedet også har betydning for kontakthypighet. Lønnstakere har flere legekonsultasjoner enn selvstendig næringsdrivende og hjemmearbeidende, selv når en tar hensyn til ulikheter i alder og sykelighet (Elstad, 1989). At antallet legekontakter for menn og kvinner har utviklet seg forskjellig, kan delvis forstås ut fra forhold på arbeidsmarkedet. Innføringen av systemet med egenmelding for kortvarig sykefravær har redusert sysselsatte menns behov for legekontakt. Egenmeldingssystemet har samme effekt for sysselsatte kvinner, men fordi andelen kvinner som er sysselsatt har økt så sterkt, er det likevel blitt flere kvinner som oppsøker lege pga. kravet om sykemelding (se også kapittel 6.2).

At kvinnene bruker helsetjenesten hyppigere enn menn gjelder alle former for kontakt med helsetjenesten. Kvinner ser ut til å være mer helsebevisste enn menn, livsstilen er sunnere på de fleste områder (Grøtvedt og Carlsson, 1988).

Større behandlingsskapitet i legetjenesten (jf. figur 1.4) har som vist gitt seg utslag i flere telefonkonsultasjoner og flere kontakter av forebyggende karakter. I tillegg ser det ut til at mange pasienter får en mer intensiv oppfølging enn før. En analyse av Helseundersøkelsens materiale for aldersgruppen 16-70 år viser at førstegangsbesøkene

hos lege ikke har økt mens gjenbesøkene er blitt flere (Elstad, 1989). Gjenbesøkene for egen sykdom hos primærlege har økt fra gjennomsnittlig 1,2 til 1,6 kontakter pr. år fra 1975 til 1985.

Tabell 1.6. Antall kontakter med helsetjenesten pr. person i året¹.
1975 og 1985

	1975			1985		
	Alle	Menn	Kvinner	Alle	Menn	Kvinner
Alle kontakter	9,9	9,1	10,6	14,3	12,4	16,2
<u>Kontakter i samband med sykdom</u>						
I alt	5,7	5,3	6,0	8,1	6,7	9,5
Av dette						
Besøk hos/av primærlege/privatpraktiserende spesialist .	3,1	3,1	3,2	3,1	2,6	3,6
Telefonkonsultasjon med lege	0,5	0,4	0,5	1,1	1,0	1,3
Besøk hos lege på sykehus/poliklinikk	0,5	0,5	0,6	0,5	0,4	0,7
Besøk hos/av fysioterapeut	0,7	0,6	0,8	1,3	1,1	1,5
<u>Kontakter utenom sykdom</u>						
I alt	4,2	3,8	4,6	6,2	5,7	6,7
Av dette						
Besøk hos tannlege ²	2,3	2,0	2,6	3,2	3,1	3,4
Anbefalt eller rutinemessig helsekontroll	1,1	1,1	1,1	1,4	1,4	1,5

¹ Tallene er beregnet på grunnlag av oppgitt antall kontakter i en 14-dagersperiode høsten 1975 og 1985. Bare i den grad kontakter på høstparten er representative for året gir de beregnede tallene et korrekt bilde av årlig antall kontakter.

² Alle tannlegebesøk defineres som kontakter som ikke skyldes sykdom.

Kilde: Helseundersøkelsene 1975 og 1985.

Helseinstitusjonene: Flere behandlede, kortere liggetid

Som mål på aktivitet i de somatiske helseinstitusjonene brukes her antall utskrivninger, gjennomsnittlig liggetid og antall pasienter behandlet (utskrivninger + pasienter pr. 31.12.). Dagpasienter og polikliniske behandlinger er ikke regnet med.

I 1988 ble vel 680 000 pasienter skrevet ut fra somatiske helseinstitusjoner, og 726 000 ble behandlet i løpet av året. Det var 148.000 flere behandlede pasienter enn i 1973 (tabell 1.7), en økning i forhold til innbyggertallet på 18 prosent. I realiteten har aktivitetsøkningen vært enda større, når vi tar hensyn til den økte satsingen på dagbehandling og poliklinisk behandling. Antallet polikliniske konsultasjoner ved sykehusene var 2,75 millioner i 1988, en økning på nærmere 7 prosent fra året før (se kap. 3.3).

På tross av nedgangen i sengetallet har antall behandlede pasienter økt. Dette skyldes en økning i sykehusenes produktivitet. I somatiske sykehus har den gjennomsnittlige liggetiden gått ned fra 11 dager i 1975 til 8 dager i 1988 (i kapittel 8 vil vi gå nærmere inn på produktivitetutviklingen i helsesektoren).

Vurdert på grunnlag av opplysninger fra helseundersøkelsene ser aktiviteten ut til å ha økt sterkere i helsetjenesten utenfor institusjon enn i institusjonshelsetjenesten fra 1975-1985. Antall behandlede i somatiske institusjoner økte med 14 prosent i denne perioden, mens andre typer kontakter med helsetjenesten økte med 44 prosent. Aktivitetsøkningen innenfor poliklinisk behandling ser ut til å ha kommet etter 1985. Som vist i tabell 1.6 ble det ikke registrert flere polikliniske kontakter eller legekontakter på sykehus uten innleggelse i 1985 enn i 1975.

85 prosent av de behandlede pasienter i somatiske helseinstitusjoner ble behandlet i alminnelige sykehus i 1988. I tillegg til de behandlede i somatiske institusjoner, ble 19 400 pasienter behandlet i psykiatriske institusjoner og 7000 i institusjoner under HVPU.

For en nærmere beskrivelse av aktiviteten i fylkes- og kommunehelsetjenesten, vises til kapitlene 2 og 3.

Tabell 1.7. Utskrivninger og behandlede pasienter i de somatiske helseinstitusjonene. 1973-1988

	1973	1975	1980	1985	1986	1987	1988
Utskrivninger i alt (1000) ...	548,0	575,2	616,3	675,8	680,3	672,6	683,8
Gjennomsnittlig liggetid i alm. somatiske sykehus	-	11	10	10	9	9	8
Antall pasienter behandlet (1000)	578,3	608,6	655,2	717,9	721,7	713,5	726,1
Pr. 10 000 innbyggere	1460	1519	1604	1727	1732	1704	1725

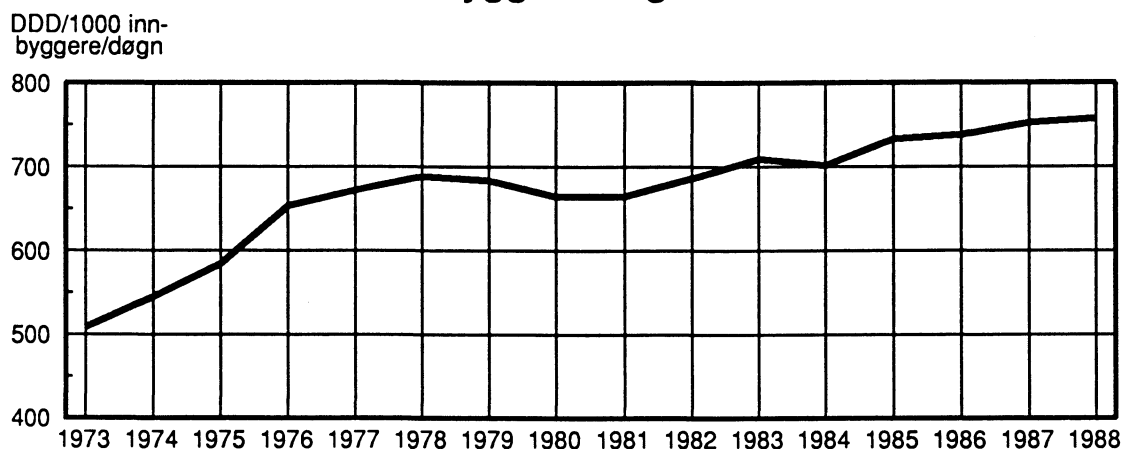
Kilde: NOS Sykehusstatistikk, NOS Helseinstitusjoner og NOS Helsestatistikk.

Økt bruk av legemidler

En viktig del av helsetjenestens aktivitet er knyttet til forbruk av legemidler. Forbruket måles gjerne som "definerte døgndoser" (DDD) pr. 1000 innbyggere pr. døgn (figur 1.5). DDD er definert som den antatt gjennomsnittlige døgndose brukt ved preparatets hovedindikasjon. Tallene i figuren er estimert fra Norsk Medisinaldepots (NMD) omsetning til apotek og gir bare et omtrentlig bilde av utviklingen. En av årsakene er at beregningene bygger på preparater der definert døgndose kan fastsettes. Disse utgjør 75-80 prosent av totalomsetningen i kroner.

Med disse forbehold viser beregningene foretatt ved NMD at legemiddelforbruket har økt med nesten 50 prosent fra 1973 til 1988. Mesteparten av denne økningen skjedde i perioden 1973-1978, med en årlig vekst på hele 7 prosent. I de to påfølgende 5-årsperiodene har veksten vært henholdsvis 0,6 og 1,4 prosent i årlig gjennomsnitt. Veksten etter 1978 svarer omtrent til veksten i befolkningen over 66 år. Nærmere halvparten av legemiddelforbruket i Norge gjelder denne aldersgruppen (Sakshaug og Lunde, 1986).

Figur 1.5. Legemiddelforbruket i Norge 1973-1988, angitt i DDD/1000 innbyggere/døgn ¹⁾



¹⁾Estimerte tall.

Kilde: Norsk Medisinaldepot.

1.4. Finansiering

Helsetjenesten finansieres fra tre kilder: Private husholdninger og helsetjenesteprodusenter, kommuner og fylkeskommuner og stats- og trygdeforvaltningen.

Privat finansiering

Den private finansiering utgjøres først og fremst av husholdningenes egenbetaling. Det meste av den privateide helsetjenesten finansieres av det offentlige og gjennom pasientenes egenandeler.

Hvor mye betyr privat i forhold til offentlig finansiering? Ifølge en beregning basert på nasjonalregnskapets prinsipper var de private utgiftenes andel av de totale helsetjenestekostnadene 13,1 prosent i 1985 og 12,8 prosent i 1986 (Røstadsand, 1989). Ut fra beregningene i stortingsmeldingen om egenbetaling kan egenbetalingen i helsetjenesten i 1988 anslås til 5,9 milliarder kroner, ca. 13 prosent av de totale helsetjenestekostnadene. Det er imidlertid store forskjeller mellom institusjonshelsetjenesten og den øvrige helsetjeneste. For helsetjenesten utenfor institusjon utgjorde egenbetalingen i 1988 4,3 milliarder kroner, omkring 29 prosent av de totale utgiftene (St.meld. nr. 17, 1989-1990).

Egenbetalingen dekker bl.a. en vesentlig del av utgiftene til privatpraktiserende leger. I 1982 ble ca. 35 prosent av de totale utgiftene betalt som egenandeler (Ot.prp. nr.66, 1981-1982). Ved innføringen av det nye finansieringssystemet for kommunehelsetjenesten ble det forutsatt at egenandelen skulle utgjøre en like stor prosent av inntektene til legene (dvs. leger med avtale) som før, mens ca. 25 prosent skulle gis som refusjon fra folketrygden og vel 40 prosent som driftstilskudd fra kommunene.

SSBs undersøkelse av legers inntektsforhold i 1985 tyder imidlertid på at trygderefusjonene utgjorde en større andel av inntektene enn forutsatt (36 prosent), mens egenandelene stod for en fjerdedel av inntektene (tabell 1.8).

Tabell 1.8. Inntekter for ulike typer leger. 1985

	Brutto- om- setning	Honorar	Refusjon fra trygde-	Drifts- tilskudd fra	Andre inntekter	Antall observa- sjoner
	Kroner	Prosent				
Alle leger	527794	24	36	34	5	245
Leger med avtale ...	535079	24	36	35	5	233
Allmennlege med avtale	540068	25	34	37	5	135
Kommunelege med avtale	424327	22	36	32	9	52
Spesialist med avtale	657691	21	40	35	4	46
Leger uten avtale	:	:	:	:	:	12

Kilde: Statistisk ukehefte nr.40/1986.

Egenbetalingen i helsetjenesten utenfor institusjon utgjør størstedelen av egenbetalingen i helsetjenesten. Som nevnt tyder SSBs forbruksundersøkelser på at denne egenbetalingen har hatt en forholdsvis moderat vekst de siste 15 årene (jf. tabell 1.3). På bakgrunn av den langt sterkere veksten i de offentlige utgiftene, ser det ut til at egenbetalingens betydning for helsetjenestens økonomi alt i alt er blitt mindre i løpet av 1970- og 1980-årene.

Stats- og trygdeforvaltningen

Staten finansierer helsetjenesten gjennom tre kanaler, en over statsbudsjettet, to over trygdebudsjettet:

- a) bevilgningene til statens egne helseinstitusjoner og andre statlige helsetiltak over statsbudsjettet
- b) overføringer til private (bl.a. refusjoner til privatpraktiserende helsepersonell) over trygdebudsjettet
- c) overføringer til den kommunale og fylkeskommunale forvaltning (rammetilskudd, øremerkede overføringer og refusjoner), også over trygdebudsjettet

Statens helsetjenester

Under programområdet Helsevern i statsbudsjettet, bevilges det midler til statlige helseinstitusjoner (den største er Rikshospitalet). Driftsutgiftene utgjorde i 1988 snaut 2,3 milliarder kroner (tabell 1.9). Bare 9 prosent av statens utgifter var driftsutgifter.

Tabell 1.9. Utgifter til helsetjenester i kommune- og statsforvaltning, etter art. I løpende priser, og statens finansieringsandel i prosent. 1980-1988

	1980	1982	1984	1985	1986	1987	1988
	Millioner kroner						
Totale utgifter ¹	19049	24399	29514	31908	35835	41630	45139
Staten, i alt	11436	14722	18209	19236	20935	24652	26315
Driftsutgifter	1261	1634	1774	1714	1884	2144	2274
Overføringer til private	3076	3894	4244	4338	4683	5537	6398
Overføringer til kommuneforvaltningen ...	7029	9131	12120	13205	14265	16822	17512
Bruttorealinvesteringer	70	63	71	69	103	149	131
Kommuneforvaltningen, i alt	15207	19770	24489	26770	29885	34397	37897
Driftsutgifter	10744	14389	18468	20591	23121	26649	28381
Overføringer til private	2236	2792	3513	3808	4234	4670	4860
Overføringer til statsforvaltningen	565	962	1064	983	720	597	1561
Bruttorealinvesteringer	1662	1627	1444	1388	1810	2481	3095
Statens finansieringsandel. Prosent	57,1	56,4	58,1	57,5	56,4	57,8	54,8

¹ Eksklusive overføringer mellom forvaltningsnivåene.

Overføringer til private

Statens overføringer til private beløp seg i alt til 6,4 milliarder kroner i 1988, en fjerdedel av statens samlede utgifter til helseformål. Staten finansierer en vesentlig del av helsetjenesten gjennom stykkprisrefusjon fra folketrygden til den enkelte behandler. Som det framgår av tabell 1.8 utgjorde trygderefusjonene noe over en tredjedel av inntektene for privatpraktiserende leger i 1985. Folketrygden overfører også store summer gjennom refusjon av pasientutgifter. De største postene er utgifter til legemidler (blå resept) og syketransport.

Overføringer til kommuneforvaltning

Over trygdebudsjettet gir staten rammetilskudd til helse- og sosialtjenesten i fylkene og kommunene. Tilskuddene gis som en fast ramme for budsjettåret, som kommunene kan fordele etter ønske, de kan f.eks. velge å opprette driftsavtaler med privatpraktiserende leger, fysioterapeuter og psykologer, eller tilsette helsepersonell i fastlønnsstillinger. Rammetilskuddene inngår fra 1. januar 1986 som en del av det nye inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner, hvor sektortilskuddene til helse- og sosialtjenesten inngår sammen med andre sektortilskudd og et generelt tilskudd. Utbetalingen til den enkelte kommune skjer samlet i en sum, uten øremerking eller binding fra statens side (Ot. prp. nr. 48, 1984-1985).

Rammetilskuddet utgjør mesteparten av overføringene til kommuneforvaltningen, ved siden av enkelte øremerkede tilskudd og refusjoner fra folketrygden (refusjoner for poliklinisk virksomhet og fastlønnsstilskudd til kommuner med fast ansatte leger).

Overføringene til kommuner og fylkeskommuner beløp seg til ca. 17,5 milliarder kroner i 1988, vel to tredjedeler av statens totale utgifter til helseformål.

Dette innebærer, når vi trekker overføringene fra kommuneforvaltningen til staten fra statens totale utgifter, at staten finansierer over 50 prosent av de offentlige utgiftene til helseformål. Det må understrekes at dette er svært usikre beregninger, som bygger på to forutsetninger: At hele sektortilskuddet brukes som tiltenkt, og at fordelingen av utgiftene mellom helse- og sosialtjenesten er den samme

som før innføringen av det nye inntektssystemet i 1986. Som nevnt gis tilskuddene til kommunalforvaltningen i en pott, slik at kommunene står fritt til å anvende pengene slik de ønsker.

Rammetilskuddene har de siste årene økt mindre enn utgiftene som er knyttet til helsetjenestens aktivitet; refusjonsutgiftene. I perioden 1985-1988 økte de totale refusjonsutgiftene til helsetjenesten utenfor institusjon fra 1585 millioner til 2505 millioner (inklusive rekona- valesent hjem/kurbad og offentlige klinikker), en vekst i løpende priser på 58 prosent. Til sammenligning økte rammetilskuddene til helse- og sosialtjenesten med 30 prosent (Lindseth, 1989).

Kommuner og fylkeskommuner

Mesteparten av kommuneforvaltningens (primær- og fylkeskommuner) utgifter er driftsutgifter, dvs utgifter til lønn og vareinnsats. I alt utgjorde driftsutgiftene 76 prosent av totalutgiftene i 1988. Men kommuneforvaltningen overfører også betydelige summer til privatpraktiserende personell, gjennom driftstilskuddene til helsepersonell med kommunal eller fylkeskommunal avtale. 35 prosent av avtalelegenes inntekter ble dekket av driftstilskudd i 1985 (tabell 1.8).

Som nevnt finansierer kommuneforvaltningen en liten del av statens utgifter, knapt 1,6 milliarder kroner ble overført i 1988. Dette innebærer at kommuneforvaltningen dekker noe under halvparten av de offentlige helseutgiftene.

2. KOMMUNEHELSESTJENESTEN

2.1. Utgifter

Hjemmesykepleien øker mest

I 1984 trådte den nye loven om kommunehelsetjenesten i kraft. Loven gir kommunene det administrative ansvar for primærhelsetjenesten. Alle kommuner skal sørge for å organisere den nødvendige allmennlege-, fysioterapi- og sykepleietjeneste (herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie). Forebyggende virksomhet er en av de lovfestede oppgavene til kommunehelsetjenesten. Tiltak med dette for øye skal organiseres som miljørettet helsevern, helsestasjonsvirksomhet, helse-tjeneste i skoler og opplysningsvirksomhet.

Kommunehelsetjenesten kostet i 1987 vel 4,1 milliarder kroner (tabell 2.1). Dette omfatter alle utgifter over de offentlige budsjetter, unntatt investeringsutgifter. Den årlige gjennomsnittlige vekst fra 1984 til 1987 var knapt 5 prosent i faste priser (jf. tabell 1.2). Utgiftene til legetjeneste utgjorde over halvparten av utgiftene. Dette inkluderer refusjonsutgifter over trygdebudsjettet, og kommunenes utgifter til driftstilskudd og fastlønn.

Utgiftene til hjemmesykepleie økte mest, fra 1985 til 1986 var for eksempel økningen i faste priser hele 25 prosent (tabell 2.2).

Fra og med 1. januar 1988 er ansvarsområdet for kommunehelsetjenesten vesentlig utvidet. Kommunene skal i tillegg til tidligere oppgaver sørge for "sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie". Ansvar for de alminnelige somatiske sykehjemmene er overført fra fylkeskommunene til primærkommunene. Vi har ingen fullstendig oversikt over kostnadene i kommunehelsetjenesten i 1988. Ser vi på utgiftene som registreres i kommuneregnskapene, var bruttoutgiftene til helsevern over kapittel 1.3 17,6 milliarder kroner i 1988 (inkl. utgifter til nybygg og nyanlegg). Tar vi med utgiftene over kapittel 1.45 og 1.46 (tiltak for eldre og hjelpeordninger for hjemmene) var helse-tjenesteutgiftene 22,9 milliarder, som utgjorde 18 prosent av kommunenes samlede utgifter (det er ikke tatt hensyn til salgs- og leieinntekter og interne overføringer).

Det er store geografiske forskjeller i utgifter til helsetjenesten. Dette blir nærmere belyst i kapittel 6.

Tabell 2.1. Offentlige utgifter til kommunehelsetjenesten i løpende priser¹. 1984-1987. Mill.kr

	1984	1985	1986	1987
I alt	2804	3081	3554	4146
Legetjeneste	1525	1797	1920	2202
Hjemmesykepleie	731	745	1008	1277
Fysioterapi	305	341	409	434
Annen kommunehelse- tjeneste	243	198	217	233

¹Se noter til tabell 1.2.

Tabell 2.2. Offentlige utgifter til kommunehelsetjenesten. Prosentvis endring fra foregående år, i faste priser¹. 1985-1987

	1985	1986	1987	Gjennomsnitt pr. år 1984-1987
I alt	2,2	6,8	4,7	4,8
Legetjeneste	9,6	-1,1	3,0	3,9
Hjemmesykepleie	-5,2	25,3	13,7	11,7
Fysioterapi	4,0	11,1	-4,7	3,3
Annen kommunehelse- tjeneste	-24,2	1,5	-3,6	-8,6

¹Se noter til tabell 1.2.

2.2. Ressurser

44 000 årsverk i kommunehelsetjenesten

Overføringen av sykehjemmene til kommunene førte til en kraftig økning i antall årsverk i kommunehelsetjenesten. Ifølge den løpende årsstatistikken økte årsverkene fra nærmere 14 000 i 1987 til knapt 37 000 i 1988 (tabell 2.3). Årsverkene er beregnet på grunnlag av avtalt og ikke faktisk arbeidstid. Avtalehjemler/fastlønnsstillinger som er ubesatt pr. 31. desember på grunn av permisjon, sykdom eller andre årsaker, regnes som besatt hvis fraværet har vart mindre enn fire måneder.

I realiteten er det enda flere som arbeider i kommunehelsetjenesten. Antall årsverk av ansatte på sykehjem ifølge årsstatistikken for kommunehelsetjenesten omfatter bare personell med pasientkontakt. I alt ble det utført nesten 30 000 årsverk i sykehjem og kombinerte alders- og sykehjem i 1988 (se tabell 3.4), når alle typer personell regnes med. Dette betyr at anslagsvis 44 000 årsverk ble utført i kommunehelsetjenesten i 1988, hvis vi regner aldershjemsavdelingene i de kombinerte institusjonene som en del av kommunehelsetjenesten. Heller ikke dette tallet er fullstendig fordi vi ikke vet hvor mange som er ansatt hos privatpraktiserende leger og fysioterapeuter.

Det har vist seg vanskelig å få sammenlignbare tall for utviklingen fra 1987 til 1988. Usikre anslag tyder på en vekst i årsverkene på 4 prosent fra 1987 til 1988, når sykehjemmene holdes utenfor. Dette innebærer en årlig gjennomsnittlig vekst på 4,5 prosent fra 1985 til 1988 (se tabell 4.2). Prosentvis var økningen i årsverk fra 1985 til 1987 størst for jordmødre og hjelpepleiere.

Fordelt på virksomhetsområder (tabell 2.4) har bedriftshelsetjenesten og hjemmesykepleien hatt den største prosentvise økningen i årsverk. Før sykehjemmene ble overført til kommunehelsetjenesten, var hjemmesykepleien den dominerende deltjenesten. Fra 1985 til 1987 økte hjemmesykepleien sin andel av årsverkene fra 28 til 30,5 prosent. Med overføringen av sykehjemmene i 1988, ble det store endringer i forholdet mellom personellgrupper og deltjenester. Nesten 6 av 10 årsverk i kommunehelsetjenesten er nå knyttet til driften av sykehjem.

Tabell 2.3. Årsverk i kommunehelsetjenesten. 1985-1988

	1985	1986	1987	1988 ¹
I alt	12632	13380	13754	36887 ²
Leger	2901	2921	2995	3112
Fysioterapeuter	2355	2444	2480	2871
Sykepleiere	3832	4142	4264	10033
Jordmødre	64	77	90	101
Hjelpepleiere	1530	1589	1749	13270
Øvrig personell	1950	2207	2176	7501

¹ Tallene for 1988 kan ikke sammenlignes med tidligere år fordi de alminnelige somatiske sykehjemmene er inkludert i beregningene.

Tallene er også noe mangelfulle pga. overgangen til bydelsadministrasjon i Oslo. Antall legeårsverk i Oslo er litt for lavt.

² Personale i sykehjemmene uten pasientkontakt er ikke medregnet.

Kilde: Årsstatistikk for kommunehelsetjenesten.

Tabell 2.4. Årsverk etter virksomhetsområde. 1985-1988

	1985	1986	1987	1988 ¹
I alt ⁵	12627	13408	13669	36856
Legepraksis ²	2915	3065	3308	3450
Helsestasjonstjeneste ...	815	875	845	1020
Skolehelsetjeneste	585	577	568	574
Bedriftshelsetjeneste ³ ..	126	143	155	120
Fysikalsk behandling	2225	2260	2271	2294
Hjemmesykepleie	3523	3942	4169	4710
Sykehjem ⁴	-	-	-	21370
Annen kommunal virksomhet	2437	2547	2353	3319

¹ Tallene for 1988 er ikke sammenlignbare med tidligere år, se note til tabell 2.3.

² Legepraksis omfatter ikke legevakt.

³ Kommunalt drevet.

⁴ Personale uten pasientkontakt er ikke medregnet.

⁵ Sumtallene avviker noe fra tabell 2.3 på grunn av avrundingsfeil.

Kilde: Upublisert materiale i SSB.

Leger og fysioterapeuter: Flertallet har avtale om driftstilskudd

Flertallet av leger og fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten baserer sin virksomhet på avtaler med kommunen. Dette innebærer at de får et kommunalt driftstilskudd, ved siden av at de mottar stykkprisrefusjoner fra trykdekontoret og egenbetaling fra pasienten. Men tendensen

siden 1985 har gått i retning av et redusert antall leger og fysioterapeuter med kommunale avtaler, isteden er det blitt en større andel fastlønnede i begge grupper og noen flere leger uten avtale (tabell 2.5). Den siste gruppen får bare inntekter fra pasientenes egenbetaling og refusjoner fra trygdekontoret. Disse er gitt anledning til å ta høyere egenbetaling enn andre leger. I 1988 utgjorde legene uten avtale 4,6 prosent av legene i kommunehelsetjenesten.

Turnuskandidatene utfører omkring 7 prosent av legeårsverkene. Turnustjenesten er en obligatorisk avsluttende del av studiet for dem som ønsker å praktisere som lege. Kandidatene arbeider ett år ved sykehus og et halvt år i kommunehelsetjenesten.

Hver fjerde lege i Finnmark er ikke ferdigutdannet

At turnuskandidatene spiller en betydelig rolle går tydelig fram av den fylkesvise fordeling av stillingstypene. I Nord-Norge og vestlandsfylkene Sogn og Fjordane og Møre og Romsdal står turnuskandidatene for 15-16 prosent av legeårsverkene, i Finnmark står de for nesten hvert fjerde legeårsverk (tabell 2.6). Til sammenligning gjelder dette bare vel 3 prosent av årsverkene i Oslo/Akershus. Siden turnuslegene bare er forpliktet til å være på stedet i et halvt år, kan dette skape spesielle problemer for kontinuiteten i lege/pasientforholdet i noen fylker (se nærmere drøfting i kapittel 7). Fastlønnede leger finner man flest av i de fire nordligste fylkene, men også østlandsfylker som Oslo og Hedmark har relativt stor andel fastlønnsleder. De nordligste fylkene har få avtaleleger og leger uten avtale (med et unntak for Finnmark når det gjelder leger uten avtale). I det hele tatt er legetjenesten i større grad offentlig finansiert og styrt i utkantfylkene, flertallet av legene er i turnus eller på fast lønn. Det har vært nødvendig med større grad av offentlig styring for å sikre legetilbudet i disse områdene av landet (se også kapittel 6).

Leger som verken mottar driftstilskudd eller lønn er konsentrert i Oslo, hele 16 prosent av Oslo-legene var leger uten avtale i 1988. Men også Finnmark hadde en forholdsvis stor andel leger uten avtale.

Tabell 2.5. Årsverk av leger og fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten, etter stillingstype. Prosent. 1985-1988

	1985	1986	1987	1988 ¹
Leger, i alt	100,0	100,0	100,0	100,0
Med avtale	55,2	53,6	52,8	50,7
Uten avtale	3,0	4,4	4,9	4,6
Fastlønn	33,7	35,1	35,3	37,4
Turnuskandidater	8,0	7,0	7,0	7,3
Fysioterapeuter i alt	100,0	100,0	100,0	100,0
Med avtale	89,0	87,2	85,1	74,3
Uten avtale	2,9	2,5	1,9	2,6
Fastlønn	8,0	9,6	12,1	22,2
Turnuskandidater	0,3	0,7	1,0	0,9

¹Inkludert de somatiske sykehjemmene.

Kilde: Årsstatistikk for kommunehelsetjenesten.

Tabell 2.6. Årsverk av leger i forskjellige stillingstyper, etter fylke. Prosent. 1988

	Stillingstype				
	I alt	Med avtale	Fast lønn	Uten avtale	Turnus-kandidater
Hele landet	100,0	50,7	37,4	4,6	7,3
Østfold	100,0	74,1	18,2	5,7	1,9
Akershus	100,0	63,6	26,0	6,7	3,6
Oslo ¹	100,0	33,8	48,0	15,5	2,6
Hedmark	100,0	67,4	25,2	3,9	3,5
Oppland	100,0	36,0	54,0	4,7	5,3
Buskerud	100,0	74,7	19,5	4,1	1,7
Vestfold	100,0	79,6	14,6	4,2	1,6
Telemark	100,0	62,1	28,8	1,9	7,3
Aust-Agder	100,0	74,7	14,8	5,4	5,1
Vest-Agder	100,0	79,2	17,5	1,6	1,9
Rogaland	100,0	54,3	39,9	0,6	5,2
Hordaland	100,0	52,6	37,0	2,3	8,1
Sogn og Fjordane	100,0	41,3	39,8	1,5	17,5
Møre og Romsdal	100,0	40,2	43,8	0,9	15,2
Sør-Trøndelag ..	100,0	54,7	35,9	1,5	7,9
Nord-Trøndelag .	100,0	27,3	62,2	1,0	9,6
Nordland	100,0	33,1	48,8	1,9	16,2
Troms	100,0	17,9	65,5	2,2	14,3
Finmark	100,0	4,9	63,8	7,5	23,8

¹ Tallene for Oslo er usikre pga. overføringen av kommunehelsetjenesten til bydelsadministrasjon.

Kilde: Årsstatistikk for kommunehelsetjenesten.

Sterk utbygging av den hjemmebaserte omsorgstjenesten

En rekke ordninger er i de senere årene bygd ut for å hjelpe eldre og funksjonshemmede til å kunne klare seg best mulig hjemme og unngå institusjonsplassering. Husmorvikartjenesten skal først og fremst hjelpe barnefamilier når foreldrene ikke klarer det daglige husarbeidet. I hjemmehjelpen gis det hjelp til eldre og uføre som har vanskeligheter med å klare de daglige gjøremål i hjemmet. Hjemmesykepleien er et tilbud om medisinsk pleie og tilsyn i hjemmet. I varierende grad har kommunene også bygd ut andre hjelpetiltak, slik som rengjøringspatruljer, ambulerende vaktmester og distribusjon av ferdiglaget mat.

Hjemmehjelpstjenesten er den mest omfattende av tjenestene målt i arbeidskraftinnsats. I 1988 utførte 34 000 hjemmehjelpere over 20 millioner timeverk, det tilsvarer ca. 11800 årsverk (tabell 2.7). Husmorvikarene utførte vel 2 millioner timeverk eller ca. 1100 årsverk, mens 4700 årsverk ble utført i hjemmesykepleien. Nedbyggingen av husmorvikartjenesten på 1980-tallet er blitt mer enn kompensert ved en sterk utbygging av de andre tjenestene. Antall årsverk i hjemmesykepleien har vokst med hele 34 prosent fra 1985 til 1988, mens timeverkene i hjemmehjelpen har økt med 12 prosent. Økningen har vært sterkere enn økningen i antall eldre, som utgjør den største brukergruppa. Folk på 80 år og over bruker ca. 70-75 prosent av hjemmesykepleie- og sykehjemsressursene (St. meld. nr. 41, 1987-1988).

Boformer for eldre og funksjonshemmede: Uendret dekningsgrad i forhold til de eldste

Alminnelige somatiske sykehjem og sykehjemsavdelinger i kombinerte alders- og sykehjem, er boformer for eldre og noen få uføre som ikke kan klare seg selv, og som trenger omfattende medisinsk pleie og tilsyn. Aldershjem og aldershjemsavdelinger i kombinerte institusjoner er mer beregnet på eldre som i noen grad er selvhjulpne, men ønsker å bo i felleleshusholdning hvor de kan slippe husstell og få tilsyn og pleie når de trenger det. Alders- og trygdeboliger er boliger for trygdede, ofte alderspensjonister. Boligene er gjerne knyttet til en eller annen form for servicefunksjon. De fleste av trygdeboligene er kommunale. Kommunale boliger med heldøgns service er tilknyttet en serviceenhet, hvor beboerne kan få hjelp hele døgnet (NOS Sosialstatistikk 1987).

Tabell 2.7. Ressurser i hjelpeordninger for hjemmene. 1975 og 1980-1988

	1975	1980	1985	1986	1987	1988
Husmorvikarer						
1000 timeverk ....	..	3211	2370	2184	2155	1924
Antall	1978	2259	1910	1841	1715	1552
Hjemmehjelpere						
1000 timeverk	9560	16800	18374	18651	20379	20596
Antall	31490	44694	39558	38424	38044	34212
Hjemmesykepleien						
Årsverk .....	..	..	3523	3942	4169	4710 ¹
Årsverk i alt ² ...	..	..	15377	15848	17045	17578
Pr. 1000 innb. 67 år og over .....	.	.	27,1	27,7	29,3	29,6
Pr. 1000 innb. 80 år og over .....	.	.	109,7	110,9	116,1	116,6

¹ Usikkert tall pga. omlegging av statistikken.

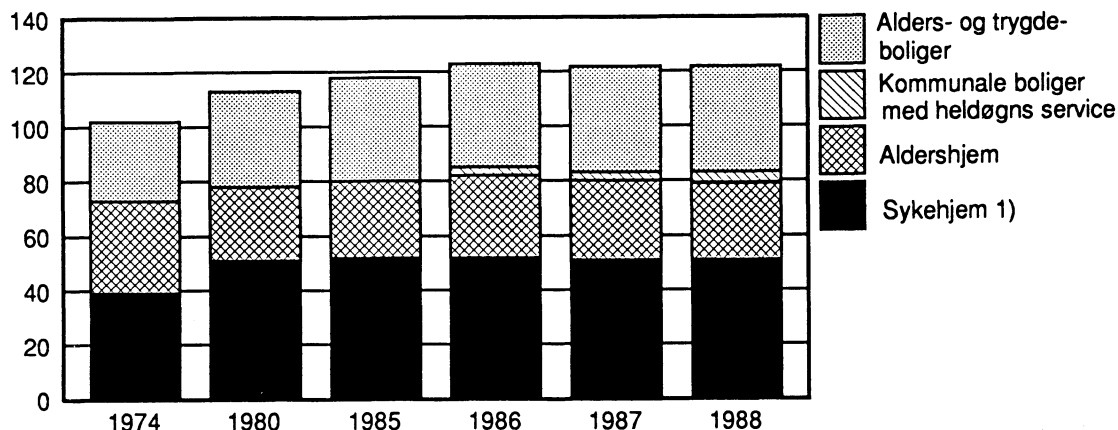
² Tallene for årsverk er ikke helt nøyaktige fordi årsverkene er beregnet på forskjellige måter i de ulike tjenestene. I hjemmehjelp- og husmorvikartjenesten er de publiserte tallene for timeverk omregnet til årsverk ved å dividere med 1750 timer. I hjemmesykepleien er det avtalte antall timeverk pr. uke omregnet til årsverk ved å dividere med 38 i 1985-1986 og 37,5 fra 1987.

Kilde: NOS Sosialstatistikk.

I alt var det vel 74 000 plasser i ulike boformer for eldre og uføre i 1988, det tilsvarte 122 plasser pr. 1000 innbyggere over 66 år og 482 plasser pr. 1000 innbyggere over 79 år (figur 2.1 og 2.2). I forhold til utviklingen i antall eldre over 66 år, har ressursutviklingen vært gunstig. Men dekningsgraden i forhold til de mest pleietrengende, eldre over 79 år, har endret seg lite de siste 15 årene. Boformene som har vokst mest på 1980-tallet, trygdeboliger og boliger med heldøgns service, er dessuten boformer som i større grad enn alders- og sykehjem benyttes av uføre og alderspensjonister under 80 år. Av beboerne i aldershjem var 75 prosent 80 år eller mer i 1988, mot 40 prosent av beboerne i trygdeboliger og 52 prosent i kommunale boliger med heldøgns service (NOS Sosialstatistikk 1988). Gruppen eldre over 80 år la beslag på noe under tre fjerdedeler av sykehjemsplassene i 1986 (Huserbråten og Hyllseth, 1989). På 1980-tallet er antall sykehjemsplass-

Figur 2.1. Plasser i institusjoner for eldre og uføre, pr. innbygger 67 år og eldre. 1974-1988 .

Plasser pr.
1 000 innbyggere

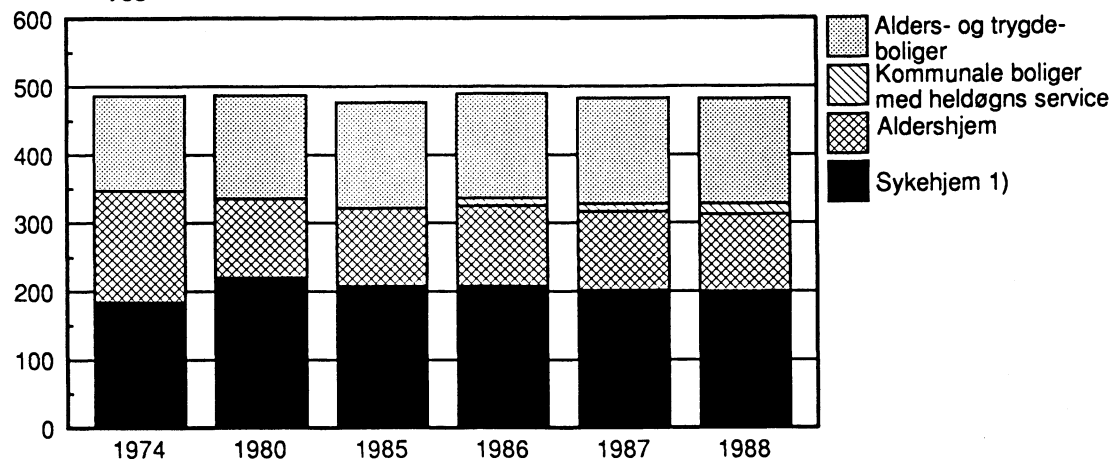


1) Eksklusive spesialsykehjem.

Kilde: NOS Sosialstatistikk, NOS Sykehusstatistikk, NOS Helsestatistikk.

Figur 2.2. Plasser i institusjoner for eldre og uføre, pr. innbygger 80 år og eldre. 1974-1988

Plasser pr.
1 000 innbyggere



1) Eksklusive spesialsykehjem.

Kilde: Se figur 2.1.

ser pr. innbygger over 79 år redusert med 9 prosent, etter en sterk økning fra 1974 til 1980. Aldershjemsdekningen ble sterkt redusert på 1970-tallet, mens dekningen på 1980-tallet har endret seg lite. Alders- og trygdeboliger og kommunale boliger med heldøgns service er de eneste boformene som hadde en bedre dekning i 1988 enn i 1980.

Forskjeller i utbyggingsmønster mellom små og store kommuner

Mindre kommuner har flest syke- og aldershjemsplasser i forhold til innbyggertallet over 67 år. Derimot ser det ut til at trygdeboligene er langt bedre utbygd i større kommuner, slik at forskjellene i total dekning ikke blir så store (Hammervold, 1988).

2.3. Aktivitet

Hjemmesykepleien: Flere behandlede og flere besøk pr. pasient

Det har vært en økende aktivitet i de hjemmebaserte omsorgstjenestene fra 1977 til 1988, også sett i forhold til økningen i antall eldre (tabell 2.8). Antall besøk i hjemmesykepleien har økt fra noe over 2 millioner til knapt 7,6 millioner, mens antall behandlede pasienter er blitt fordoblet. Sett under ett har aktiviteten i hjemmehjelps- og husmorvikartjenesten også blitt større, men veksttakten har vært lavere enn i hjemmesykepleien.

På 1980-tallet har det vært en langt sterkere vekst i antall besøk enn i antall behandlede pasienter i hjemmesykepleien. Særlig tydelig har denne utviklingen vært etter 1985. Antall behandlede pasienter har økt svært lite, mens antall besøk pr. pasient har økt fra 56 i 1985 til 69 i 1988. Dette kan blant annet tyde på at pasientene i hjemmesykepleien er blitt stadig mer pleietrengende. Som vi så i forrige avsnitt har antall plasser i sykehjemmene gått litt ned i forhold til tallet på de eldste, noe som kan ha bidratt til å øke pleietyngden i hjemmesykepleien.

Norge har Nordens høyeste besøkshyppighet pr. pasient i hjemmesykepleien. Forskjellen i forhold til f.eks. Danmark er påfallende: Danskene behandler nesten dobbelt så mange pasienter som oss, til gjengjeld hadde de 44 besøk pr. pasient i 1985 mot 56 i Norge (Helsestatistikk i de nordiske land 1986, 1987)

I alt ble 10 prosent av befolkningen mellom 67 og 79 år og 27 prosent av befolkningen som var 80 år eller eldre behandlet i hjemmesykepleien i 1988. Disse prosentandelene varierte svært mye mellom kommunene. Andelen behandlede er lavest i de største kommunene. I storkommunene (over 50 000 innbyggere) ble 18 prosent av befolkningen over 79 år be-

handlet i 1988, mot 45 prosent i de minste kommunene (0-2000 innbyggere).

Av besøkene i hjemmesykepleien var 89 prosent pleiebesøk og 11 prosent tilsynsbesøk i 1988. Dette forholdstallet varierer også mye mellom fylker og kommuner. Andelen tilsynsbesøk er størst i de små kommunene. Likeledes er det betydelige variasjoner når det gjelder tilbud om hjemmesykepleie utover ordinær arbeidstid. 126 kommuner hadde i 1988 døgnkontinuerlig vaktordning (Årsstatistikk for kommunehelsetjenesten 1988).

Tabell 2.8. Aktivitet i hjemmebasert omsorgstjeneste. 1977-1988

	1977	1980	1985	1986	1987	1988
Antall besøk i alt i hjemmesykepleien (1000)	2056	3036	5771	6361	7090	7590 ¹
Pr. behandlet pasient	36,7	40,3	55,6	60,1	65,2	69,4
Totalt antall behandlede pasienter i hjemmesykepleien	55965	75240	103803	105915	108678	109367 ¹
Pr. 1000 innb. 67 år og over	113,2	146,1	181,9	184,0	184,3	182,9
Pr. 1000 innb. 80 år og over	511,6	618,4	732,6	734,7	728,7	718,2
Hjem som fikk hjelp av hjemmehjelp eller husmorvikar ¹	128711	144228	151006	148223	151706	148383
Av dette Hjemmehjelp ¹	81239	98390	116667	117093	121225	122627
Pr. 1000 innb. 67 år og over....	164,3	187,4	204,4	203,4	205,6	205,0
Pr. 1000 innb. 80 og over	742,7	808,7	823,4	812,3	812,9	805,3

¹ Antall personer som fikk hjelp kan være noe større.

Kilde: Årsstatistikk for kommunehelsetjenesten og NOS Sosialstatistikk.

Aktivitet i helsestasjonene

Nesten 14 000 nyinnskrevne gravide møtte til svangerskapskontroll ved helsestasjonene i 1988, svarende til 24 prosent av alle levendefødte barn (tabell 2.9). I 1986 møtte vel 11300, svarende til 21,5 prosent av alle levendefødte. Tall for svangerskapskontroller hos privatpraktiserende leger er ikke med i denne statistikken.

I 1988 ble det foretatt nesten 50 000 hjemmebesøk til nyfødte under fire uker, eller omkring 86 prosent av alle levendefødte barn. Dette var en økning på nesten 3 000 fra 1987 (den høyere dekningsprosenten i 1986 kan skyldes at tre fylker ikke er inkludert i tallene).

Tallene for vaksinasjoner av barn før fylte fem år viser en dekningsprosent på noe over 90 for alle vaksinasjoner i perioden 1986-1988. Dekningen for difteri har jevnt over ligget noe lavere enn for de andre vaksinasjonstypene. På grunn av endringer i registreringsrutinene må en være forsiktig med å tolke utviklingen over tid. En må også være oppmerksom på at barnets nøyaktige alder ved vaksinasjonen som regel er ukjent.

Tabell 2.9. Aktivitet i helsestasjonene. 1986-1988

	1986	1987	1988
Nyinnskrevne gravide møtt til svangerskapskontroll	11271	13019	13837
I prosent av levendefødte barn	21,5	23,9	24,3
Hjemmebesøk til nyfødte	37435 ¹	46233	49153
I prosent av levendefødte barn	89,2 ¹	84,8	85,8
Vaksinasjoner til barn før fylte fem år			
3. difteri, prosent av alle 0-åringer	95,0 ¹	91,2	90,0
1.MMR ² , prosent av alle ettåringer	92,8 ¹	96,3	95,6
3.polio, prosent av alle ettåringer	92,8 ¹	97,5	93,8

¹Tre fylker er ikke med, pga. mangelfulle tall: Oslo, Hedmark og Østfold.

²Vaksine mot kusma, meslinger og røde hunder.

Kilde: Årsstatistikk for kommunehelsetjenesten.

Sterk økning i antall behandlede pasienter i sykehjem

Aktiviteten i sykehjemmene økte sterkt både på 1970- og 1980-tallet. I 1988 ble omkring 73500 personer behandlet i somatiske sykehjem og sykehjemsavdelinger (tabell 2.10). Den usedvanlig sterke veksten fra 1987 til 1988 (10 prosent) skyldes både et økt antall utskrivninger fra sykehjemmet tilbake til eget hjem, og en økning i antallet som døde (NOS Helseinstitusjoner 1988). Økningen i antall utskrivninger tilbake til hjemmet kan forstås på flere måter: Dels som en større satsing på rehabiliteringsfunksjonene, dels som forsøk på å mestre en situasjon med flere pleietrengende og liten vekst i antall plasser (jf. figurene 2.1 og 2.2).

Det gjennomsnittlige daglige belegg er omkring 30 000 pasienter.

Tabell 2.10. Behandlede pasienter og gjennomsnittlig daglig belegg i sykehjem og sykehjemsavdelinger. 1975-1988

	1975	1980	1985	1986	1987	1988
Behandlede pasienter ¹	35192	49929	63172	63831	66934	73476
Behandlede pr. 1000 innb.						
67-79 år	74,4	95,1	110,7	110,9	113,5	122,9
80 år og over ...	357,2	410,4	445,9	442,8	448,8	482,5
<u>Daglig belegg</u>	<u>18279</u>	<u>25827</u>	<u>28651</u>	<u>29267</u>	<u>28837</u>	<u>29405</u>

¹Behandlede pasienter er definert som antall utskrivninger + pasienter pr. 31.12.

Kilde: NOS Sykehusstatistikk og NOS Helseinstitusjoner.

75 000 bor i boliger for eldre og uføre

Antallet som bor i ulike boformer for eldre og uføre vil stort sett svare til antall plasser/boliger. Pr. 31. desember 1988 bodde noe over 75 000 mennesker i de ulike boformene. 40 prosent av disse bodde i alminnelige somatiske sykehjem og sykehjemsavdelinger i kombinerte alders- og sykehjem, en tredjedel i trygdeboliger, 22 prosent i aldershjem og aldershjemavdelinger og 4 prosent i kommunale boliger med heldøgns service. I de årene vi har opplysninger om alle disse boformene (1986-1988) har antall beboere/pasienter økt mer enn antall eldre i befolkningen.

2.4. Finansiering

Reduksjon i øremerkede tilskudd

I kapittel 1.4 redegjorde vi for hvordan helsetjenesten i Norge finansieres, bl.a. hvilke bidrag kommunene selv yter. Her skal vi se på hvilke inntekter kommunene har på kapittel 1.3 Helsevern i kommuneregnskapet, sett i forhold til utgiftene (tabell 2.11). Det er vanskelig å sammenligne disse utgiftstallene over tid, pga endringer i finansieringsordninger og ansvarsforhold. Men det framgår av tabellen at gapet mellom bruttoutgifter og bruttoinntekter på kapitlet er blitt stadig større. Dette skyldes at størstedelen av utgiftene nå dekkes gjennom rammetilskuddet fra staten og kommunenes skatteinntekter. En avtakende del av overføringene er øremerket helsevern. Rammetilskuddet til helse- og sosialtjenesten i kommunene var i 1988 vel 10,6 milliarder kroner.

Foruten rammetilskudd fra staten og egne skatteinntekter, er de fire største inntektskildene salgs- og leieinntekter, øremerkede overføringer fra stat og trygdeforvaltning og overføringer fra fylkeskommunene. I 1986-1987, etter innføringen av det nye rammefinansieringssystemet, betydde overføringene fra fylkeskommunene mest. Med overføringen av ansvaret for sykehjemmene til kommunene, er disse overføringene betraktelig redusert, slik at det nå er salgs- og leieinntekter som er den største inntektskilden. I denne posten inngår egenandelene fra pasienter i syke- og aldershjem og hos fastlønnede leger og fysioterapeuter. I posten for overføringer fra trygdeforvaltningen inngår bl.a. tilskudd til fastlønnsordning for leger og fysioterapeuter.

Tabell 2.11. Kommunenes utgifter og inntekter til helsevern i løpende priser. 1975-1988. Mill.kr

	1975	1980	1985	1986	1987	1988
Bruttoutgifter i alt .	2226	4294	9227	10381	12536	17580
Bruttoinntekter i alt	1193	2517	6490	3515	4087	3821
Av dette						
Vanlige salgs- og leieinntekter ...	795	197	439	462	548	1408
Overføringer fra trygdeforvaltningen	-	1180	2099	398	472	714
Overføringer fra staten	155	146	1817	300	327	428
Overføringer fra fylkeskommuner	56	819	1696	1876	2268	656

Kilde: NOS Struktur tall for kommunenes økonomi.

3. FYLKESHELSETJENESTEN OG STATLIGE HELSEINSTITUSJONER

3.1. Utgifter

Størst vekst i spesialisttjenesten og helsevernet for psykisk utviklingshemmede (HVPU)

Regnskapstall for fylkeskommunene og stats- og trygdeforvaltningen viser at fylkeshelsetjenesten (medregnet statlige helseinstitusjoner) i 1987 kostet vel 31,3 milliarder kroner, når en tar hensyn til pasientenes egenbetaling og leieinntekter (tabell 3.1). Av dette utgjorde institusjonsdelen mesteparten, ca. 28,8 milliarder (medregnet de alminnelige somatiske sykehjemmene). Veksten i fylkeshelsetjenesten har vært noe svakere enn i kommunehelsetjenesten i perioden 1984-1987, i gjennomsnitt 2,5 prosent pr. år i faste priser (jf. kapittel 4). Av de enkelte tjenestene har spesialisttjenesten utenfor institusjon og HVPU hatt størst vekst (tabell 3.2).

Andre kilder til utgiftsutviklingen er regnskapene som føres i de enkelte institusjonene. SSB publiserer tall for driftsutgifter i helseinstitusjonene (medregnet statlige institusjoner) basert på disse regnskapene. De viser at samlede brutto driftsutgifter til institusjonshelsetjenesten i 1987 var 29,6 milliarder (tabell 3.3). I forhold til 1980 har det vært en realvekst på 18 prosent, i gjennomsnitt 2,6 prosent pr. år. Etter en svært svak vekst i første halvdel av 1980-tallet, har utgiftene økt noe mer etter 1984.

For øvrig bekrefter regnskapstallene for institusjonene at HVPU og sykehjemmene er de delene av institusjonshelsetjenesten som har hatt størst utgiftsvekst, med en realvekst på henholdsvis 33 og 30 prosent siden 1980.

Over halvparten av fylkeskommunenes utgifter til helsevern

Overføringen av sykehjemmene til kommunehelsetjenesten har naturligvis ført til en klar reduksjon i utgiftene i fylkeshelsetjenesten. Ifølge tall fra fylkeskommunenes regnskaper gikk bruttoutgiftene over kapittel 1.3 Helsevern ned fra 28,1 milliarder i 1987 til 23,6 milliarder i 1988, en reduksjon på 16 prosent. Helsetjenesteutgiftenes andel av de totale driftsutgiftene gikk ned fra 58 til 52 prosent (Statistisk ukehefte nr. 27/1989). Knappt halvparten av utgiftene i 1988 var utgifter

til helseinstitusjoner (somatiske og psykiatriske sykehus, spesialsykehjem).

Utgiftene til helsevern varierer mye mellom fylkene. En analyse av utgiftene til somatiske sykehustjenester viste at utgiftene i noen fylker lå 20 prosent under landsgjennomsnittet i 1988 (Aust-Agder og Rogaland), mens Oslo lå nesten 60 prosent over landsgjennomsnittet (Kindseth mfl., 1989). Selv etter kontroll for alderssammensetning og andre kostnadsøkende forhold var det betydelige forskjeller mellom fylkene.

Tabell 3.1. Samlede offentlige utgifter (eksklusive investeringer) til fylkeshelsetjenesten og statlige helseinstitusjoner for ulike hovedtyper av tiltak¹. 1984-1987. Løpende priser (mill. kr)

	1984	1985	1986	1987
I alt	22497	24925	27716	31325
Helseinstitusjoner i alt	20762	22990	25503	28876
Somatiske sykehus	10639	11746	13002	14664
Somatiske sykehjem	5463	6155	6961	7665
Psykiatriske institusjoner	2734	2912	3119	3738
HVPU	1926	2177	2421	2809
Tannhelsetjenesten	653	734	907	900
Spesialisttjeneste utenfor sykehus	380	451	510	635
Ambulanse	315	339	347	395
Annet	387	411	449	519

¹Se noter til tabell 1.2.

Kilde: Sosialdepartementet.

Tabell 3.2. Samlede offentlige utgifter (eksklusive investeringer) til fylkeshelsetjenesten og statlige helseinstitusjoner for ulike hovedtyper av tiltak. 1984-1987. Årlige vekstprosjenter i faste priser¹

	1985	1986	1987	Gjennomsnittlig årlig vekst 1984-1987
I alt	3,1	3,0	1,4	2,5
Helseinstitusjoner i alt .	3,0	2,7	1,6	2,5
Somatiske sykehus	2,7	2,5	1,2	2,2
Somatiske sykehjem	4,8	4,7	1,2	2,8
Psykiatriske inst.	-0,9	-0,8	7,6	1,9
HVPU	5,1	3,0	4,2	4,2
Tannhelsetjenesten	4,6	14,4	-10,9	2,2
Spesialisttjeneste utenfor sykehus	10,4	4,7	11,8	9,7
Ambulanse	0,0	-5,2	2,2	-0,5
Annet	-1,2	1,2	3,8	1,7

¹Se noter til tabell 1.2.

Kilde: Sosialdepartementet.

Tabell 3.3. Brutto driftsutgifter ved helseinstitusjonene, etter institusjonstype. 1980 og 1984-1987. Løpende priser (mill. kr), med vekstprosent i faste priser¹. 1980=100

	1980	1984	1985	1986	1987
Helseinstitusjoner²					
i alt	13979	21471	23504	26026	29618
Vekst	100	105	109	113	118
Somatiske sykehus	7549	11187	12184	13546	15388
Vekst	100	102	105	109	114
Mindre somatiske institusjoner³	122	102	102	114	112
Vekst	100	57	54	57	51
Somatiske sykehjem	3318	5449	6057	6776	7757
Vekst	100	113	119	124	130
Psykiatriske institusjoner	1718	2643	2826	3143	3596
Vekst	100	106	107	111	117
Institusjoner for psykisk utviklingshemmede	1151	1939	2173	2428	2743
Vekst	100	116	123	128	133

¹Deflatert etter konsumprisindeksen.

²Inkluderer institusjoner for alkoholikere og narkomane, fra 1986 er også sykehoteller og daginstitusjoner for psykisk utviklingshemmede med.

³Sykestuer og/eller fødehjem.

Kilde: NOS Helseinstitusjoner.

3.2. Ressurser

Flere årsverk, færre plasser i helseinstitusjonene

Målt ved antall årsverk har det vært en klar økning i ressursinnsatsen i de statlige og fylkeskommunale helseinstitusjonene (tabell 3.4). Fra 1980 til 1988 økte personellinnsatsen med 17 prosent. Særlig sterk var økningen i HVPU (43 prosent), psykiatriske sykehjem og ettervernshjem (32 prosent) og somatiske sykehjem (27 prosent). Årsverksberegningene omfatter også kontor- og administrasjonspersonell. Antall plasser har derimot gått motsatt vei, plassene ved helseinstitusjoner er i alt re-
du-
s-
er-
t med 5 prosent i løpet av 1980-årene (tabell 3.5). Nedgangen har vært størst i psykiatriske sykehus, med en halvering av antall plasser siden 1980. Den eneste institusjonstypen som kan vise til en nevneverdig økning er de alminnelige somatiske sykehjemmene og sykehjemsavdelingene. Men også i sykehjemmene har veksten vært svært liten de siste tre årene.

Noe av veksten i de somatiske institusjonene skyldes omorganisering innen psykiatrien, som har medført en flytting av senger fra psykiatriske til somatiske institusjoner.

Nedgangen i plasser etter 1986 har delvis sin årsak i en endring av registreringspraksis: Fra 1987 er det spurt om disponible senger, mot tidligere normerte (godkjente) senger. En må også se nedgangen i forhold til den økte produktiviteten i institusjonshelsetjenesten. Det behandles flere pasienter pr. plass enn før (jf. kapittel 8). En av årsakene til dette kan være den økte personellinnsatsen. I løpet av 1980-tallet har antall årsverk pr. plass i de somatiske sykehusene økt fra 1,9 til 2,5.

Det er betydelige forskjeller i ressursene mellom fylker og til dels mellom helseregioner. Korrigert for gjestepasienter har helseregion 1 (Oslo, Hedmark og Oppland) en personell- og sengedekning pr. innbygger som er henholdsvis 24 og 22 prosent over landsgjennomsnittet (Kindseth mfl., 1989).

Tabell 3.4. Beregnede årsverk¹ ved institusjonene i fylkeshelse-
tjenesten og i de statlige helseinstitusjonene. 1980-1988

	1980	1985	1986	1987	1988
Helseinstitusjoner i alt	84820	93040	94373	98316	98988
Sykehjem og sykehjemsavdelinger ikke medregnet	61569	66380	67282	69274	69369
Somatiske institusjoner i alt	66951	73122	74617	78225	78702
Av dette					
Somatiske sykehus	42206	45015	45931	47947	47870
Somatiske sykehjem ² ...	23251	26660	27091	29042	29619
Somatiske spesial-sykehjem	898	957	887	856	889
Psykiatriske inst. i alt ³	11212	11711	11144	10789	10790
Av dette					
Psykiatriske sykehus ..	7566	7202	6553	6185	6201
Psykiatriske sykehjem og ettervernshjem	2703	3567	3725	3499	3559
Institusjoner for psykisk utviklingshemmede ..	6657	8207	8612	9302	9496

¹ Personale omregnet til heltidsansatte.

² En del av kommunehelsetjenesten fra 1.1.1988, men likevel tatt med her. Personale ved kombinerte alders- og sykehjem er medregnet, unntatt leger (usikre tall).

³ Psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus ikke medregnet.

Kilde: NOS Helseinstitusjoner.

Tabell 3.5. Plasser ved institusjonene i fylkeshelsetjenesten og i de statlige helseinstitusjonene. 1980-1988

	1980	1985	1986	1987	1988
Helseinstitusjoner i alt	67585	66539	66939	66373	64385
Sykehjem og sykehjemsavdelinger ikke medregnet	40876	37007	36893	36271	33900
Somatiske institusjoner i alt	50180	51053	51707	51529	50644
Av dette					
Somatiske sykehus	21883	20224	20218	20043	18790
Somatiske sykehjem ¹	26709	29532	30046	30102	30485
Somatiske spesialsykehjem	893	848	740	728	719
Psykiatriske institusjoner i alt ²	11477	9212	9234	8966	8082
Av dette					
Psykiatriske sykehus ..	6490	4073	4069	3676	3143
Psykiatriske sykehjem og ettervernshjem	4428	4660	4658	4778	4446
Institusjoner for psykisk utviklingshemmede ..	5928	6274	5998	5878	5659

¹En del av kommunehelsetjenesten fra 1.1. 1988, men likevel tatt med her. Sykehjemsavdelinger i kombinerte institusjoner er medregnet.

²Psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus ikke medregnet.

Kilde: NOS Helseinstitusjoner.

Fylkeshelsetjenesten utenfor institusjon

Det er vanskelig å gi en oversikt over personell i fylkeshelsetjenesten utenfor institusjon, blant annet på grunn av vanskene med helsepersonellstatistikken etter 1986. De viktigste tjenestene er tannlegetjenesten og spesialisttjenesten.

Tannlegetjenesten i Norge er nå organisert etter lov om tannhelsetjenesten som trådte i kraft 1. januar 1984. Loven innebar en samordning av folketannrøkt og skoletannpleie til en ren fylkeskommunal offentlig tannhelsetjeneste. Den offentlige tannhelsetjenesten skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen, og gi et oppsøkende tilbud til bestemte grupper (se neste avsnitt). Fylkeskommunene har også ansvaret for en samordning av offentlig og privat tannhelsetjeneste ved utarbeidelse av en tannhelseplan for fylket.

Full oversikt over alle sysselsatte, også kontor- og administrasjonspersonell, har vi bare i den offentlige tannhelsetjenesten. I alt ble det utført 3302 årsverk i full stilling i den offentlige tannhelsetjenesten i 1988 (tabell 3.6), av dette omkring 1350 årsverk av tannleger I og II. Til sammenligning vet vi at i den private tannhelsetjenesten ble det utført 2060 årsverk i full stilling av allmennpraktiserende tannleger. Vi vet lite om hvor mange årsverk som ble utført av klinikkassistenter, sekretærer m.m. Ifølge anslag i Nasjonal Helseplan utgjorde det totale antall klinikkassistenter omkring 4000 i 1987 (St. meld. nr. 41, 1987-1988).

Spesialisttjenesten utenfor institusjon er også et fylkeskommunalt ansvar. I alt 335 årsverk og 383 legespesialister med fylkeskommunal avtale ble registrert i 1988 (tabell 3.6). Av spesialitetene var indremedisin størst, fulgt av øyesykdommer og psykiatri. Av kliniske psykologer med avtale ble det registrert 96 årsverk.

Vi vet ikke hvor mange spesialister som praktiserer uten fylkeskommunal avtale. Ifølge helsepersonellstatistikken var det pr. 20. februar 1986 583 privatpraktiserende spesialister i helsetjenesten utenfor institusjon. I tillegg kommer bl.a. sykehusleger med spesialistpraksis som bistilling.

Tabell 3.6. Personell i fylkeshelsetjenesten utenfor institusjon.
1988

I alt	6242
Tannhelsetjenesten	
Årsverk i full stilling, offentlig tannhelsetjeneste	3302 ¹
Av dette	
Tannlege I og II	1357
Tannlegesekretærer	1525
Årsverk i full stilling i privat tannhelsetjeneste	2509 ²
Av dette	
Tannlege i allmennpraksis	2060
Spesialisttjenesten	
Årsverk av privatpraktiserende legespesialister	335
Av dette	
Indremedisin	105
Øyesykdommer	78
Psykiatri	50
Årsverk av kliniske psykologer ³	96

¹Opplysninger mangler for noen personellgrupper i enkelte fylker.

²Opplysninger mangler for noen personellgrupper, spesielt tannpleiere og tannlegesekretærer, hvor opplysninger bare finnes for to fylker.

³Omfatter bare de som har avtale om driftstilskudd med fylkeskommunen.

Kilde: Statistisk ukehefte nr. 50/1989. Helsedirektoratet: Årsmelding for tannhelsetjenesten 1988.

3.3. Aktivitet

Vi skal her belyse aktiviteten i helseinstitusjonene i stat og fylke ved å se på utviklingen i antall behandlede pasienter i døgnavdelingene. For somatiske sykehus er interne overføringer mellom avdelingene utelatt. I psykisk helsevern er overføringer til andre psykiatriske institusjoner, ettervern og privatpleie regnet med blant utskrivningene, selv om overføringer skjer mellom et psykiatrisk sykehus og ettervern eller sykehjem som er underlagt sykehuset.

Økt aktivitet i somatiske helseinstitusjoner

Aktiviteten i helseinstitusjonene under ett har økt med knapt 10 prosent fra 1980 til 1988 (tabell 3.7). Dette skyldes økningen i de somatiske helseinstitusjonene. Både i de psykiatriske institusjonene og i HVPU har det vært en reduksjon i antallet som får behandling. Prosentvis har økningen vært sterkest i de somatiske sykehjemmene (47 prosent).

Veksten i de somatiske institusjonene var størst fram til 1985. Mens veksten i sykehjemmene har fortsatt, har det vært en svak reduksjon i antall behandlede pasienter i somatiske sykehus etter 1986. Noe av nedgangen kan skyldes økt satsing på dagbehandling og poliklinisk behandling. Antall polikliniske konsultasjoner ved sykehusene har i alt økt fra 2 577 000 i 1987 til 2 748 000 i 1988, en vekst på 6,6 prosent. Det er også grunn til å tro at dagbehandlingen har økt. Vi skal gå nærmere inn på dette i kapitlet om effektivitet (kapittel 8).

Vi vet at dagplasser og dagbehandling i lengre tid har hatt et betydelig omfang innenfor psykiatrien og i HVPU. Pr. 31. desember 1988 utgjorde dagpasientene i de psykiatriske institusjonene nesten 1300 personer. I HVPU ble i alt 2945 personer behandlet i daginstitusjoner og ved dagplasser i internatinstitusjonene i 1988 (NOS Helseinstitusjoner 1988).

Aktiviteten i helseinstitusjonene i forskjellige fylker bekrefter regelen om geografisk spredning. Når vi ser aktiviteten i de somatiske sykehusene i forhold til kjønns- og alderssammensetningen i fylkene, har Sogn og Fjordane, Nordland og spesielt Finnmark et høyere aktivitetsnivå (målt som utskrivninger pr. 1000 innbyggere) enn forventet. Oslos forbruk av sykehustjenester var i 1988 omtrent som en kunne vente ut ifra befolkningssammensetningen, mens Oppland lå mer enn 10 prosent under det forventede nivå (Kindseth mfl., 1989).

Tabell 3.7. Behandlede pasienter ved institusjonene i fylkeshelse-
tjenesten og i de statlige helseinstitusjonene. 1980-1988

	1980	1985	1986	1987	1988
Helseinstitusjoner i alt	687171	745667	749553	739977	752480
Sykehjem og sykehjemsavdelinger ikke medregnet	637242	682495	685722	673043	679004
Somatiske institusjoner i alt	655233	717081	721633	713540	726125
Av dette					
Somatiske sykehus	594820	643413	645224	635015	640867
Somatiske sykehjem ¹ ...	49929	63172	63831	66934	73476
Somatiske spesial-sykehjem	4766	5993	3046	2309	2262
Psykiatriske institusjoner i alt ²	24208	21220	21215	18967	19374
Av dette					
Psykiatriske sykehus ..	16028	12955	12563	9831	10562
Psykiatriske sykehjem og ettervernshjem	5410	5915	6265	6801	6442
Institusjoner for psykisk utviklingshemmede ..	7730	7716	6705	7470	6981

¹En del av kommunehelsetjenesten fra 1.1. 1988, men likevel tatt med her. Sykehjemsavdelinger i kombinerte institusjoner er medregnet.

²Psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus ikke medregnet.

Kilde: NOS Helseinstitusjoner.

Den offentlige tannhelsetjenesten: 1,1 million behandlede

Den offentlige tannhelsetjenesten skal som nevnt gi et oppsøkende tilbud til bestemte grupper. I prioritert rekkefølge omfatter dette: Barn og ungdom i alderen 0-18 år, psykisk utviklingshemmede, grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie, ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret og andre grupper som det er fattet vedtak om i godkjent plan. I tillegg til de prioriterte oppgavene kan den offentlige tannhelsetjenesten også behandle voksent betalende klientell. Disse betaler da etter de samme satser som i den private tannhelsetjenesten.

Over 1,1 millioner mennesker, eller noe over en fjerdedel av befolkningen, ble undersøkt eller behandlet i den offentlige tannhelsetjenesten i 1988 (tabell 3.8). De fleste av disse, 823 000, var barn og

ungdom i alderen 0-18 år. Det utgjorde 79 prosent av befolkningen i denne aldersgruppen. Et flertall av psykisk utviklingshemmede blir behandlet i den offentlige tannhelsetjenesten (75 prosent i 1988), mens nesten halvparten av "eldre, uføre og langtidssyke" (dvs. langtidspasienter i institusjoner og i hjemmesykepleie) og noe over en tredjedel av ungdom i alderen 19-20 år behandles.

Vel 8 prosent av den øvrige voksne befolkningen ble behandlet i den offentlige tannhelsetjenesten i 1988, relativt flest i spredtbygde strøk.

Aldersgruppen som er høyest prioritert av loven, de mellom 0 og 18 år, har i dag et forholdsvis likt tilbud over hele landet. For andre grupper varierer tilbudet noe mer. Noen fylkeskommuner har f.eks. ikke tilbud til ungdom i alderen 19-20 år, og relativt få har tilbud til prioriterte grupper utover lovens krav (Helsedirektoratet, årsmelding for tannhelsetjenesten 1988).

Tabell 3.8. Pasienter i forskjellige grupper som er undersøkt og behandlet i den offentlige tannhelsetjenesten. 1985-1988

	1985	1986	1987	1988	Andel behandlet i 1988
Alle	1112421	1129105	1133343	1114194	Prosent 26
Barn og ungdom 0-18 år	871260	858871	868869	822869	79
Psykisk utviklings- hemmede over 18 år	6953	7203	7731	8583	75
Eldre, uføre og langtidssyke	42290	46402	48276	52383	47
Ungdom 19-20 år ...	36592	41483	43161	47643	36
Andre prioriterte grupper	2208	12746	12524	14270	..
Øvrige voksne befolkning	152878	162400	151782	168446	8

Kilde: Helsedirektoratet: Årsmelding for tannhelsetjenesten 1987 og 1988.

3.4.Finansiering

Reduksjon i øremerkede tilskudd

I alt var 4,9 milliarder kroner bokført som inntekter på kapittel 1.3 Helsevern i fylkeskommunenes regnskaper i 1988 (tabell 3.9). Bruttoinntektene utgjorde 21 prosent av bruttoutgiftene. De øvrige utgiftene finansieres gjennom skatteinntekter og statens rammetilskudd. Fra og med 1986, med innføringen av det nye inntektssystemet, føres overføringene fra stats- og trygdeforvaltningen på kap. 1.91 Statlige rammeoverføringer i regnskapene. Dermed blir også en langt mindre del av inntektene ført under kap. 1.3, og størrelsen på de øremerkede overføringene sterkt redusert. Rammetilskuddet til helse- og sosialtjenesten i fylkeskommunene var i 1988 vel 7,3 milliarder kroner (St. prp. nr. 1, 1989-1990 Folketrygdens utgifter og inntekter).

Ved siden av rammetilskudd og skatteinntekter er de største inntektskildene salgs- og leieinntekter og overføringer fra andre fylkeskommuner. I salgs- og leieinntektene inngår bl.a. betaling fra voksenpasienter i tannhelsetjenesten og egenandeler ved polikliniske konsultasjoner. Av samlede bruttoinntekter på vel 164 millioner kroner i tannhelsetjenesten utgjorde salgs- og leieinntektene 125 millioner i 1988.

Overføringene fra andre fylkeskommuner har sammenheng med gjestepasientordningen. Bostedsfylket har det fulle økonomiske ansvar, også når behandlingen skjer i sykehus utenfor fylket. Det kan også inngås avtaler mellom fylkeskommunene om fordeling av utgifter til spesialisttjenester. Overføringene fra trygdeforvaltningen utgjøres først og fremst av refusjoner for poliklinisk virksomhet ved sykehusene.

Tabell 3.9. Fylkeskommunenes utgifter og inntekter til helsevern i løpende priser. 1975-1988. Mill. kr

	1975	1980	1985	1986	1987	1988
Bruttoutgifter i alt	4753	13749	22101	24724	28124	23584
Bruttoinntekter i alt	3029	7474	13006	3951	4358	4890
Av dette						
Vanlige salgs- og leieinntekter ...	2466	577	936	1032	1157	1272
Overføringer fra trygdeforvaltningen	-	5365	7222	848	870	787
Overføringer fra staten	167	356	3290	516	647	722
Overføringer fra fylkeskommuner	26	722	860	926	1064	1139

Kilde: NOS Struktur tall for kommunenes økonomi.

4. FORHOLDET MELLOM FORVALTNINGSNIVÅENE

4.1. Generelt

Flere sentrale helsepolitiske målsettinger angår forholdet mellom forvaltningsnivåene i helsetjenesten. En av de viktigste målsettingene har vært at primærhelsetjenesten skal tilføres flere ressurser, mens veksten i institusjonene skal dempes. En konsekvens av denne målsettingen var loven om kommunehelsetjenesten, som ble vedtatt i 1982 og iverksatt fra 1.april 1984. Kommunene fikk et lovfestet ansvar for å sørge for nødvendig helsetjeneste til kommunens innbyggere. Primærhelsetjenesten fikk dermed en lov tilsvarende sykehusloven av 1970, som fastla ansvar, finansiering og organisering av institusjonshelsetjenesten. Sykehusloven var en av årsakene til den sterke veksten for helseinstitusjonene på 1970-tallet (Grund mfl., 1983)

En annen målsetting er å overføre mest mulig av styring og utforming av helsetjenestetilbudet til fylkeskommuner og kommuner (regionaliseringsprinsippet). Dette innebærer en nedbygging av det statlige driftsansvaret. Nasjonal Helseplan tar sikte på å overføre de statlige sykehus til fylkeskommunalt eie "så langt som mulig" (St. meld. nr. 41, 1987-1988).

4.2. Utgiftsfordeling

4/5 av helseutgiftene til fylkeshelsetjenesten

Hvordan gjenspeiles målsettingene i den faktiske utgiftsfordeling? Som vi ser av tabell 4.1 har ikke utgiftsfordelingen endret seg mye fra 1980 til 1987. Kommunehelsetjenesten har riktignok hatt en langt sterkere vekst enn fylkeshelsetjenesten i 1980-årene, men fordi kommunehelsetjenesten utgjør en så liten del av helsetjenesten tar det tid før utgiftsfordelingen endres vesentlig.

Fylkeshelsetjenesten (her inkludert statlige helseinstitusjoner) står for vel 80 prosent av utgiftene til helsetjenesten, mens i overkant av 10 prosent går til kommunehelsetjenesten. Kommunehelsetjenestens andel har økt fra 9,5 prosent i 1980 til 10,6 prosent i 1987.

Heller ikke når vi fordeler utgiftene etter formål er endringene store, men flere av tendensene går i en helsepolitisk "riktig" retning. Utgiftene til somatiske sykehus utgjorde i 1987 omkring 38 prosent av de offentlige helseutgiftene, en reduksjon med nesten 3 prosentpoeng fra 1980. Veksten i helsetjenesten utenfor institusjon har vært sterkere enn i institusjonshelsetjenesten. Det er imidlertid "annen helsetjeneste" som har hatt størst vekst. Annen helsetjeneste omfatter blant annet trygdeforvaltningens utgifter til refusjon av medisiner og til skyss og syketransport. I 1987 gikk 74 prosent av helseutgiftene til institusjonene, 17 prosent til helsetjenesten utenfor institusjon og 9 prosent til annen helsetjeneste.

Tabell 4.1. Fordelingen av offentlige utgifter (eksklusive investeringer) til helsetjenester etter forvaltningsnivå og formål¹. Prosent

	1980	1984	1987	Gjennomsnittlig vekst pr. år 1980-1987 ²
Forvaltningsnivå				
Fylkeshelsetjenesten .	82,7	82,1	80,4	2,9
Kommunehelsetjenesten	9,5	10,2	10,6	5,5
Annet	7,7	7,7	9,0	6,4
Formål				
Institusjoner	76,3	75,7	74,1	2,9
Somatiske sykehus ..	40,4	38,8	37,6	2,2
Somatiske sykehjem ..	19,8	19,9	19,7	3,2
Helsetjenesten				
utenfor institusjon ..	15,9	16,6	16,9	4,5
Annen helsetjeneste ..	7,7	7,7	9,0	6,4

¹Se noter til tabell 1.2.

²I faste priser, deflatert etter prisindeks for offentlig konsum til helsetjenester.

Kilde: St. meld. nr. 41, 1987-1988 (1980-tallene) og Sosialdepartementet.

4.3. Ressursfordeling

Et annet uttrykk for forholdet mellom forvaltningsnivåene er fordelingen av helsepersonell. Det statistiske grunnlaget er dårlig egnet til å gjøre sammenligninger mellom kommune- og fylkeshelsetjenesten. Statistikken for kommunehelsetjenesten gir ikke pålitelige tall lenger tilbake enn 1985, og tallene for 1988 er usikre på grunn av omorganiseringen i helsetjenesten og overgangen til bydelsadministrasjon i Oslo. Et annet problem er at kontor- og pleiepersonell bare registreres hos leger og fysioterapeuter som er ansatt av kommunen. Dette vanskeliggjør en fullgod sammenligning av utviklingen i og utenfor institusjon. I tabell 4.2 har vi skilt ut tall for leger og fysioterapeuter, som er lettest å sammenligne på tvers av statistikkene.

Kommunehelsetjenesten øker mest

Med forbehold for sammenligningsproblemer, ser det ut til at kommunehelsetjenesten har hatt en sterkere vekst enn fylkeshelsetjenesten fra 1985 til 1988. I gjennomsnitt pr. år ble det utført 2,5 prosent flere årsverk i fylkeshelsetjenesten, mens årsverkene i kommunehelsetjenesten i gjennomsnitt økte med 4,5 prosent pr. år. Dette er i samsvar med utviklingen i utgiftene, som viste større vekst i kommunehelsetjenesten enn i fylkeshelsetjenesten fra 1984 til 1987 (tabellene 1.2 og 4.1). Vi ser også en tendens til sterkere vekst for fylkeshelsetjenesten fra 1985 til 1988 enn i den foregående femårsperiode, og til en nedbygging av de statlige institusjonene (tabell 4.2).

En mindre del av veksten i fylkeshelsetjenesten skyldes overføringen av statlige helseinstitusjoner til fylkeskommunene. I 1985 ble Gaustad sykehus og Statens psykiatriske klinikk overført.

Noen flere leger og fysioterapeuter til fylkeshelsetjenesten

For leger og fysioterapeuter, har veksten vært noe sterkere i fylkeshelsetjenesten enn i kommunehelsetjenesten. Mens det ble 2,6 prosent flere lege- og fysioterapeutårsverk pr. år i fylkeshelsetjenesten fra 1985 til 1988, var veksten i kommunehelsetjenesten 1,7 prosent.

Som vist i kapittel 2.2, er det ikke først og fremst lege- og fysioterapeutårsverkene som har økt i kommunehelsetjenesten. Av personellgruppene var det hjelpepleiere og jordmødre som hadde den største prosentvise økningen fra 1985 til 1987.

Tabell 4.2. Årsverk¹ i helsetjenesten fordelt etter forvaltningsnivå og formål. 1980 og 1985-1988

Forvaltningsnivå	1980	1985	1986	1987	1988	Årlig vekst i gjennomsnitt	
						1980-85	1985-88
	Årsverk					Prosent	
Statens sykehus	4206	5467	4728	4711	4951	6,0	-3,1
Leger og fysioterapeuter	457	622	561	557	564	7,6	-3,1
Fylkeshelsetjenesten ²	80614	87573	89645	93605	94037	1,7	2,5
Leger og fysioterapeuter	4697	5326	5493	5852	5746	2,7	2,6
Kommunehelsetjenesten ³	..	12632	13380	13754	14320 ⁴	..	4,5
Leger og fysioterapeuter .....	..	5256	5365	5475	5520 ⁵	..	1,7
Formål							
I institusjon ⁶	84820	93040	94373	98316	98988	1,9	2,1
Utenfor institusjon .	..	..	..	..	..	..	..

¹For helseinstitusjonene er årsverksangivelsene det samme som personale omregnet til heltidsansatte. I statistikken for kommunehelsetjenesten registreres antall timeverk pr. uke. Dette omregnes til årsverk ved å dividere med 36 timer for fysioterapeuter og 37,5 timer for andre yrkesgrupper (38 timer i 1985-1986).

²Omfatter institusjonsdelen av fylkeshelsetjenesten, inkludert sykehjemmene. Administrasjons- og kontorphersonell og personell i kombinerte alders- og sykehjem er inkludert, bortsett fra leger (usikre tall). Personell i daginstitusjoner i HVPU og i frittstående psykiatriske poliklinikker er ikke med.

³Ikke medregnet ansatte i sykehjem og kontorphersonell, syke- og hjelpepleiere som er ansatt i privatpraksis (f.eks. hos avtaleleger).

⁴Anslag.

⁵Tallene for 1988 er usikre pga. overføringen av sykehjemmene til kommunene. I Oslo har overføringen av kommunehelsetjenesten til bydelsadministrasjonen ført til en underrapportering av legestillinger.

⁶Inkludert ansatte i kombinerte alders- og sykehjem, bortsett fra leger.

Kilde: NOS Helsestatistikk, NOS Helseinstitusjoner og Årsstatistikk for kommunehelsetjenesten.

100 000 årsverk i institusjonshelsetjenesten

I alt ble det utført knapt 100 000 årsverk i institusjonshelsetjenesten i 1988. På 1980-tallet har veksten i gjennomsnitt vært omkring 2 prosent pr. år. Vi har ingen tall for helsetjenesten utenfor institusjon som helhet, men tallene for kommunehelsetjenesten tyder på en sterkere vekst utenfor enn i institusjon fra 1985 til 1988.

Ifølge Helsepersonellregistret arbeidet i 1985 78 prosent av yrkesaktivt helsepersonell i institusjonshelsetjenesten, mens 16 prosent arbeidet utenfor institusjon og 4 prosent i tannhelsetjenesten (NOS Helsestatistikk 1986).

4.4. Fylkeskommunenes kjøp av sykehustjenester

Forholdet mellom forvaltningsnivåene har flere sider enn fordelingen av utgifter og ressurser. Et av dem er knyttet til finansiering. Vi har blant annet sett (kapittel 1.4) hvordan stats- og trygdeforvaltningen overfører store summer til den kommunale og fylkeskommunale helsetjenesten. Beslektet med dette tema er kjøp og salg av tjenester mellom forvaltningsnivåene. Mest betydningsfull målt i penger er fylkeskommunenes kjøp av sykehustjenester i statlige og i andre fylkeskommunale sykehus (ordningen med såkalte "gjestepasienter", pasienter som kommer fra andre fylker enn sykehusets tilknytningsfylke).

Liggedagene for gjestepasienter utgjorde 14 prosent av alle liggedager i sykehusene i 1986 (tabell 4.3). Andelen er størst i de somatiske spesialsykehusene (69 prosent) og i regionsykehusene (25 prosent). Dette er en naturlig konsekvens av sykehusvesenets organisering. Regionsykehusenes oppgave er å betjene helseregioner, bestående av flere fylker. De somatiske spesialsykehusene har ofte et landsomfattende dekningsfelt.

Tabell 4.3. Liggedager for avsluttede avdelingsopphold ved ulike typer somatiske sykehus¹ etter om pasienten er bosatt i eller utenfor sykehusets tilknytningsfylke. Prosent. 1986

Type sykehus	I alt	Bosatte i sykehusets tilknytningsfylke	Bosatte utenfor sykehusets tilknytningsfylke		
			I alt	I fylkeskommunale sykehus	I statlige sykehus
Alle somatiske sykehus	100,0	85,6	14,4	5,7	8,7
Alminnelige somatiske sykehus	100,0	90,7	9,3	5,6	3,7
Regionsykehus ..	100,0	75,5	24,5	10,4	14,1
Fylkessykehus I	100,0	97,6	2,4	2,4	.
Fylkessykehus II	100,0	94,8	5,2	5,2	.
Somatiske spesialsykehus	100,0	30,8	69,2	6,4	62,8

¹Pykiatriske avdelinger ikke medregnet. Noen få sykehus er ikke med i materialet.

Kilde: Pasientadministrative data fra norske sykehus 1986 innhentet av Norsk institutt for sykehusforskning (NIS).

Av fylkene er det særlig Akershus, Finnmark og Vestfold som kjøper sykehustjenester i andre fylker (tabell 4.4). Blant Akershuspasienter ble en av tre liggedager tilbrakt på sykehus utenfor bostedsfylket, for størstedelen i statlige sykehus. De statlige sykehusene dominerer også i Vestfold, mens gjestedagene for bosatte i Finnmark i større grad er knyttet til fylkeskommunale sykehus. Som forventet har fylker hvor det finnes regionsykehus færrest gjestepasienter (8-9 prosent).

Fylkeskommunenes gjestebetaling finansierer en stor del av de statlige sykehusenes virksomhet. I 1985 utgjorde betalingen 67 prosent av driftsutgiftene ved statlige sykehus (NOU 1987:25).

Tabell 4.4. Liggedager for avsluttede avdelingsopphold ved ulike typer somatiske sykehus i og utenfor pasientens bostedsfylke. Prosent. 1986

Bostedsfylke	I alt	Bosatte i sykehusets tilknytningsfylke	Bosatte utenfor sykehusets tilknytningsfylke		
			I alt	I fylkeskommunale sykehus	I statlige sykehus
Hele landet	100,0	85,6	14,4	5,7	8,7
Østfold	100,0	86,6	13,4	1,7	11,7
Akershus	100,0	67,2	32,8	7,4	25,4
Oslo	100,0	92,2	7,8	1,5	6,3
Hedmark	100,0	82,3	17,7	9,6	8,1
Oppland	100,0	83,6	16,4	8,3	8,1
Buskerud	100,0	81,8	18,2	1,8	16,3
Vestfold	100,0	76,0	24,0	8,3	15,7
Telemark	100,0	86,9	13,1	2,5	10,6
Aust-Agder	100,0	80,7	19,3	7,4	11,9
Vest-Agder	100,0	89,9	10,1	2,1	8,0
Rogaland	100,0	90,0	10,0	6,1	3,9
Hordaland	100,0	93,8	6,2	4,0	2,2
Sogn og Fjordane ..	100,0	86,1	13,9	9,8	4,1
Møre og Romsdal ...	100,0	85,9	14,1	8,6	5,5
Sør-Trøndelag	100,0	93,0	7,0	2,4	4,6
Nord-Trøndelag	100,0	85,3	14,7	9,4	5,3
Nordland	100,0	83,0	17,0	10,6	6,4
Troms	100,0	91,1	8,9	5,3	3,6
Finnmark	100,0	73,3	26,7	20,0	6,7
Bosatt utenfor fastlands-Norge ...	100,0	.	100,0	79,2	20,8

Kilde: Se note til tabell 4.3.

5. LØNNS- OG PRISUTVIKLINGEN

5.1. Lønn

Helsetjenesten er, som tidligere vist (kapittel 1.2), en arbeidsintensiv bransje. Økninger i lønnsnivået betyr derfor mye for utgiftsveksten. Lønnsnivået har også mye å si for rekruttering til stillingene og for kontinuiteten i arbeidet.

Store lønnsforskjeller i helsetjenesten

Det er vanskelig å sammenligne lønnsnivået mellom yrkesgruppene og mellom forskjellige deler av helsetjenesten fordi lønnsnivået påvirkes av ulikheter i alderssammensetning (ansiennitet) og stillingsstruktur. Sammenligninger over tid må gjøres med forsiktighet av samme grunn.

Det er likevel ingen tvil om at helsetjenesten er preget av relativt store lønnsforskjeller. Pr. 1. oktober 1988 hadde ansatte leger i helsetjenesten en gjennomsnittlig månedsfortjeneste på noe over 23 500 kroner, mens sykepleierne tjente ca. 13 500 og hjelpepleierne 12 100 kroner (tabell 5.1). Månedsfortjenesten er definert som summen av brutto regulativlønn, faste tillegg (slik som fast overtidsgodtgjørelse) og variable tillegg (f.eks. vakttillegg og søndagstillegg, men ikke variabel overtidsgodtgjørelse). Fortjenesten er beregnet brutto, før fratrukk av skatt.

Tannleger er lønnsmessig plassert omtrent midt imellom legene og sykepleierne, mens fysioterapeutene med sine vel 13000 kroner i månedsfortjeneste tjener noe mer enn hjelpepleierne, men mindre enn sykepleierne.

Ansatte i helsevesenet tjener noe mindre enn gjennomsnittet i stat og kommune, og klart mindre enn private funksjonærer. Forskjellene i forhold til private funksjonærer er blitt større over tid, mens forskjellene i forhold til stats- og kommuneansatte har endret seg lite fra 1982 til 1988.

Tabell 5.1. Månedsførtjeneste 1. oktober for heltidsansatte i helsevesenet, i ulike personellgrupper, sammenlignet med andre arbeidstakere. 1982 og 1985-1988. Løpende priser

	1982	1985	1986	1987	1988	Vekst
						1982-1988
					Kroner	Prosent
Ansatte i helsevesenet	8939	10796	12261	12625	13212	47,8
Av dette						
Leger	17156	19230	21194	21921	23539	37,2
Sykepleiere ...	9446	11298	12678	13013	13592	43,9
Hjelpepleiere .	8434	10031	11284	11406	12105	43,5
Fysioterapeuter	8564	11580	11874	12376	12999	51,8
Tannleger	13050	15488	17648	17674	18227	39,7
Andre yrkesgrupper						
Statsansatte ¹ ...	9572	11627	12870	13378	14073	47,0
Kommunalt ansatte	9224	11241	12763	13044	13733	48,9
Funksjonærer i NHO-bedrifter ² ..	10856	13811	15304	16351	16903	55,7

¹Inklusiv helsevesen.

²Månedsførtjeneste pr. 1. september.

Kilde: Upublisert materiale i SSB.

Derimot ser det ut til at lønnsforskjellene har jevnet seg noe ut innad i helsetjenesten. De grupper som på forhånd tjente mest, leger og tannleger, har hatt den svakeste lønnsutviklingen i perioden, mens spesielt fysioterapeutenes lønninger har vokst sterkt. Disse endringene må tolkes med forsiktighet, siden forandringer i stillingsstruktur og ansiennitet kan påvirke forholdet mellom gruppene.

Sykehuslegene tjener mye på overtidarbeid

Overtidsgodtgjørelse som ikke utgjør et fast beløp pr. måned inngår som nevnt ikke i månedsførtjenesten. For noen sykehusleger utgjør den variable overtidsgodtgjørelsen betydelige beløp. Assistentleger II på somatiske sykehus fikk i oktober 1988 utbetalt 2352 kroner i overtidsgodtgjørelse som var opptjent i september (tabell 5.2). Dette betyr at assistentlegene med alle tillegg hadde en bruttolønn på nesten 20 800 kroner, mens regulativlønnen var 15 045 kroner.

Overleger i alminnelige somatiske sykehus tjener mest på de faste tilleggene, mens kommuneleger og syke- og hjelpepleiere i somatiske institusjoner tjener en del ekstra gjennom de variable tilleggene.

Tabell 5.2. Gjennomsnittlig månedsfortjeneste for heltidsansatte i kommunale og fylkeskommunale helsetjenester, i ulike næringsgrupper og stillinger. 1988. Kr

	Månedsfortjeneste 1.oktober				Variabel overtids- godtgjør- else
	I alt	Regula- tivlønn	Faste tillegg	Variable tillegg	
Alle helsetjenester ..	13705	12647	265	793	264
Helsetjenester utenfor institusjon	15176	14632	99	446	58
Forebyggende helse- tjeneste	15140	14511	119	509	62
Kommuneleger II	19290	17722	335	1232	63
Helsesøstre	13228	13038	51	139	14
Offentlig godkjente sykepleiere	12279	11968	93	218	31
Alminnelige somatiske sykehus	13988	12676	433	879	417
Overleger	27231	21229	4154	1848	668
Assistentleger II	18440	15045	1999	1396	2352
Offentlig godkjente sykepleiere	12442	11164	50	1228	351
Hjelpepleiere	12229	10856	62	1311	240
Alminnelige somatiske sykehjem	12459	11598	54	807	120
Offentlig godkjente sykepleiere	12860	11658	47	1155	130
Hjelpepleiere	12056	10760	54	1243	90

Kilde: NOS Lønnsstatistikk for helsevesen og sosial omsorg.

Sett under ett har ansatte i helsetjenesten utenfor institusjon et høyere lønnsnivå enn ansatte i sykehus og sykehjem. Dette skyldes at sykehus og sykehjem har flere lavtlønnede hjelpepleiere og ufaglært pleiepersonell. Likevel gjør forskjellige tillegg sammen med variabel overtidsgodtgjørelse at mange grupper av ansatt helsepersonell tjener mest i institusjonshelsetjenesten. Hvis vi legger til overtidsgodtgjørelsen, tjente assistentlegene vel 1 500 kroner mer enn kommunelegene i oktober 1988. Tendensen er den samme for sykepleierne: Lavere regulativlønn, men høyere månedsfortjeneste. Forskjellene i regulativlønn har sannsynligvis sammenheng med ansiennitetsforskjeller.

Privatpraktiserende leger: Spesialistene tjener mest

Ifølge en inntekts- og kostnadsundersøkelse for privatpraktiserende leger for inntektsåret 1985 var gjennomsnittlig bruttoomsetning 528 000 kroner, kostnadene 290 000 kroner og næringsinntekten 257 000 kroner (tabell 5.3). Når differansen mellom bruttoomsetning og næringsinntekt ikke tilsvarer kostnadene, skyldes dette at posten renter av gjeld i næring og noen andre mindre poster er trukket ut ved beregning av næringsinntekten.

For leger med avtale var gjennomsnittlig næringsinntekt 190 000 kroner for kommuneleger, 258 000 for allmennleger og 374 000 for spesialister. Lønnsutgiftene utgjorde i gjennomsnitt 27 prosent av de privatpraktiserende legers kostnader, kontorkostnadene 18 prosent.

Tabell 5.3. Inntektsregnskap for privatpraktiserende leger, etter legetype. 1985. Gjennomsnitt i kroner

	Leger med avtale			
	Alle leger	Allmenn-lege	Kommune-lege	Spesialist
Bruttoomsetning	527794	540068	424327	657691
Kostnader	289593	303152	246710	303988
Av dette				
Lønninger	78181	91276	53059	78091
Kontorkostnader	50730	44235	59985	60360
Nettoinntekt ...	238201	236916	177618	353703
Tillegg i nettoinntekt	19552	21664	13621	20872
Fradrag i nettoinntekt	838	383	1198	929
Næringsinntekt	256916	258198	190040	373646
Ektefelles del av næringsinntekten	7112	5916	5924	14052
Antall observasjoner	245	135	52	46

Kilde: Statistisk ukehefte nr. 40/1986.

5.2. Prisutviklingen

De sentrale kildene til prisutviklingen er Nasjonalregnskapets prisindekser for offentlig og privat konsum av helsetjenester (tabell 5.4). Disse brukes i fastprisberegningene i Nasjonalregnskapet.

Vi betaler stadig mer for å opprettholde aktivitetsnivået i helsetjenesten. Det offentlige konsum av helsetjenester er blitt 77 prosent dyrere fra 1980 til 1987, 11 prosentpoeng mer enn prisveksten for det totale offentlige konsum. Privat konsum av helsepleie er 66 prosent dyrere, som er 12 prosentpoeng mindre enn for privat konsum totalt.

Det offentlige konsum av helsetjenester er definert som summen av lønnsutgifter, utgifter til vareinnsats/reparasjoner og kapitalslit, fratrukket salg av varer og tjenester (gebyrer). Det private konsum av helsepleie er beregnet som verdien av de varer og tjenester innen helsepleie som benyttes av husholdninger/konsumentorganisasjoner slik dette er definert i nasjonalregnskapet. Trygderefusjoner regnes som privat og ikke offentlig konsum.

Den sterke veksten fra 1986 til 1987 har sammenheng med arbeidstidsforkortelsen og den medfølgende økning i lønnsutgiftene. Beregninger tyder på at arbeidstidsforkortelsen alene førte til en økning i lønnsutgiftene i sykehusene på fem prosent fra 1986 til 1987 (Jørgensen mfl., 1987).

Tabell 5.4. Prisindekser for offentlig og privat konsum av helsetjenester, sammenlignet med indekser for totalt konsum. 1981-1987. 1980=100

	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Helsetjenester							
Offentlig konsum	111,0	120,2	128,7	136,7	147,0	158,8	176,9
Privat konsum ...	110,7	120,9	128,9	136,9	145,4	155,9	166,2
Totalt							
Offentlig konsum	110,3	119,3	126,7	133,0	141,9	152,1	166,4
Privat konsum ...	113,5	126,0	136,6	145,3	153,9	165,6	178,2

Kilde: Nasjonalregnskapet.

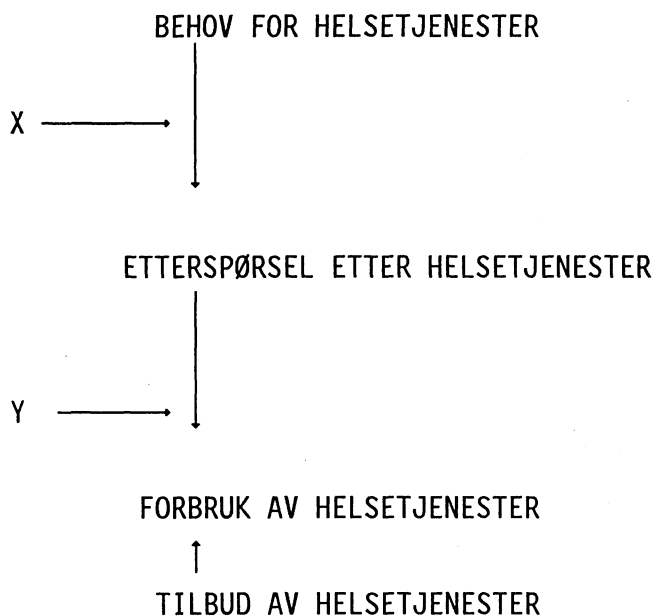
6. ET LIKEVERDIG HELSETJENESTETILBUD

6.1. Generelt

Det er en erklært målsetting at vi skal sikte mot et mer likeverdig helsetjenestetilbud med bedre tilgjengelighet uavhengig av bosted, alder, kjønn, økonomi og sosial tilhørighet (St. meld. nr 41).

Målsettingen om et likeverdig tilbud av helsetjenester har først og fremst vært framme i diskusjoner om den geografiske fordelingen av helsetjenester, men også i diskusjonene om offentlig og privat finansiering av helsetjenestene og om egenbetaling for helsetjenester finansiert av det offentlige.

Det er ikke uten videre klart hva et likeverdig helsetjenestetilbud er. I figuren nedenfor har vi vist forholdet mellom en del begreper som er sentrale hvis en skal avklare dette spørsmålet.



Den enkeltes behov for helsetjenester kan vurderes på ulike måter. En kan f.eks. skille mellom den enkeltes vurdering av sine behov og fagfolks vurdering av dette behovet. Den enkeltes vurdering av sitt behov for helsetjenester er ikke identisk med etterspørselen etter slike tjenester. Kostnadene ved å bruke en tjeneste vil påvirke etterspørselen. Det kan gjelde kostnader i penger (tapt arbeidsinntekt, reiseut-

gifter, egenandeler), kostnader i tid (reisetid, ventetid) eller det kan være sosiale forpliktelser (omsorg for barn) som påvirker etterspørslen. Derfor kan personer med samme behov for helsetjenester ha forskjellig etterspørsel etter disse.

Helsetjenesten kan ikke betraktes som et marked der forholdet mellom etterspørsel og tilbud reguleres av pris. En vil derfor også finne at befolkningens etterspørsel ikke nødvendigvis samsvarer med forbruket av helsetjenester. Helsepersonellet regulerer i betydelig grad selv forbruket av helsetjenester. Når en ser bort fra pasientens første kontakt med helsepersonell spiller helsepersonellens vurderinger av behov, kostnader og kapasitet en stor rolle for det videre forbruket. Det gjelder ikke minst for spesialisttjenesten og for institusjonshelsetjenesten.

Med et likeverdig helsetjenestetilbud, altså lik tilgang til helsetjenester for ulike grupper, vil vi her forstå en helsetjeneste der grupper med samme behov for helsetjenester har det samme forbruk av disse. Vi vil gjøre dette til tross for at det er uklart hva som ligger i begrepet behov for helsetjenester.

Vi skal legge hovedvekten i dette avsnittet på å undersøke om folk har lik tilgang til en del helsetjenester uavhengig av hvor de bor. Dette er spesielt viktig fordi det berører spørsmålet om den geografiske fordelingen av de ulike helsetjenestetilbud. En kan også reise spørsmålet om en i Norge har et likeverdig helsetjenestetilbud for eldre og yngre, for menn og kvinner, for ulike sosialgrupper. Tiltak for eventuelt å skape mer likeverdighet i helsetjenestetilbudet for slike grupper vil imidlertid ikke like klart rette seg mot organiseringen av helsetjenesten som tilfellet er om en søker å skape mer likeverdighet mellom geografiske områder.

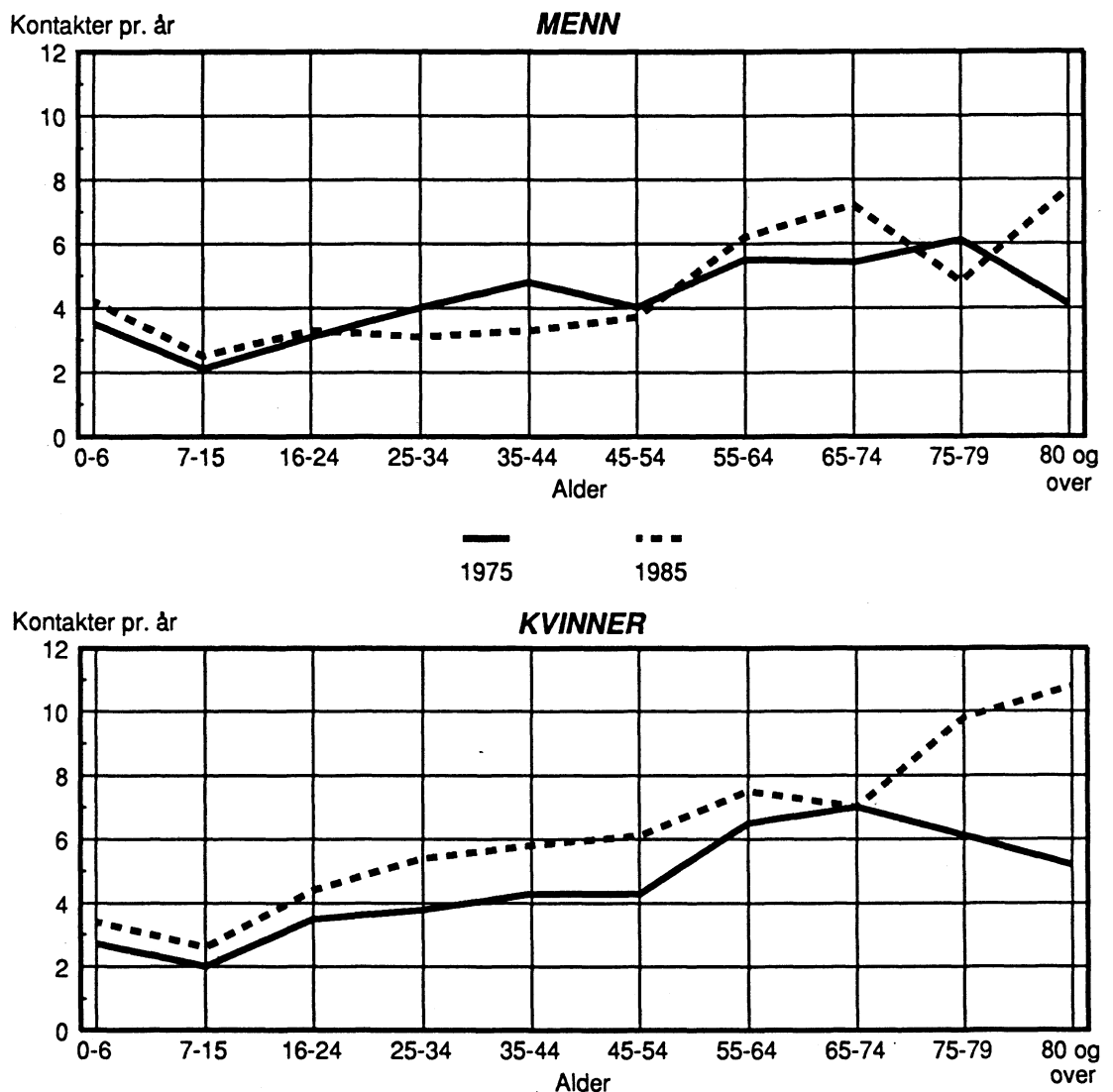
6.2. Bruk av legetjenester i noen grupper

Vi skal først kort sammenligne forbruket av bestemte helsetjenester for menn og kvinner, for yngre og eldre og for ulike sosialgrupper. Det er et viktig utgangspunkt når en skal drøfte likeverdighet i helsetjenestetilbudet. Dessuten vil det illustrere noen av de problemer en står overfor når en skal belyse slike spørsmål.

Bruken av legetjenester har økt blant kvinner

Hvordan kan en påvise at tilgangen til bestemte helsetjenester er uavhengig av hvilken befolkningsgruppe en tilhører, altså om forbruket varierer i takt med behovet for helsetjenestene? Hovedvansken er at en må ha kjennskap til hvordan behovet for de ulike helsetjenester varierer i ulike grupper. Selv om en kan anta at behovet først og fremst varierer med sykelighet er det antakelig et komplisert forhold mellom behov for bestemte helsetjenester og sykelighet. Det vil derfor være vanskelig å bruke enkle mål på sykelighet til å uttrykke behov.

Figur 6.1. Antall legekontakter¹⁾ pr. år. Menn og kvinner i ulike aldersgrupper. 1975 og 1985



1) Omfatter besøk hos/av primædege eller privatpraktiserende spesialist, telefonkonsultasjon og besøk hos lege på sykehus eller poliklinikk uten å være lagt inn.

Figur 6.1 viser at antallet legekontakter ved sykdom i hovedtrekk varierer på samme måte som sykkeligheten. Stort sett har eldre flere legekontakter enn yngre, og kvinner flere enn menn. Den viser imidlertid også at det har skjedd endringer i bruken av legetjenester i visse grupper som ikke kan forklares av endringer i sykkelighet. F.eks. har antallet legekontakter økt blant kvinner, men ikke blant menn. Antallet legekontakter synes også å ha økt sterkere blant de eldste enn blant yngre.

Forbedringen i tilbudet av legetjenester fra 1975 til 1985 synes i første rekke å ha kommet kvinnene til nytte. Dette har skjedd uten at en kan peke på tilsvarende endringer i kvinners og menns helse. Blant menn har tallet på legekontakter gått ned i aldersgruppen 25-44 år, mens det har vært en økning i de fleste andre aldersgrupper. Blant kvinner har tallet på legekontakter økt i alle aldersgrupper. Foruten blant de eldste er det særlig blant kvinner i alderen 25-54 år at antallet kontakter har økt. Vi kan bare spekulere på hva som ligger bak disse endringene. At menn i alderen 25-44 år hadde færre kontakter med lege i 1985 kan ha sammenheng med at kontakter med bedriftslege ikke er med her. Bedriftslegetjenesten er sterkt utbygget i denne perioden, og yrkesaktive menn kan ha fått dekket en del av sine behov for legetjenester gjennom bedriftshelsetjenesten. Den sterke økning i antall legekontakter blant kvinner i alderen 25-54 år, kan ha sammenheng med den økte yrkesdeltakingen i perioden, bl.a. på grunn av økt behov for sykemelding.

Uansett hvilken forklaring som er riktig viser dette at bruken av helsetjenesten og endringer i bruken bare i noen grad avspeiler forskjeller og endringer i sykkeligheten. Vi skal likevel enkelte steder i det følgende (f.eks. i tabell 6.5) anta at forskjeller i antall legekontakter mellom menn og kvinner i ulike aldersgrupper avspeiler forskjeller i behov for legetjenester.

Arbeidere har flere kontakter med lege enn høyere funksjonærer

Det er først og fremst når det gjelder tilgangen til helsetjenester i utkantstrøk og i sentrale strøk at det har vært reist tvil om at alle befolkningsgrupper stiller likt. Spørsmålet om det er et likeverdig tilbud av helsetjenester for de ulike sosialgruppene har ikke fått like stor oppmerksomhet. Et unntak er tannlege. Det er kjent at det er sosiale ulikheter i bruken av tannlegetjenester, selv om ulikhetene er blitt mindre i den senere tid.

Bruken av legetjenester varierer betydelig mellom de ulike sosialgrupper. Vi finner at menn i primærnæringene i 1985 hadde bortimot to kontakter mindre pr. år enn faglærte arbeidere, og også færre kontakter enn høyere funksjonærer. Vi har da tatt hensyn til at aldersfordelingen og dermed behovet for legetjenester er forskjellig i de ulike sosialgruppene.

Tabell 6.1. Antall kontakter med lege pr. år for yrkesaktive menn og kvinner i ulike sosioøkonomiske grupper. Standardisert for alder. 1985

	Alle	Arbeidere			Funksjonærer		Gardbrukere og fiskere	Andre selvstend.
		Ufaglærte	Faglærte	Lavere nivå	Middels nivå	Høyere nivå		
Menn	4.1	3.5	3.8	4.5	3.2	2.8	2.1	3.2
Kvinner	5.5	5.3	(3.3)	4.9	4.3	3.2	(5.5)	5.1

Parentes viser at tallet er basert på mindre enn 50 observasjoner og dermed nokså usikkert.

Også blant kvinner er det betydelige forskjeller i bruk av legetjenester. Kvinnelige funksjonærer på høyere nivå hadde om lag to kontakter mindre pr. år enn kvinnelige ufaglærte arbeidere og bortimot to kontakter mindre enn kvinnelige funksjonærer på lavere nivå.

En kan ikke uten videre ta dette som et tegn på at det er sosiale forskjeller i tilgangen til legetjenester. Det finnes forskjeller i sykkelighet mellom gruppene som ikke fullt ut kan føres tilbake til aldersforskjeller. Vi vet f.eks. at selv om en tar hensyn til alderssammensetningen i gruppene, er sykkeligheten lavere blant høyere funksjonærer enn blant arbeidere (Sosialt utsyn 1989). Også andre forhold kan spille inn. F.eks. vil kortere egenmeldingsperiode for ansatte enn for selvstendige føre til at ansatte har større behov for legekontakt i forbindelse med sykdom.

6.3. Geografiske forskjeller i utgifter til kommunehelsetjenesten

I diskusjoner om likhet eller manglende likhet i tilbudet av helsetjenester sammenligner en i første rekke tilbudet i utkantstrøk og i sentrale strøk av landet. Det finnes ikke noe enkelt mål som gjør det mulig å sammenligne om tilbudet av helsetjenester virkelig er likt i de ulike områdene. Vi skal derfor å belyse tilbudet av helsetjenester fra ulike vinkler.

Store forskjeller i utgifter til kommunehelsetjenesten

Det varierer sterkt mellom kommunene hvor mye kommunehelsetjenesten koster innbyggerne. En må imidlertid vente betydelige forskjeller i kostnadsnivå mellom kommunene når en tar i betraktning at det er store variasjoner i organiseringen av helsetjenesten, befolkningssammensetning, sykkelighet, geografisk struktur mv. Forskjeller i kostnadsnivå vil ikke i seg selv innebære ulikhet i tilbudet av helsetjenester, tvertimot må en regne med at likhet i tilbud forutsetter variasjon i kostnader. Likevel er det av interesse å vise hvordan kostnader ved kommunehelsetjenesten varierer mellom kommuner av ulik størrelse og mellom fylker. Spesielt er det av interesse dersom det har skjedd endringer i hvordan kostnadene varierer med kommunestørrelse. Slike endringer vil antakelig tyde på endringer i den geografiske fordelingen av tilbudet av helsetjenester i kommunene.

Tabell 6.2 viser driftsutgifter i kommunehelsetjenesten. Driftsutgifter omfatter lønninger og utgifter til kjøp av varer og til vedlikehold, men ikke til investeringer i nybygg og anlegg. Hovedtyngden av utgiftene er lønninger til ulike typer personell: hjemmesykepleiere, leger, fysioterapeuter, jordmødre, helsesøstre, hjelpepleiere o.a.

Tabell 6.2. Driftsutgifter i kommunehelsetjenesten pr. innbygger i kommuner av ulik størrelse. 1985 og 1987. Kr

	1985 ¹	1987	Endring 1985-1987
	Kroner		Prosent
Alle kommuner	682	804	18
Under 2000 innb. ...	1360	1507	11
2000-2999 innb. ...	1128	1207	7
3000-4999 innb. ...	856	926	8
5000-8999 innb. ...	696	741	6
9000-13999 innb. ...	569	645	13
14000-24999 innb. ..	526	586	12
25000 innb. og over	635	853	34

¹Regnet i 1987-kroner.

Regnet pr. innbygger var utgiftene til kommunehelsetjenesten størst i de minste kommunene og minst i de mellomstore kommuner (14 000-25 000 innbyggere). I de minste kommunene var utgiftene pr. innbygger om lag 2,5 ganger så store som i de mellomstore kommunene.

Den kanskje viktigste grunn til variasjonene i driftsutgifter ligger i organiseringen av legetjenesten i kommunene. I de små kommuner er legene i det alt vesentlige fastlønnsleger. I de store kommuner består legetjenesten i betydelig grad av leger med eller uten avtale (se tabell 6.5). Bare avtaledelen av utgiftene til disse legers virksomhet dekkes over kommunenes budsjett. Det betyr at legetjenesten i små kommuner stort sett finansieres over kommunebudsjettet, mens en betydelig del av legetjenesten i store kommuner finansieres gjennom refusjoner fra folketrygden og ikke over kommunebudsjettet.

I det nye inntektssystemet for kommunene har en lagt opp til at rammetilskuddet til kommunen er tilpasset behovet. Rammetilskuddet tildeles på grunnlag av behovsindikatorer. Bare i kommuner der legetjenesten tilnærmet i sin helhet finansieres over kommunebudsjettet vil rammetilskuddet kunne sikre at helsetjenesten er tilpasset behovet i kommunen. I kommuner med et betydelig innslag av leger med og uten avtale vil legetjenesten til dels bli finansiert ut fra aktiviteten i denne delen av helsetjenesten. Det blir altså avgjørende hvilke inntektsmuligheter legene har med den etterspørsel etter legetjenester som finnes i kommunen.

De store forskjeller i utgifter til helsetjenesten avspeiler også at de befolkningsmessige og geografiske forhold i små kommuner gjør det dyrere å drive helsetjeneste her. Befolkningen er gjerne eldre og bor mer spredt. Det er godt mulig at lite befolkningsgrunnlag i kommunene i seg selv bidrar til at utgiftene pr. innbygger blir større. Det vil f.eks. være dyrere pr. innbygger å opprettholde en legevaktordning i små enn i store kommuner.

Det er derfor vanskelig å si at variasjonen i utgift pr. innbygger tyder på variasjon i det reelle tilbud av kommunale helsetjenester.

Det synes særlig å være utgiftene til legetjenesten som varierer sterkt med kommunestørrelse.

Tabell 6.3. Driftsutgifter¹ pr. innbygger til ulike typer helse-
tjenester i små og store kommuner. 1987

	Drifts- utgifter i alt	Lege- tjeneste	Fysioterapi- tjeneste	Hjemme- syke- pleie	Annen helse- tje- neste
Kroner					
Alle kommuner(u/Oslo)	745	254	58	309	124
Under 2 000 innbyggere	1507	734	66	538	169
25 000 innbyggere og over (u/Oslo)	685	163	48	353	113
Prosent					
Alle kommuner	100	34	8	41	17
Under 2 000 innbyggere	100	49	4	36	11
25 000 innbyggere og over	100	24	7	52	16

¹ Driftsutgifter ialt er utgifter til distriktshelsetjenesten (kapittel 1.31 i kommuneregnskapet). Den omfatter utgifter til legetjenesten kapittel 1.310), fysioterapitjenesten (kapittel 1.312), hjemmesykepleien (kapittel 1.316) og annen distriktshelsetjeneste. Det kan variere noe mellom kommunene hvordan utgiftene regnskapsføres på så detaljerte kapitler. Det knytter seg derfor en viss usikkerhet til tallene i tabellen.

I de minste kommunene går halvparten av driftsutgiftene til legetjenesten, og denne koster over fire ganger så mye pr. innbygger som i de større kommunene. Dette skyldes at det først og fremst er for legetjenestene (i tillegg til fysioterapitjenesten) at utgiftsdekning gjennom refusjoner fra folketrygden er av noen særlig betydning.

Sterk vekst i helsetjenesten i store kommuner

I kommuner med mer enn 25 000 innbyggere økte utgiftene med om lag en tredjedel fra 1985 til 1987 etter at en har tatt hensyn til prisstigning, om lag tre ganger så mye som i mindre kommuner. I de minste kommunene og i kommuner med 9 000-25 000 innbyggere var realveksten i løpet av disse to årene i overkant av 10 prosent og 6-8 prosent i kommuner med 2 000 - 9 000 innbyggere.

Hvis ikke tilbudet av helsetjenester i de store kommunene i 1985 var dårligere enn i landet ellers tyder den store veksten i disse kommune-

ne på at det har blitt økt ulikhet i tilbudet av helsetjenester i kommunene i denne perioden.

Utgifter pr. innbygger til kommunehelsetjenesten høyest i Finnmark og lavest i Buskerud

Det er store forskjeller mellom fylkene i utgiftene pr. innbygger til kommunehelsetjenesten. Dette har i betydelig grad sammenheng med størrelsen av kommunene i de ulike fylker. I Finnmark bodde 31 prosent av befolkningen i 1987 i kommuner med under 3 000 innbyggere, i Sogn og Fjordane og i Nordland var tallet 20 prosent, sammenlignet med 5 prosent i f.eks. Buskerud.

Av fylkene som i 1985 hadde driftsutgifter pr. innbygger over gjennomsnittet var det bare Oslo som hadde en vekst over gjennomsnittet. Også Sør-Trøndelag som i 1985 så vidt lå over gjennomsnittet hadde en utgiftsvekst over gjennomsnittet. Realveksten i Oslo var 59 prosent fra 1985 til 1987. Av fylkene med driftsutgifter under gjennomsnittet i 1985 var det bare Østfold og Aust-Agder som hadde en vekst over gjennomsnittet.

Tabell 6.4. Driftsutgifter pr. innbygger til helsetjenesten. Fylke. 1985 og 1987

	1985 ¹	1987	Endring 1985-1987
	Kroner		Prosent
Alle fylker	682	804	18
Østfold	514	624	21
Akershus	507	583	15
Oslo	815	1295	59
Hedmark	666	732	10
Oppland	720	808	12
Buskerud	506	551	9
Vestfold	521	564	8
Telemark	687	744	8
Aust-Agder	549	689	26
Vest-Agder	568	639	13
Rogaland	610	609	0
Hordaland	671	750	12
Sogn og Fjordane	900	1021	13
Møre og Romsdal	797	842	6
Sør-Trøndelag	703	996	42
Nord-Trøndelag	729	726	0
Nordland	851	936	10
Troms	929	1021	10
Finnmark	1064	1130	6

¹Regnet i 1987-kroner.

6.4. Tilbudet av legetjenester i kommunene

Antallet innbyggere pr. legeårsverk, eventuelt antallet legeårsverk pr. 10 000 innbyggere blir ofte brukt som mål på tilbudet av legetjenester. Slike mål kan være egnet når en vil se på endringer i tilbudet over en periode på noen år. De er mindre velegnet for å sammenligne tilbudet i ulike geografiske områder. En kan ikke gå ut fra at likt antall innbyggere pr. lege i f.eks. to kommuner innebærer at den enkelte får det samme tilbud av legetjenester. En viktig grunn til dette er at det stilles andre krav til legetjenesten i kommuner med en befolkning som bor svært spredt og med dårlige kommunikasjoner enn i bykommuner. En annen grunn er at behovet for legetjenester varierer fra kommune til kommune. Befolkningens alderssammensetning varierer. Uavhengig av alderssammensetningen finner en også variasjoner i sykkelighet.

Vi skal altså skille mellom mål for tilbudet av legetjenester og det vi skal kalle det reelle tilbudet av legetjenester, og som er svært vanskelig å måle. En kan kanskje si at det reelle tilbudet er likt i to kommuner dersom legetjenesten kan gi et likeverdig tilbud av behandling og veiledning til like store befolkninger som har samme sykkelighetsmønster.

Færre innbyggere pr. lege i små enn i store kommuner

Antallet innbyggere pr lege er minst i de minste kommunene og størst i de mellomstore kommuner med 9 000 - 25 000 innbyggere (tabell 6.5). Forskjellene er likevel langt mindre enn forskjellene i kommunenes utgifter til legetjenesten. Dette skyldes for en stor del at tallene her omfatter alle typer leger, også avtaleleger og leger uten avtale. I de små kommuner er en langt større del av legene fastlønnsleger og nesten ingen leger uten avtale sammenlignet med de store kommunene. Dette betyr at en vesentlig større del av utgiftene til legetjenesten betales over kommunebudsjettet i de små kommunene. I de store kommuner dekkes mer gjennom refusjoner fra folketrygden til leger uten avtale og til dels til leger med avtale.

Tabell 6.5. Legeårsverk i kommunehelsetjenesten i kommuner av ulik størrelse, etter type legevirksomhet. Prosent. 1987

	I alt	Fastlønns- leger	Leger med avtale	Leger uten avtale	Turnus- kandidater
Alle kommuner					
Under 2000 innb.	100	71	12	1	16
2000-2999 innb.	100	58	25	1	16
3000-4999 innb.	100	46	38	2	14
5000-8999 innb.	100	34	52	2	12
9000-13999 innb.	100	31	60	2	7
14000-24999 innb.	100	25	69	3	4
25000 innb. og over	100	31	57	10	2

Tar en hensyn til kjønns- og alderssammensetningen i de enkelte kommuner blir forskjellen i tilbud av legetjenester mellom små og store kommuner noe mindre. Forskjellen i antallet innbyggere pr. legeårsverk i små og store kommuner ble 8 prosent mindre i 1987 når en tok hensyn til befolkningssammensetningen. Befolkningen i de små kommuner er noe eldre, mens befolkningen i mellomstore kommuner er yngre.

Tabell 6.6. Antall innbyggere pr. legeårsverk i kommuner av ulik størrelse. Ustandardisert og standardisert² for kjønn og alder. 1985-1988

	1985		1986		1987		1988
	Ustan- dardi- sert	Stan- dardi- sert	Ustan- dardi- sert	Stan- dardi- sert	Ustan- dardi- sert	Stan- dardi- sert	Ustan- dardi- sert
Alle kommuner ..	1431	1431	1428	1432	1397	1402	1351 ¹
Under 2000 innb.	844	871	885	903	923	946	784
2000-2999 innb.	954	970	1020	1035	996	1011	927
3000-4999 innb.	1217	1214	1239	1233	1271	1269	1143
5000-8999 innb.	1347	1342	1373	1373	1376	1376	1319
9000-13999 innb.	1564	1511	1619	1575	1516	1480	1419
14000-24999 innb.	1615	1571	1597	1566	1592	1562	1464
25000 innb. og over	1586	1604	1512	1543	1443	1472	1498 ¹

¹Antallet legeårsverk i Oslo er undervurdert med ca. 70 årsverk.

² Standardiseringen har skjedd ved at vi har tatt utgangspunkt i tall for legekontakter på grunn av sykdom for menn og kvinner i ulike aldersgrupper hentet fra Helseundersøkelsen 1985. Med dette som utgangspunkt har vi beregnet antallet legekontakter pr. innbygger i hver kommune gitt den kjønns- og aldersfordeling kommunen har sammenlignet med en tenkt kommune med samme kjønns- og aldersfordeling som i hele befolkningen. Forholdet mellom disse to tall er brukt til å "normere" antallet legeårsverk i hver kommune.

Det er som nevnt vanskelig å si hvordan det reelle tilbudet av legetjenester varierer med kommunestørrelse. Legetjenesten i bykommuner kan uten tvil drives mer effektivt enn i små og mer spredtbygde kommuner. En skulle av den grunn vente flere innbyggere pr. lege i de større kommunene.

Hvordan utviklingen av tilbudet i små i forhold til i store kommuner er, kan imidlertid antyde om en går mot en mindre skjev geografisk fordeling av legetilbudet eller ikke.

Økende ulikhet i tilbudet av legetjenester i små og store kommuner fra 1985 til 1987

Antall innbyggere pr. legeårsverk har gått ned fra 1431 i 1985 til 1351 i 1988, en nedgang på 6 prosent. Fra 1985 til 1987 var nedgangen mindre, vel 2 prosent. Det er visse problemer med å sammenligne 1988 og de tidligere årene, dels fordi tallene for Oslo er dårlige, dels fordi kommunene i 1988 har overtatt ansvaret for sykehjemmene. Vi skal derfor legge mest vekt på årene 1985 til 1987.

Det har blitt flere innbyggere pr. legeårsverk fra 1985 til 1987 i kommuner med under 9000 innbyggere, mens det har blitt færre i større kommuner. Endringene var størst i de minste og i de største kommunene. Antallet innbyggere pr. legeårsverk økte med 9 prosent i de minste og gikk ned med 8 prosent i de store kommunene i denne perioden.

Det kan altså se ut som om det har skjedd en utjevning i tilbudet av legetjenester mellom kommuner av ulik størrelse. Det er imidlertid tvilsomt om en kan trekke en slik konklusjon. Bare hvis de små kommunene i 1985 hadde et bedre legetilbud enn de store kommunene, kan en påstå at det har vært en utjamning i det reelle tilbudet i perioden.

En viktig grunn til den tilsynelatende utjevning i tilbudet av legetjenester synes å være at det er blitt færre kommuner med få innbyggere pr. lege. Andelen av kommunene som hadde under 750 innbyggere pr. legeårsverk gikk ned fra 13 prosent i 1985 til om lag det halve i 1987. Særlig fra 1985 til 1986 var endringen stor. (Siden dette er små kommuner er det en liten del av befolkningen dette gjelder, i 1985 og 1987 henholdsvis 2.9 og 1.5 prosent av hele befolkningen.)

Tabell 6.7. Kommuner etter antall innbyggere pr. legeårsverk i kommunehelsetjenesten. Prosent. 1985-1987

	I alt	Innbyggere pr. legeårsverk					
		Under 750	750-1000	1001-1250	1251-1500	1501-1900	1901 og over
1985 ..	100	13	15	19	24	20	9
1986 ..	100	12	15	21	22	21	10
1987 ..	100	7	18	21	22	21	11

En kan tolke disse endringene slik at kommuner med en legetjeneste som er kostbar regnet pr. innbygger, ikke ser seg i stand til å prioritere denne tjenesten like høyt etter at det nye inntektssystemet for kommunene ble innført.

Fra 1987 til 1988 ble det færre innbyggere pr. legeårsverk i både små og store kommuner. Tallene viser en liten forverring av tilbudet i de største kommuner. Dette tallet påvirkes av undervurderingen av antallet legeårsverk i Oslo. Antakelig er tilbudet svakt forbedret i de største kommunene om en tar hensyn til dette. Forbedringen i legetilbudet er størst i kommuner med under 5000 innbyggere og minst i de store kommunene. Kommunene har i 1988 overtatt ansvaret for sykehjemmene, men det påvirker neppe resultatene i nevneverdig grad. I 1988 ble en midlertidig lov om stillingsstopp for leger vedtatt og satt i kraft. En kan ikke se bort fra at den allerede i løpet av et halvt år kan ha hatt en viss virkning.

6.5 Tilbudet av sykepleie- og fysioterapitjenester i kommunene

Økt tilbud av sykepleietjenester i både små og store kommuner

Over halvparten av sykepleierne i kommunene arbeidet fram til 1987 i hjemmesykepleien. Ellers er deres innsats fordelt på helsestasjoner, skolehelsetjenesten, legepraksis og annen virksomhet. Fra 1988 kommer i tillegg sykepleiere ved sykehjem. På samme måte som legetjenester varierer tilbudet av sykepleietjenester betydelig med kommunestørrelse. I de mellomstore kommunene er det bortimot dobbelt så mange innbyggere pr. sykepleierårsverk som i de minste kommunene.

Vi har ikke standardisert sykepleietjenestene for befolkningssetningen. Dette skyldes at vi mangler opplysninger om forbruket av disse tjenester i de ulike befolkningsgruppene. Hjemmesykepleien er den største tjenesten. En må derfor regne med at fordi små kommuner har en gjennomgående noe eldre befolkning og store kommuner en gjennomgående noe yngre befolkning, vil forskjellene i tilbud i forhold til behov være noe mindre enn det som går fram av tabellen. Tall for 1988 er ikke tatt med fordi kommunene da overtok ansvaret for sykehjemmene. Det er derfor ikke mulig å sammenligne tall for 1988 med tall for de tidligere årene.

Tabell 6.8. Antall innbyggere pr. sykepleierårsverk i kommuner av ulik størrelse. 1985-1987

	1985	1986	1987	Endring	
				1985-86	1985-87
				Prosent	
Alle kommuner ...	1070	988	982	-8	-8
Under 2000 innb.	623	594	596	-5	-4
2000-2999 innb.	725	716	720	-1	-1
3000-4999 innb.	942	910	886	-3	-6
5000-8999 innb.	1103	1004	998	-9	-10
9000-13999 innb.	1240	1142	1120	-8	-10
14000-24999 innb.	1273	1167	1115	-8	-12
25000 innb. og over	1087	985	994	-9	-9

Tilbudet av sykepleietjenester har blitt bedre i både små og store kommuner. I kommunene under ett har det blitt 8 prosent færre innbyggere pr. sykepleierårsverk fra 1985 til 1987. Endringen har vært minst i de små kommunene. Det aller meste av endringen skjedde fra 1985 til 1986. Også når det gjelder sykepleietjenester er det blitt mindre forskjell i antall innbyggere pr. sykepleierårsverk mellom store og små kommuner. Likevel er det også her usikkert om en skal tolke dette som et uttrykk for en utjevning i det reelle tilbudet.

Økende geografiske forskjeller i tilbudet av fysioterapitjenester

Både for legetjenester og sykepleietjenester er det færre innbyggere pr. årsverk jo mindre kommunen er. En må anta at dette er nødvendig for å skape likhet i tilbudet av disse tjenestene. Noe tilsvarende finner en ikke for fysioterapitjenester. Det er flere innbyggere pr. fysioterapeut jo mindre kommunen er.

Tilbudet av fysioterapitjenester i kommunene er blitt bedre. Det var 6 prosent færre innbyggere pr. fysioterapeut i 1987 enn i 1985. Forbedringen i det samlede tilbudet har ikke kommet små og store kommuner til gode på samme måte. I de minste kommunene ble tilbudet litt bedre fra 1985 til 1986. Fra 1986 til 1987 ble det imidlertid forringet såpass mye at tilbudet var dårligere i 1987 enn i 1985. I de største kommunene ble tilbudet kraftig forbedret fra 1985 til 1987. Antallet innbyggere pr. fysioterapeut ble redusert med en sjettedel. I de andre kommuner ble antallet innbyggere pr. fysioterapeut redusert med om lag 10 prosent. Et unntak er middels store kommuner (14 000-25 000 innb.) der tilbudet endret seg svært lite.

Tabell 6.9. Antall innbyggere pr. fysioterapeutårsverk i kommuner av ulik størrelse. 1985-1987

	1985	1986	1987	Endring	
				1985-86	1985-87
	Prosent				
Alle kommuner ...	1765	1709	1651	-3	-6
Under 2000 innb.	2912	2792	3087	-4	+6
2000-2999 innb.	2758	2610	2498	-5	-9
3000-4999 innb.	2585	2388	2342	-8	-9
5000-8999 innb.	2165	2091	1985	-3	-8
9000-13999 innb.	2166	1998	1933	-8	-11
14000-24999 innb.	1688	1647	1661	-2	-2
25000 innb. og over	1652	1382	1375	-16	-17

En må anta at det trengs færre innbyggere pr. fysioterapeut i mindre kommuner enn i de større for at de skal ha det samme reelle tilbudet av tjenester. Dette betyr at det reelle tilbudet av fysioterapitjenester er enda skjevare fordelt geografisk enn tabellen viser, der det er mer enn dobbelt så mange innbyggere pr. fysioterapeutårsverk i de minste kommunene sammenlignet med de store kommunene.

6.6. Geografisk fordeling av veksten i legepersonell i kommune- og fylkeshelsetjenesten

Legepersonellveksten fra 1985 til 1987 ble svært skjevt fordelt geografisk

For landet som helhet er veksten i helsetjenesten stort sett bestemt av nettotilgangen av helsepersonell. Den vil altså først og fremst avhenge av hvor mye personell som utdannes og av aldersstrukturen i de ulike grupper av helsepersonell.

Innen landet vil kommune- og fylkeshelsetjenesten i de ulike geografiske områder konkurrere innbyrdes, både om tilgangen på nytt helsepersonell og om personell i kommune- og fylkeshelsetjenesten.

Vi skal se på endringene i legepersonell i kommune- og fylkeshelsetjenestene i ulike regioner. Dette vil gi antydninger om hvordan "konkurransforholdet" mellom de ulike deler av helsetjenesten har utviklet seg.

Legeårsverkene i kommune- og fylkeshelsetjenesten omfatter størsteparten av alle årsverk som utføres av yrkesaktive leger. I tillegg til de om lag 7100 årsverk i disse to deler av helsetjenesten i 1985 kommer vel 500 årsverk i statens helseinstitusjoner og snaut 500 årsverk fra privatpraktiserende spesialister, og vel 900 årsverk fra leger utenfor helsetjenesten, først og fremst i administrasjon, undervisning og forskning. Leger utenfor kommune- og fylkeshelsetjenesten utførte altså i 1985 om lag 20 prosent av alle legeårsverk.

Fra 1985 til 1987 var veksten i fylkeshelsetjenesten vesentlig sterkere enn veksten i kommunehelsetjenesten. Antallet legeårsverk i fylkeshelsetjenesten økte med over 10 prosent, eller med bortimot 500 årsverk. I kommunehelsetjenesten økte antallet legeårsverk med bare 3 prosent, snaut 100 årsverk. Veksten var størst fra 1986 til 1987, prosentvis gjaldt dette særlig for kommunehelsetjenesten.

Tabell 6.10. Antall legeårsverk i kommune- og fylkeshelsetjenesten¹ i ulike regioner i 1985 og endringer i antall årsverk. 1985-1986 og 1986-1987

	Antall 1985	Endring		Endring 1985-87	
		1985-86	1986-87	Fylkes- helsetj.	Kommune- helsetj.
				Prosent	
Alle regioner				+11.6	+ 3.3
Fylkeshelsetj.	4173	+154	+330		
Kommunehelsetj.	2900.9	+19.4	+73.9		
Region 1				+16.6	+14.3
Fylkeshelsetj.	1021	+63	+106		
Kommunehelsetj.	598.6	+64.2	+21.6		
Region 2				+ 7.5	+ 5.2
Fylkeshelsetj.	1169	+16	+72		
Kommunehelsetj.	929.8	+12.2	+35.6		
Region 3				+ 9.6	- 2.3
Fylkeshelsetj.	916	+58	+30		
Kommunehelsetj.	546.5	-21.1	+8.6		
Region 4				+21.6	- 2.1
Fylkeshelsetj.	570	+48	+75		
Kommunehelsetj.	433.0	-11.9	+2.8		
Region 5				+ 3.2	- 4.8
Fylkeshelsetj.	497	-31	+47		
Kommunehelsetj.	393.0	-24.0	+5.3		

¹I fylkeshelsetjenesten er det ikke årsverk, men antall stillinger omregnet til heltidsstillinger som telles.

Veksten er svært skjevt fordelt geografisk. Særlig gjelder dette for kommunehelsetjenesten. I kommunehelsetjenesten økte antallet legeårsverk med 14 prosent i region 1 (Oslo, Hedmark og Oppland) fra 1985 til 1987. Veksten var også positiv i region 2. I alle andre regioner gikk antallet årsverk i kommunehelsetjenesten ned fra 1985 til 1987. Fra 1985 til 1986 økte antallet legeårsverk i kommunehelsetjenesten i hele landet med om lag 20. I region 1 var økningen over 60 årsverk. Denne økningen skjedde på bekostning av kommunehelsetjenesten i region 3, 4 og 5. Fra 1986 til 1987 var det vekst i kommunehelsetjenesten i alle regioner, veksten var imidlertid også nå sterkest i region 1 og 2.

I fylkeshelsetjenesten økte antall legeårsverk i alle regioner fra 1985 til 1987. Økningen var størst i region 1 og 4 og minst i region 5. Av de bortimot 500 legeårsverk som fylkeshelsetjenesten økte med gikk en tredjedel til region 1, mens bare 16 årsverk gikk til region 5.

Dette kan tyde på at tre år etter at kommunehelseloven trådte i kraft, er det kommunehelsetjenesten i distriktene som har tapt i konkurransen om legene. Kommune- og fylkehelsetjenesten økte fra 1985 til 1987 med bortimot 600 årsverk. Av disse gikk snaut 500 til fylkeshelsetjenesten. Kommunehelsetjenesten i region 1 og 2 økte med om lag 130 årsverk. I de øvrige regioner mistet kommunehelsetjenesten om lag 40 årsverk.

7. HELSETJENESTENS KVALITET

7.1. Hva er kvalitet?

Ett av de helsepolitiske hovedmål er at helsetjenesten skal ha en god kvalitet. I utkastet til Nasjonal Helseplan heter det at "helsetjenesten må være av rimelig kvalitet og gi tilbud av jevnt høy standard uavhengig av hvor en blir behandlet" (St.meld. nr.41, 1987-1988).

Kvalitet: God behandling og omsorg, kontinuitet og tilgjengelighet

Kvalitet er en egenskap ved arbeidet som utføres i helsetjenesten. Fire trekk som er relevante for kvalitet vil bli beskrevet nærmere:

a) Teknisk-faglig kvalitet

I denne sammenheng er spørsmålet hvor godt det diagnostiske og terapeutiske arbeidet utføres. Får pasientene riktig diagnose og behandling? Indikasjoner på lav kvalitet kan være sykdommer som ikke blir oppdaget, feilbehandling av sykdommer og uhell med medisinsk utstyr.

b) Psykososial kvalitet

I mange sammenhenger er det i tillegg til at behandlingen har høy teknisk/faglig kvalitet viktig å gi pasienten trygghet, en følelse av å bli forstått og hørt på. Psykososial kvalitet innebærer evne og vilje til å formidle informasjon, akseptering og omtanke. Det er grunn til å tro at dette er forhold som kan ha direkte betydning for helbredelsesprosessen. En omfattende forskningslitteratur har vist betydningen av sosial støtte for menneskers fysiske og psykiske helse. Undersøkelser har vist at enkelte pasientgrupper opplever legen som den viktigste kilde til sosial støtte under sykdom. En interessert og vennlig doktor kan bidra til å øke den såkalte "placebo"-effekten, dvs. den helsefremmende effekt av pasientens tro på at behandlingen virker (Tuckett, 1978). Informasjon er en viktig del av kompetansen, og ser blant annet ut til å ha konsekvenser for dødeligheten etter kirurgiske inngrep (Mæland og Havik, 1989).

c) Kontinuitet

Et behandlings-/pleieforhold bør ha en viss stabilitet og varighet. For det første er det vanlig å anta at kvaliteten på behandlingen øker med behandlerens kjennskap til pasienten, for det andre er det rimelig å tro at pasienten vil føle seg tryggere med en fast lege eller pleier å henvende seg til. Men hva som representerer en tilfredsstillende kontinuitet er et vanskelig spørsmål, og vi vet ikke så mye konkret om nytten eller konsekvensene (Rutle, 1986).

d) Tilgjengelighet

Lav tilgjengelighet i en fysisk, økonomisk eller psykososial forstand kan forårsake mindre kontakt med helsetjenesten enn behovene tilsier. Tilgjengeligheten er styrt av forhold som reisetid, ventetid på venteværelse, egenandeler og sosiale statusforskjeller mellom pasient og behandler. Manglende tilgjengelighet kan ha store helsemessige konsekvenser hvis det medfører at alvorlige sykdommer ikke blir behandlet i tide. Pasienter som dør mens de venter på operasjon blir ofte brukt som eksempel på tilgjengelighetsproblemer i helsevesenet. Lav tilgjengelighet virker også inn på mulighetene for kontinuitet i behandlingsforholdet.

Hvilke av disse aspektene som må tillegges størst vekt, vil variere alt etter type behandlingsforhold. For eksempel er det tekniske aspektet viktigere i en kirurgisk sykehusavdeling enn i et sykehjem. I Nasjonal Helseplan er en av de sentrale målsettingene å øke kvaliteten på pleie- og omsorgstilbudet. God kvalitet innebærer i denne delen av helsetjenesten blant annet at pasientene skal kunne leve en mest mulig selvstendig tilværelse, ha "størst mulig valgfrihet" og trygghet og få varig omsorg og pleie.

Fordeling og kostnad også viktig

Mange vil hevde at den sosiale fordeling av helsetjenestens ressurser også er svært viktig i en kvalitetsvurdering. Helsetjenester og helsegevinster bør fordeles rettferdig, etter de behov som gjør seg gjeldende, slik at vi i størst mulig utstrekning kan oppnå en resultatlikhet i helse.

Det er heller ikke likegyldig hva kvalitet koster. Økonomiske og menneskelige ressurser er et begrenset gode. Det er derfor av avgjørende betydning at helsetjenesten er effektiv. "Kvalitet er maksimal helsegevinst pr. kostnadseining" (Rutle, 1986).

Resultatmål: Helse og tilfredshet

Målet for helsetjenesten er å gjøre befolkningens helse og livskvalitet så god som mulig. Utviklingen i befolkningens helsetilstand og livskvalitet burde derfor være den beste kvalitetsindikator. Problemet er at vi vet for lite om forholdet mellom det arbeid som gjøres i helsetjenesten og resultatene av dette arbeidet. Helsetilstanden påvirkes av faktorer utenfor helsetjenesten. Det er ikke uvanlig å hevde at folks helse påvirkes langt mer av forhold utenfor helsetjenesten enn av det som skjer innenfor. Det er vanskelig å skille ut hva helsetjenesten betyr isolert fra andre faktorer. De samme problemene dukker opp når pasienters tilfredshet brukes som kvalitetsmål. I undersøkelser av tilfredshet kan det være vanskelig å skille ut hva som skyldes helsetjenesten og hva som skyldes pasientens personlighet (Hofoss, 1986).

Samtidig er det åpenbart utilfredsstillende å vurdere innholdet i helsetjenestens arbeid uten samtidig å vurdere resultatene. Både for innhold og resultat gjelder at ingen kan anses som gode nok mål i seg selv. Vi er helt avhengig av å kjenne sammenhengen mellom disse. De utgjør komplementære og ikke alternative mål (Donabedian, 1987).

7.2. Teknisk-faglig kvalitet

7.2.1. Helseskader ved medisinsk behandling

Få behandlingsskader registreres i dødsårsaksstatistikken

I den internasjonale sykdomsklassifikasjonen (ICD) er det egne koder (en del av de såkalte E-koder) for skader som skyldes uhell under kirurgisk og medisinsk behandling (E870-879 i ICD-9) og for forgiftningsulykker med legemidler (E850-E858). Forgiftningsulykkene omfatter overdosering/feiladministrasjon av legemidler og ulykker med bruk av legemidler i medisinsk og kirurgisk behandling (dødsfall pga. bivirkninger ved "riktig" bruk er ikke med).

Svært få mennesker dør av slike årsaker i Norge. Ifølge SSBs dødsårsaksstatistikk døde i alt 25 mennesker pga. uhell ved medisinsk behandling i perioden 1983-1988, gjennomsnittlig fire personer pr. år, mens 73 mennesker døde av forgiftningsulykker med legemidler, i gjennomsnitt 12 pr. år.

To forbehold må tas: For det første er det grunn til å tro at underreporteringen er stor (se nedenfor, bl.a. om sykehusinfeksjoner), for det andre omfatter tallene bare hoveddiagnoser. En nærmere analyse ville sannsynligvis avdekket et større antall dødsfall hvor helseskader ved medisinsk behandling er oppgitt som medvirkende årsak til dødsfallet.

Sykehusinfeksjoner - utbredt komplikasjon ved sykehusinnleggelse

Sykehusinfeksjoner er de vanligste komplikasjoner til medisinsk behandling og diagnostikk. Med sykehusinfeksjon forstås da infeksjoner som oppstår som følge av sykehusbehandlingen. Ifølge en undersøkelse ved 76 somatiske sykehus en dag i oktober 1985 hadde 7,8 prosent av de innlagte pasientene pådratt seg en sykehusinfeksjon (Lystad og Storkmark, 1989). Noe over en tredjedel av dette var urinveisinfeksjoner. Amerikanske undersøkelser tyder på at knapt 1 prosent av infeksjonene er dødelige. Hvis dette er representativt for norske forhold innebærer det at 300-400 mennesker hvert år dør som en direkte følge av sykehusinfeksjoner (Lingaas, 1990), mens infeksjonene kan være en medvirkende årsak i et større antall tilfeller.

Ulykker med medisinsk utstyr

Helsemyndighetene har opprettet et meldesystem for medisinsk-tekniske ulykker. Dette meldesystemet drives av Norsk Institutt for Sykehusforskning (NIS) og har vært i virksomhet siden 1987. Helsepersonell har meldeplikt. I alt ble det meldt 148 uhell til meldetjenesten i 1987 og 1988. I 25 av 138 ferdigbehandlede hendelser ble pasienter påført skade (20 prosent). De fleste skadene var mindre alvorlige (Skolbekken og Landsem, 1989). Brannsårl i forbindelse med bruk av elektromedisinsk utstyr var den mest utbredte skadeformen.

Også Det særlige tilsyn med elektromedisinsk utstyr, STEM, har hjemmel for å kreve melding om uhell eller nestenuhell i forbindelse med bruk av medisinsk utstyr. Meldte uhell og nestenuhell har økt fra 15 i 1980 til 107 i 1988. STEM antar at dette skyldes mindre underrapportering (anslås i dag til ca. 50 prosent), men reiser også spørsmålet om hyppigere skifte av arbeidssted kan gjøre medarbeiderne mer uerfarne og usikre (Fønstelien og Nilsen, 1989). Omtrent 40 prosent av meldingene gjelder skade på pasienter.

Stråleskader ved røntgenundersøkelser

En del skader som følge av medisinsk behandling vil aldri kunne føres tilbake til kilden, blant annet fordi skaden først blir synlig lenge etter at behandlingen er avsluttet. Et eksempel er stråleskader ved røntgenundersøkelser. I Norge utføres det i overkant av 2,6 millioner røntgenundersøkelser hvert år. Kollektivdosen til befolkningen fra disse undersøkelsene er beregnet til ca. 2 500 mansievert pr. år. Til sammenligning er den beregnede kollektivdose til befolkningen som følge av atomreaktorulykken i Tsjernobyl på ca. 1 000 mansievert. Ifølge ICRPs (International Commission on Radiological Protection) risikotall, kan konsekvensene av disse strålingsdosene fra røntgen være 40 tilfeller av kreft og genetiske skader hvert år (Saxeboel mfl., 1988).

Stråledosene som pasientene mottar varierer svært mye mellom sykehuse- ne. Sykehus med de høyeste pasientdosene har middelverdier som er 5-7 ganger høyere enn sykehus med de laveste pasientdoser. Dette skaper tvil om stråledoseringen i røntgenundersøkelsene.

Bivirkninger: 565 registrerte bivirkningsreaksjoner i 1987....

En kilde som kan si noe om helseskadene ved medisinsk behandling, er statistikken over bivirkninger av legemidler. Statens Legemiddelkontroll har opprettet et eget Bivirkningsregister. Behandlende lege/tannlege har meldeplikt ved bivirkninger som er livstruende/dødelige, gir varige alvorlige følger eller er uventede/nye. I tillegg finnes det en frivillig meldeordning. Spesielt har Bivirkningsnemda ved Statens Legemiddelkontroll bedt om innrapportering av bivirkninger som forårsaker sykehusinnleggelse eller forlengelse av sykehusopphold, bivirkninger ved nye medikamenter og medikamenter som har ført til avhengighet. I 1987 ble det rapportert 603 mistenkte legemiddelreaksjoner, av disse ble 565 klassifisert som sannsynlige eller mulige bivirkningsreaksjoner (Sagabråten, 1989). Noe over en tredjedel av reaksjonene ble klassifisert som lite alvorlige (217), 56 som livstruende, mens 26 av reaksjonene var fatale (dødelige).

..men underrapporteringen er stor

Det er grunn til å anta at underrapporteringen er betydelig. En gjennomgang av alle innleggelser i 1980 ved en medisinsk avdeling på Aker sykehus i Oslo viste at bivirkninger var en vanlig årsak til innleggelse. I alt var ca. 7 prosent av innleggelsene forårsaket av legemiddelbivirkninger. 2 av 121 reaksjoner var dødelige. Hvis dette er representativt for alle landets sykehus i 1980, betyr det at anslagsvis bare 4 prosent av bivirkningene ble rapportert videre (Laake mfl., 1985).

Er det mulig å unngå bivirkninger?

Hvis Aker-undersøkelsen er representativ, har bivirkningsreaksjoner et betydelig omfang. Det burde være mulig å redusere forekomsten av bivirkninger, særlig fordi "..95% av bivirkningene skyldtes midlenes kjente farmakologiske effekter....det dreier seg således hovedsakelig om forutsigbare bivirkninger" (s. 1794). Bedre kunnskap, både farmakologisk kunnskap og kunnskap om den enkelte pasient, antydes som en nøkkel til å redusere bivirkningene. I den grad dette er riktig, er det også en understrekning av kontinuitetens betydning i behandlingsforholdet.

For øvrig er det grunn til å understreke at bivirkninger kan være vanskelige å måle hvis de ikke har noen dramatiske ytre effekter.

Virkningene på opplevd livskvalitet kan likevel være betydelige. I behandlingen av høyt blodtrykk kan bivirkningene være "klinisk diffuse" og opptre "snikende", i form av nedsatt vitalitet og velbefinnende, impotens og depresjon (Bjerkelund, 1988).

7.2.2. Variasjoner i kirurgiske operasjonsrater

I Norge, som i andre land, er det påvist store variasjoner mellom sykehus i ulike typer kirurgiske inngrep. Tabell 7.1 viser fylkesvise variasjoner i hyppigheten av enkelte operasjoner i 1988.

Tabell 7.1. Hyppighet av enkelte operasjoner¹, utført på pasienter utskrevet i 1988. Operasjoner pr. 100 000 innbyggere i ulike bostedsfylker

Fylke	Type operasjon				
	Keisersnitt	Prostata	Fjerne bryst	Blindtarm	Fjerne livmor
NORGE	326	302	97	136	156
Østfold	274	380	87	134	151
Akershus	307	177	56	151	137
Oslo	446	297	107	134	138
Hedmark	321	327	119	145	196
Oppland	259	409	88	133	229
Buskerud	345	240	104	110	153
Vestfold	202	321	97	148	200
Telemark	259	344	137	142	133
Aust-Agder	196	310	71	125	142
Vest-Agder	296	306	120	140	153
Rogaland	392	222	76	125	179
Hordaland	368	232	153	151	165
Sogn og Fjordane	304	504	118	101	191
Møre og Romsdal	308	282	90	150	169
Sør-Trøndelag .	343	297	59	142	125
Nord-Trøndelag	268	399	100	167	181
Nordland	344	363	98	114	92
Troms	339	458	77	174	106
Finnmark	287	304	92	151	134
Forholdstall lavest/høyest .	2,3	4,7	2,7	1,7	2,5

¹Omfatter bare data om operasjoner fra lokalsykehus som har innrapportert operasjonsdata (operasjoner knyttet til kreft mangler for Radiumhospitalet).

I tabellen er det gjort et utvalg på fem forholdsvis hyppig forekommende operasjoner, som neppe gjøres poliklinisk. Det er store variasjoner mellom fylkene, for eksempel forekommer fjerning av livmor 2,5 ganger så ofte i Oppland som i Nordland. Variasjonene er spesielt store for prostata, mens blindtarmsoperasjonene varierer forholdsvis mindre. Ingen fylker ser ut til å skille seg ut med spesielt høye eller lave rater på flere operasjonstyper.

Lignende variasjoner er funnet i mange andre land, for eksempel Danmark og USA (Loft og Lewinter, 1988).

Norsk Institutt for sykehusforskning (NIS), som har stått for innsamlingen av dataene, understreker at det knytter seg betydelig registreringsusikkerhet og tolkingsproblemer til tallene (Kindseth mfl., 1989), og at det derfor ikke er mulig å trekke noen sikre slutninger.

Ulikhetene i operasjonsrater kan ha mange årsaker. De norske undersøkelsene kontrollerer ikke for forskjeller i pasientsammensetning ved sykehusene, slik som forskjeller i alders- og kjønnsammensetning og sykелighet. Forskjeller mellom fylkene i hyppighet av diagnosene forklarer utvilsomt noen av variasjonene. At sannsynligheten for å bli operert for prostata er mer enn fire ganger høyere i Sogn og Fjordane enn i Akershus har sammenheng med at det er nesten tre ganger så mange tilfeller av prostatakraft i Sogn og Fjordane som i Akershus. Det er imidlertid langt fra alltid at det er samsvar mellom diagnosehyppighet og operasjonsrater. Troms har f.eks. landets klart høyeste antall brystkrefttilfeller, mens antallet brystoperasjoner er under landsgjennomsnittet (Kindseth mfl., 1989).

En del utenlandske undersøkelser legger hovedvekten på forskjeller i medisinsk praksis som forklaring på variasjonene (Loft og Lewinter, 1988). Et nøkkelbegrep er "profesjonell usikkerhet". Medisinske avgjørelser er ofte beheftet med stor usikkerhet, og konsekvensene av gale avgjørelser er skjebnesvangre for dem de angår. Å følge den praksis som er vanlig på arbeidsstedet er en viktig hjelp i mestringen av usikkerhet. Det er derfor forståelig at det kan utvikles lokale kulturer som er vanskelige å forandre.

Det er svært vanskelig å si hvilke operasjonsrater som er de riktige ut fra en medisinsk synsvinkel. Men det mest avgjørende i en kvalitetsvurdering er inntrykket av mangel på enhetlige standarder for behandlingsopplegget ved likeartede sykdommer. Det er neppe rettferdig at medisinsk praksis med omfattende konsekvenser for liv og helse varierer mye etter hvor man er bosatt i landet, uten at dette kan knyttes til forskjeller i behov.

7.2.3. Utdanningsnivå

Utdanning er en av forutsetningene for god faglig kvalitet i helsetjenesten. Vi har vært inne på betydningen av kunnskaper for kvaliteten på behandlingen. Den økende profesjonalisering og spesialisering i helsetjenesten er et tegn på en bedre faglig kvalitet. Tallet på legespesialiteter har økt kraftig etter krigen, og nye yrkesgrupper har kommet til. Fra 1945 til 1979 økte antallet yrkesgrupper og spesialiteter i helsesektoren fra 30 til 98 (Grund mfl., 1983). Bedre faglig kvalitet må imidlertid veies mot de potensielle kostnadene, slik som mindre kontinuitet i behandlingen (spørsmålet om kontinuitet tas opp i neste avsnitt).

7.3. Tilgjengelighet og kontinuitet

Betydelig mindretall misfornøyd med tilgjengelighet

I norske undersøkelser av pasienttilfredshet ser det ut til at tilgjengeligheten av helsetjenester ofte vurderes som et problem. I en landsomfattende opinionsmåling i 1984 gjennomført av NOI (Norsk Opinionsinstitutt) var 34 prosent av svarerne utilfreds med tilgjengeligheten (Hjort, 1985). I en undersøkelse fra 1985 mente 20 prosent av de spurte i kommunene Meløy og Tønsberg og 13 prosent i Lillehammer at ventetiden ved bestilling av time hos lege var "alt for lang" (Elstad, 1987). Vurderingene av muligheten for å få sykebesøk var mer sprikkende, andelen som syntes det var "vanskelig/svært vanskelig" å få lege på sykebesøk varierte fra 13 (Meløy) til 43 prosent (Tønsberg). De spurte var mest fornøyd med mulighetene for legehjelp i helgene.

Reisetid: Kortere for legebesøk, uforandret for sykehus

Hvilket bilde får vi så om vi ser bort fra vurderingene og konsentrerer oss om rent faktiske opplysninger: Hvor lang er reisetiden? Tabell 7.2 er hentet fra SSBs helseundersøkelser.

Tabell 7.2. Andelen som har 30 minutters reisetid eller mer til nærmeste legekantor og sykehus. Prosent¹. 1968, 1975 og 1985

	1968	1975	1985
Legekantor	20	13	8
Sykehus ²	45	47	44

¹I 1985 er det presisert i spørsmålsstillingen at spørsmålet gjelder reisetid for husholdningen.

²I 1968 er svarene for sykehus og sykestue slått sammen.

Kilde: Helseundersøkelsene 1968, 1975 og 1985.

Som det går fram av notene til tabellen, er det enkelte forhold som gjør at endringene er noe usikre. Tendensen skulle det likevel ikke være noen tvil om: Legene er blitt mer tilgjengelige de siste 20 årene målt i reisetid, mens det ser ut til å ha skjedd lite for sykehusenes vedkommende.

Det er fremdeles betydelige geografiske forskjeller i reisetid til sykehus. Reisetiden er kortest i Oslo og Akershus, lengst på Vestlandet og i Nord-Norge. I 1985 varierte gjennomsnittlig reisetid til sykehus fra 24 minutter i Oslo/Akershus til 50 minutter på Vestlandet. Gjennomsnittlig reisetid til legekantor varierte langt mindre, fra 10 minutter i Oslo/Akershus til 15 minutter i Nord-Norge og på Vestlandet (NOS Helseundersøkelsen 1985).

Halvparten av befolkningen har fast lege

Kontinuiteten i helsetjenesten er et tema som sjelden har vært tatt opp i undersøkelsene av pasienttilfredshet (Hofoss, 1986). Ifølge helseundersøkelsen var det i 1985 i alt 81 prosent som benyttet seg av en fast lege eller et fast legesenter når de trengte legehjelp. Det er grunn til å tro at en fast lege innebærer bedre kontinuitet i behandlingsforholdet enn et fast legesenter, særlig med hensyn på det personlige forholdet mellom lege og pasient. Som tabellen viser, øker andelen som har fast lege noe med alderen, i aldersgruppa over 67 pleier nesten to tredjedeler å bruke en fast lege. Kjønnforskjellene er små, mens variasjonene mellom landsdelene er store. Omkring to av tre personer bosatt på Østlandet (utenom Oslo/Akershus) har fast lege, bare en av tre bosatt i Nord-Norge. Noe av forskjellene kan forklares av ulik alderssammensetning, men dette er langt fra hele forklaringen. Til gjengjeld er det flere i Nord-Norge som bruker et fast legesenter.

Tabell 7.3. Andel som har fast lege/et fast legesenter. Prosent. 1985

	Fast lege	Fast legesenter
Alle	54	27
Kjønn		
Menn	51	27
Kvinner	57	28
Alder		
0-15	47	35
16-44	51	26
45-66	60	24
67-	64	23
Landsdel		
Oslo og Akershus	54	24
Østlandet ellers	67	18
Agder og Rogaland	55	25
Vestlandet	49	32
Trøndelag	40	41
Nord-Norge	36	42

Kilde: Helseundersøkelsen 1985.

Det tallene ikke sier noe om, er hvor lenge den enkelte har hatt en fast lege. I områder med stor utskifting blant legene er det begrenset hvor lenge man kan beholde den legen man pleier å gå til. Særlig i Nord-Norge har dette vært et problem. Ifølge det såkalte Kvammeutvalget, som vurderte tiltak for å få en mer geografisk likeverdig helsetjeneste, burde minst halvparten av legene i et distrikt ha bak seg en tjeneste i distriktet i minst 10 år. I perioden 1955-1980 var det imidlertid i gjennomsnitt bare 9 prosent av distriktslegene i Finnmark som hadde så lang tjenestetid, 7 prosent i Troms og 9 prosent i Nordland (NOU, 1982:35). I tillegg kommer at en uforholdsmessig stor andel av arbeidet i utkantkommuner utføres av turnuskandidater med bare et halvt års tjeneste (jf. kapittel 2.2). Kvammeutvalget pekte på dette som et stort kontinuitetsproblem i Nord-Norge.

7.4. Psykososial kvalitet

De fleste er fornøyd med vennligheten.....

Hvor godt fornøyd er brukerne med de mer mellommenneskelige sidene ved behandlingsforholdet? I nyere norske undersøkelser ser det ut til at de fleste opplever leger og pleiere som vennlige og hjelpsomme (Hoffoss, 1986). I en undersøkelse fra tre norske kommuner var fra 67-75 prosent enige eller litt enige i at "de fleste leger viser omtanke" (Elstad, 1987).

..men mange ønsker seg bedre tid og informasjon

Likevel er det tydelig at det eksisterer en viss misnøye med tiden som avsettes, og informasjonen som gis. I kommunene Tønsberg, Meløy og Lillehammer mente omkring 4 av 5 at legene burde ta seg bedre tid i konsultasjonene, og fra 55 til 62 prosent var enige eller litt enige i at det var "vanskelig å få sagt det en vil". Et betydelig mindretall (fra 23 til 32 prosent) var litt uenig eller uenig i at legene gav god informasjon (Elstad, 1987). I NOIs meningsmåling i 1984 var nesten halvparten av de spurte misfornøyd med informasjonen som gis i helse-tjenesten (Hjort, 1985).

En undersøkelse av fysioterapitjenesten i 10 kommuner viser en svært høy grad av tilfredshet med de mellommenneskelige sidene ved konsultasjonen. 85 prosent ble forklart hvorfor de fikk den behandlingen de

fikk, og en like høy andel syntes at de fikk nok tid ved hver behandling. 96 prosent mente at fysioterapeuten viste forståelse for deres problem (Paulsen, 1989).

Som nevnt tidligere må en være forsiktig med å bruke slike vurderinger som en entydig kilde til informasjon om kvalitet. For eksempel er spørsmålene i Elstads undersøkelse stilt svært generelt, en spør om vurderingen av utsagn om "de fleste leger" og ikke om vedkommendes konkrete erfaringer med egen lege. Dette er en viktig forskjell. Både norske og utenlandske undersøkelser tyder på at svarerne gir uttrykk for mer negative holdninger når de blir spurt om legetjenester generelt enn når de blir bedt om å vurdere egne erfaringer (Hofoss, 1986).

7.5. Generell tilfredshet

De fleste er fornøyd

I en helhetlig vurdering er de fleste fornøyd med helsetjenesten. I NOI-undersøkelsen var 80 prosent fornøyd med primærlegetjenesten, 68 prosent med sykehustjenesten. Henholdsvis 15 og 21 prosent var misfornøyd (Hjort, 1985). Det samme bildet kommer fram i Elstads undersøkelse, om lag 80 prosent var enig eller litt enig i at de "alt i alt" var "fornøyd med legene". Samtidig er det over en tredjedel som sier seg enig eller litt enig i at de har "besøkt leger en nødvendig vil gå til på nytt". I en undersøkelse fra Oslo var det bare 5 prosent av et utvalg på nesten 500 utskrevne pasienter som ikke var tilfreds med sykehuset de tilhørte (Hagen og Stene Larsen, 1989). Også i Nord-Norge er det få som er direkte misfornøyd (Kristiansen og Hansen, 1989).

Fødselsomsorgen: Mange forbedringer, små endringer i tilfredshet

Svært få undersøkelser kan si noe om utviklingen over tid. Ett unntak er en undersøkelse av visse sider ved kvalitetsutviklingen innenfor fødselsomsorgen (Lind og Hoel, 1988). I 1969 og 1986 foretok Norsk Gallupinstitutt landsomfattende intervjuundersøkelser med kvinner som hadde født i løpet av de siste to år. Keisersnitt og instrumentelle forløsninger ble utelukket.

En rekke konkrete forbedringer har åpenbart skjedd på de nesten 20 årene fra 1969 til 1986. Barnets far får være til stede ved langt

flere fødsler, de fleste i 1986 fødes i større fødeavdelinger med en gynekolog som ansvarlig. Likeledes er det langt flere i 1986 som får bedøvelse under riene, og flere hadde fått informasjon på forhånd gjennom deltakelse i fødselsforberedende kurs. Tilfredsheten med hjelp og omsorg hadde likevel ikke forandret seg mye fra 1969 til 1986 (henholdsvis 20 og 15 prosent var ikke tilfreds). Det samme gjelder andelen (om lag 5 prosent) som opplevde fødselen som et mareritt og fremdeles var plaget av smerter etter fødselen. Klagepunktene på de to tidspunktene var nokså like. Den personlige kontakten med leger, jordmødre og pleiere er åpenbart svært viktig. Både i 1969 og i 1986 klagde omtrent to tredjedeler av de misfornøyde mødrene over for liten oppmerksomhet og støtte under fødselen. Bare henholdsvis 17 og 15 prosent nevner for liten bedøvelse.

7.6. Pasientklager

Økende antall pasientklager

Antall pasientklager ser ut til å være økende innenfor helsevesenet. En undersøkelse av klager mot tannleger ved 9 klageinstanser viste en økning på 34,5 prosent fra 1976 til 1985. I alt ble det rettet klager mot 118 tannleger i 1985, dvs 3,1 prosent av det totale antall tannleger (Monrad Aas og Valen, 1988). Også innenfor sykehusvesenet synes det å bli flere klager, slik en undersøkelse ved Radiumhospitalet tyder på (Melsom mfl., 1989). Klageantallet vil sannsynligvis stige ytterligere som en konsekvens av den nye ordningen med pasientskadeerstatning, som tillegger helsevesenet en viss grad av objektivt ansvar.

De færreste klager mot helsepersonell gjøres skriftlig. I en MMI-undersøkelse i 1987 hadde 11 prosent av utvalget noen gang klagd muntlig over arbeid utført av en tannlege. 22 prosent hadde noen gang hatt grunn til å klage (Monrad Aas og Valen, 1988).

Økningen i antall klager kan ikke uten videre tolkes som et tegn på synkende kvalitet i helsetjenesten. En rekke forhold som økt utdanningsnivå, stigende forventninger og økt oppmerksomhet omkring pasientrettigheter påvirker klagetilbøyeligheten. Langt flere med universitetsutdanning enn med folkeskole vet for eksempel hvor de skal henvende seg med en klage på tannleger.

8. YTELSER I FORHOLD TIL KOSTNADER OG PERSONELLBRUK

8.1. Generelt

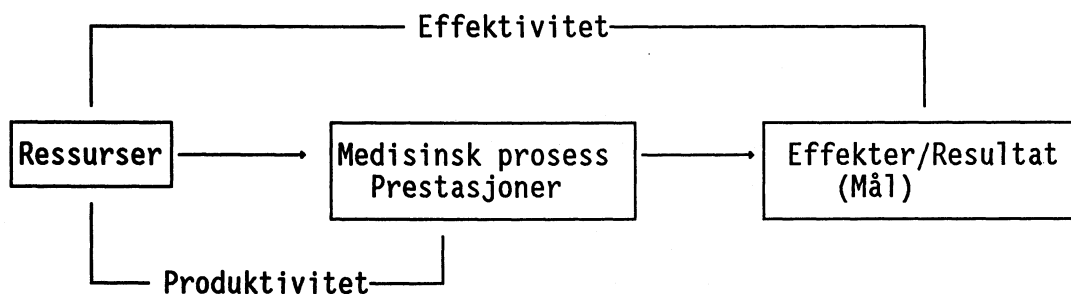
De offentlige utredninger om helsepolitikk på 1970- og 80-tallet har lagt stor vekt på målsettingen om effektivitet, dvs. en best mulig utnyttelse av ressursene i helsetjenesten. Dette må ses på bakgrunn av den sterke veksten i kostnader og personell (jf. kapittel 1).

En må skille mellom begrepene effektivitet og produktivitet (figur 8.1). Effektivitet kan defineres som forholdet mellom oppnådde resultater (effekter) og ressursinnsats, mens produktivitet gjerne defineres som forholdet mellom utførte prestasjoner og ressursinnsats. Utførte prestasjoner kan være f.eks. antall legebesøk eller antall liggedager (det vi tidligere har omtalt som helsetjenestens aktivitet).

Dette betyr at effektivitetsmålinger i helsetjenesten forutsetter at vi kan måle resultater av behandling og pleie, i form av lengre liv, bedre livskvalitet etc. Dette er en svært vanskelig oppgave. Som regel nøyer man seg med å måle produktiviteten. En må da være oppmerksom på at forbedret produktivitet ikke nødvendigvis er det samme som en forbedret effektivitet. Færre liggedager pr. pasient i somatiske sykehus tyder på høyere produktivitet, men kan innebære lavere effektivitet hvis pasientene skrives ut tidligere enn det som er medisinsk forsvarlig.

Sammenligninger av produktivitet er beheftet med store vanskeligheter fordi det er vanskelig å sammenligne prestasjoner på forskjellige tidspunkter eller steder. Både pasientsammensetning og helsevesenets organisering kan være forskjellig. For igjen å bruke liggetid ved sykehus som eksempel, kan ulikheter i liggetid både skyldes forskjeller i pasientenes sykkelighet, og forskjeller i hvordan primærhelsetjenesten er organisert. Dårlig utbygging av den hjemmebaserte omsorgen gjør f.eks. utskriving av ferdigbehandlede pasienter vanskeligere.

Figur 8.1. Effektivitet og produktivitet



Kilde: Nordlund, 1989.

8.2. Kommunehelsetjenesten

Vi mangler opplysninger om aktivitet for viktige deler av kommunehelsetjenesten, og kan derfor heller ikke si noe om produktivitetsutviklingen. Men aktivitetstall finnes for to av de største og mest kostnadskrevenne delene av kommunehelsetjenesten: hjemmesykepleien og sykehjemmene.

Regnet pr. årsverk ble det behandlet færre pasienter i hjemmesykepleien i 1988 enn i 1985, mens antall besøk pr. årsverk har endret seg lite (tabell 8.1). Dette henger naturligvis sammen med utviklingen som ble beskrevet i kapittel 2: En langt sterkere vekst i antall besøk pr. pasient enn i antall pasienter. Kostnadsutviklingen gjenspeiler dette: Mens kostnadene pr. behandlet pasient økte med 19 prosent i faste priser, sank kostnadene pr. besøk med noe over 4 prosent i perioden 1985 til 1988 (ser vi bort i fra de usikre 1988-tallene, var realveksten i driftsutgifter pr. besøk på 2,2 prosent fra 1985 til 1987).

Hver pasient kostet i gjennomsnitt ca. 12 500 kroner i 1988, hvert besøk 180 kroner.

Tabell 8.1. Enhetskostnader og personellytelser i hjemmesykepleien. 1985-1988

	1985	1986	1987	1988	Vekst 1985-1988 Prosent
Behandlede pasienter pr. årsverk	29,5	26,9	26,1	23,2	-21,4
Besøk pr. årsverk	1638	1614	1701	1612	-1,6
Driftsutgifter ² . Kroner pr. behandlet pasient .	8281	9640	11956	12495	18,9 ³
pr. besøk	149	161	183	180	-4,3 ³

¹ Tallene for 1988 er usikre. Om usikkerheten i personell- og aktivitetstallene, se kapittel 2. Endringer i regnskapsforskriftene kan ha ført til et noe for lavt tall for utgiftene.

² Driftsutgifter er beregnet brutto, som summen av hovedpostene 1-3 under kapittel 1.316 i kommuneregnskapet (fra 1988 kapittel 1.340), dvs. lønn- og andre regulære driftsutgifter + overføringer. Det er ikke korrigeret for salgs- og leieinntekter, men disse inntektene er svært små (knappt 12 millioner kroner i 1988).

³ Vekstprosenten i faste priser.

Kilde: NOS Helsestatistikk. Årsstatistikk for kommunehelsetjenesten. Upublisert materiale i SSB.

Sykehjemmene: Større utgifter pr. liggedøgn

Måling av kostnadsnivået ved somatiske sykehjem er beheftet med en del metodiske vanskeligheter. Kostnader ved dagpasienter er med i regnskapene, også utgifter til eventuelle sykestue- eller fødestueposter. Et annet problem er hvordan driftsutgifter skal defineres. I SSBs statistikk for helseinstitusjoner er brutto driftsutgifter pr. liggedøgn beregnet (tabell 8.2). Norsk Institutt for Sykehusforskning (NIS) har beregnet netto driftsutgifter ved somatiske sykehjem i 1985 og 1986 (Hammervold, 1987). I dette begrepet er alle inntekter/utgifter ved overføringer fra/til andre forvaltningsnivåer og innad i kommunen holdt utenfor, i tillegg til at inntektene (post 6) er trukket fra. NIS har dessuten holdt sykehjem med ekstremt lave og høye driftsutgifter pr. liggedøgn utenfor.

Tabell 8.2. Enhetskostnader og personellytelser i somatiske sykehjem og sykehjemsavdelinger. 1980-1988

	1980	1984	1985	1986	1987	1988
Liggedøgn pr. årsverk ¹	446	434	433	..	405	402
Behandlede pasienter pr. årsverk ¹	2,6	2,8	2,9	..	2,6	2,9
Brutto driftsutgifter. Pr. liggedøgn. Kr	342	521	564	615	712	..
I faste priser. 1980=100 ²	100	105	107	109	116	..

¹Omfatter bare alminnelige somatiske sykehjem, siden årsverkene i kombinerte institusjoner ikke lar seg fordele på syke- og aldershjem-avdelinger.

²Deflatert etter konsumprisindeksen.

Kilde: NOS Helseinstitusjoner.

Forskjellene er ikke store i praksis. Ifølge beregningene fra NIS kostet hvert liggedøgn 595 kroner i 1986, mens bruttoutgiftene ifølge helseinstitusjonsstatistikken var 615 kroner. Endringen 1985-1986 i brutto- og nettoutgifter regnet i faste priser er omtrent den samme.

Ytelsene i forhold til kostnadene er tilsynelatende for nedadgående i de somatiske sykehjemmene. Målt i faste priser har bruttokostnadene pr. liggedøgn gått opp med 16 prosent fra 1980-1987. En slik konklusjon forutsetter imidlertid at ytelsene er sammenlignbare over tid. En må blant annet ta hensyn til eventuelle endringer i dagpasientvirksomheten.

Både for hjemmesykepleien og sykehjemmene utgjør lønnsutgiftene om lag 80 prosent av brutto driftsutgifter.

I sykehjemmene har antall utførte årsverk (dvs. personale omregnet til heltidsansatte) økt sterkere enn aktiviteten målt i liggedøgn fra 1980 til 1988. Nedgangen i antall liggedøgn pr. årsverk var særlig stor fra 1985 til 1987. Dette må ses i forhold til arbeidstidsforkortelsen i 1987. For å opprettholde det samme antall timeverk måtte en i 1987 ha flere heltidsansatte enn i 1985.

Hvis arbeidsytelsene i sykehjemmene måles som antall behandlede pasienter pr. årsverk, blir bildet noe annerledes. Fra 1980 til 1988 økte antall behandlede pr. årsverk fra 2,6 til 2,9, på tross av arbeidstidsforkortelsen.

8.3. Fylkeshelsetjenesten og de statlige helseinstitusjonene

Sykehussektoren er den desidert mest kostnadskrevende delen av helse-tjenesten (jf. kapittel 4.1). Det er derfor naturlig at en i effektiviseringsarbeidet har lagt stor vekt på å utnytte ressursene i sykehusene bedre.

Store variasjoner i utgifter mellom sykehustypene

Målt i brutto driftsutgifter pr. liggedag kan vi spore en negativ kostnadsutvikling i sykehussektoren (tabell 8.3). Målt i faste priser koster et liggedøgn 27 prosent mer i 1987 enn i 1980, når vi ser somatiske sykehus under ett. Kostnadene pr. liggedag varierte i 1987 fra 1893 kroner i spesialsykehus til 3531 kroner i regionsykehus.

Tabell 8.3. Brutto driftsutgifter pr. liggedag i ulike typer somatiske sykehus. Vekstprosent i faste priser¹. 1980-1987

	1980	1984	1985	1986	1987	Vekst i faste priser 1980-87
	| Prosent					
Somatiske sykehus i alt	1192	1859	2021	2328	2712	27
Regionsykehus	1541	2321	2578	2953	3531	28
Fylkessykehus I	1282	1889	2039	2324	2606	13
Fylkessykehus II	1020	1660	1759	2058	2460	34
Spesialsykehus	822	1392	1512	1724	1893	28

¹Deflatert etter konsumprisindeksen.

Kilde: NOS Helseinstitusjoner.

En må være oppmerksom på flere forhold når en skal vurdere disse tallene. For det første er utgiftene til dagpasienter og polikliniske pa-

sienter medregnet. Dette gjør at utgiftene pr. liggedag blir høyere enn reelt. For det andre er det ikke tatt hensyn til sykehusenes inntekter, først og fremst inntekter ved poliklinisk virksomhet. Somatiske sykehus hadde i 1987 i underkant av 1,2 milliarder i salgs- og leieinntekter, sammenlignet med totale driftsutgifter på 15,4 milliarder (NOS Helsestatistikk 1987).

Dette gjør at en må være særlig varsom med å tolke utviklingen over tid. Det er dessuten slik, at når den gjennomsnittlige liggetiden går ned (se tabell 8.4), vil kostnaden pr. liggedag gå opp. Kostnadene er som regel høyest i begynnelsen av et sykehusopphold.

SSB har ennå ikke publisert tilsvarende regnskapstall for 1988. Ifølge beregninger foretatt ved NIS (Kindseth mfl., 1989) var netto driftsutgifter pr. liggedag i de somatiske sykehusene (ikke medregnet psykiatriske avdelinger) 2 714 kroner i 1988. Hver pasient kostet i gjennomsnitt 21 655 kroner.

Det er store variasjoner i kostnadsnivå mellom sykehusene. Hvis alle sykehusene fikk samme kostnadsnivå som de laveste 20-25 prosent, kunne de totale kostnadene reduseres med omkring 15 prosent (St. meld. nr. 41, 1987-88) For eksempel hadde Rikshospitalet de høyeste netto driftsutgiftene pr. liggedag i 1988 av regionsykehusene med 4 803 kroner, mens en liggedag ved Haukeland sykehus kostet 2 560 kroner (Kindseth mfl., 1989). Tilsvarende forskjeller finnes innenfor alle sykehustyper.

Store variasjoner i bruken av dagbehandling tyder på store muligheter for en økning i produktiviteten, ved siden av åpenbare fordeler for pasientene i mange tilfeller. En undersøkelse ved alle kirurgiske, gynekologiske og øre-nese-halsavdelinger ved til sammen 79 sykehus i 1988 fant at halvparten av avdelingene hadde dagpasienter (Høsteng og Henriksen, 1989). Variasjonene i valg av behandlingsform ved ulike diagnoser var store. Selv inngrep som det lenge har vært vanlig å gjøre poliklinisk eller ved dagavdeling ble ofte bare behandlet gjennom innleggelse. For eksempel ble abortinngrep gjort bare ved innleggelse i en tredjedel av avdelingene, mens over 40 prosent bare brukte dagbehandling.

Fra mars 1988 er takstsystemet endret, slik at det i større grad skal lønne seg for sykehusene å bruke dagbehandling og poliklinisk behandling. Det er derfor grunn til å tro at omfanget av slik behandling vil øke sterkt. Antall polikliniske konsultasjoner på somatiske sykehus har som nevnt (kapittel 3) økt med 6,6 prosent fra 1987 til 1988.

Kortere liggetid, flere behandlede pasienter pr. seng

Aktiviteten i sykehusene har økt sterkere enn sengetallet (tabell 8.4). Gjennomsnittlig liggetid i somatiske sykehus er gått ned fra 11 dager i 1975 til 8 dager i 1988, og antall behandlede pasienter pr. seng har i samme periode økt fra 27 til 34. Antall behandlede pasienter pr. årsverk har derimot blitt noe redusert. Som for sykehjemmene er det endringen fra 1986 til 1987 som gjør utslaget.

Igjen er det sannsynligvis arbeidstidsforkortelsen i 1987 som er forklaringen. Økningen i ytelsene i sengeavdelingene har skjedd på tross av overgangen til mer bruk av dagbehandling og poliklinisk behandling.

Ytelsene i forhold til personell- og sengeressurser varierer mye, både innen og mellom sykehustyper. Det er påvist store forskjeller i liggetid mellom fylkene, også når en ser på de enkelte diagnoser (Kindseth mfl., 1989). Fylket med lengst liggetid blant sine pasienter har gjerne mer enn dobbelt så lang liggetid som fylket med kortest liggetid.

Tabell 8.4. Ytelser i forhold til personell- og sengeressurser i somatiske sykehus. 1975-1988

	Behandlede pasienter pr. årsverk	Behandlede pasienter pr. seng	Gjennomsnittlig liggetid
1975 .....	..	27	11
1980	14,0	29	10
1985	14,2	32	10
1986	14,0	32	9
1987	13,2	32	9
1988	13,4	34	8

Kilde: NOS Helsestatistikk. NOS Helseinstitusjoner.

Kostnadene øker mest i psykiatrien og HVPU

Kostnadene pr. liggedag har økt mer i de psykiatriske institusjonene og innenfor HVPU enn i sykehusene og sykehjemmene (tabellene 8.5 og 8.6). Økningen målt i faste priser har vært over 50 prosent i psykiatrien og nesten 40 prosent i HVPU i perioden 1980-1987. Men fortsatt er døgnprisen under halvparten av hva den er i sykehusene.

Kostnadsøkningen har skjedd ved en langt sterkere økning i utførte årsverk enn i liggedøgn. Denne utviklingen er særlig tydelig i HVPU. Antall liggedøgn pr. årsverk er redusert med 35 prosent i HVPU, og med 27 prosent i psykiatrien fra 1980 til 1988.

Bakgrunnen for denne utviklingen er blant annet nedbyggingen av de store institusjonene og satsing på større grad av "åpen omsorg" og daginstitusjoner. En konsekvens av dette er at de tyngste pasientene, som krever de største personellressurser, blir igjen.

Tabell 8.5. Enhetskostnader og personellytelser i psykiatriske institusjoner. 1980-1987

	1980	1985	1986	1987	1988
Brutto driftsutgifter pr. liggedag. Kr	457	943	1040	1256	..
I faste priser ¹ (1980=100)	100	134	138	153	..
Liggedøgn pr. årsverk	337	257	271	266	246

¹Deflatert etter konsumprisindeksen.

Kilde: NOS Helseinstitusjoner.

Tabell 8.6. Enhetskostnader og arbeidsytelser i HVPU. 1980-1987

	1980	1985	1986	1987	1988
Brutto driftsutgifter pr. liggedag ¹ . Kr	512	992	1158	1277	..
I faste priser ² (1980=100)	100	126	137	139	..
Liggedøgn pr. årsverk	305	246	223	213	197

¹Daginstitusjoner er ikke med.

²Deflatert etter konsumprisindeksen.

Kilde: NOS Helseinstitusjoner.

9. INTERNASJONALE SAMMENLIGNINGER

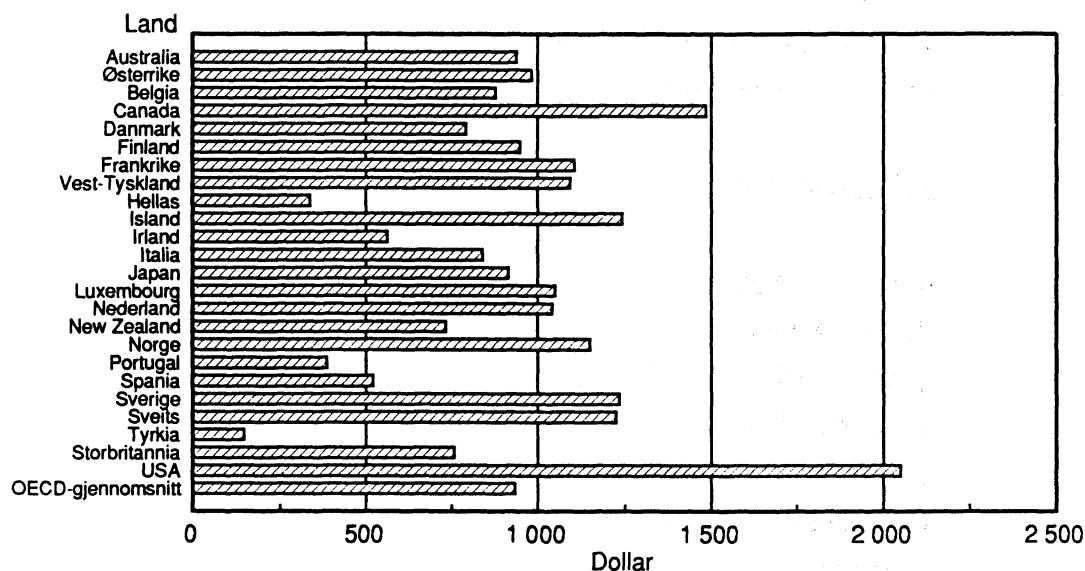
9.1. Utgifter

Sammenligninger av helsetjenesten i forskjellige land byr på mange problemer. Begrepsdefinisjoner, registreringspraksis og organisasjonsformer varierer mye og vanskeliggjør reelle sammenligninger. Utgiftstallene er sannsynligvis de mest pålitelige, hentet fra de respektive nasjonalregnskapene. For nasjonalregnskapene følges en internasjonal standard, FNs System of National Accounts (SNA).

Vi bruker mer penger til helsetjenester enn de fleste andre land

Norge brukte i 1987 mer til helseformål pr. innbygger enn de fleste andre land som var medlem av OECD (Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling). Av de 24 medlemslandene var det bare USA, Canada, Sverige, Sveits og Island som brukte mer pr. innbygger enn Norge (figur 9.1). For å sammenligne utgiftsnivået mellom landene har OECD benyttet spesielle prisindekser, såkalte "kjøpekraftpariteter" (PPP), uttrykt i amerikanske dollar.

**Figur 9.1. Helseutgifter pr. capita i OECD-landene. 1987.
Amerikanske dollar (BNP PPP)**



Kilde: Schieber og Poullier, 1989.

Det høye utgiftsnivået i Norge betyr ikke at vi prioriterer helsetjenesten høyere enn andre land gjør. Framfor alt betyr det at Norge er et rikt land. Utgiftene til helsetjenesten har nær sammenheng med landenes inntektsnivå. Sett i forhold til bruttonasjonalproduktet, BNP, dvs. verdien av de varer og tjenester som produseres i landet i løpet av et år, ligger utgiftene til helsetjenester i Norge omtrent på OECD-gjennomsnittet (vedleggstabell 9A).

I motsetning til de fleste andre OECD-land, falt andelen av BNP som gikk til helseformål i Norge fra 6,7 prosent i 1975 til 6,4 prosent i 1985. Veksten fra 1985 til 1987 (fra 6,4 til 7,5 prosent) har imidlertid vært sterkere enn i noe annet OECD-land.

Helsetjeningene er ikke nødvendigvis noe dekkende mål på hvor mye et land satser på helsetjenesten, langt mindre hvor god helsetjenesten er. Det avgjørende er naturligvis hvordan pengene brukes. USA, som bruker mest til helse, både absolutt og relativt, er et godt eksempel på dette. Selv om USA bruker nesten dobbelt så mye som Norge, har landet høyere spedbarnsdødelighet og omtrent den samme forventede levealder for 60-åringer (OECD, 1988). Verken ressurs- eller aktivitetsnivået ser ut til å være spesielt høyt. Antall leger i forhold til folketallet ligger under OECD-gjennomsnittet, det samme gjelder innskrivninger i sykehus, mens liggetiden i sykehus er av de laveste i OECD (vedleggstabeller 9B-D).

9.2. Ressurser

Norge i Norden: Få leger, mange sykepleiere og fysioterapeuter

Norge hadde, både i 1980 og 1985, en noe dårligere legedekning enn gjennomsnittet i Norden (tabell 9.1). Bare Finland hadde en lavere dekning. Derimot hadde Norge i 1985 flest sykepleiere og fysioterapeuter pr. innbygger, og likeledes mange hjelpepleiere. Tannlegedekningen var bedre enn i Finland og Island, men klart lavere enn i Sverige og Danmark.

Norge har, sammen med Sverige, hatt en meget sterk vekst i antall yrkesaktive syke- og hjelpepleiere i forhold til resten av Norden. Dette gjelder selv om vi tar hensyn til pleiemedhjelpene som fikk status som hjelpepleiere i perioden. På den annen side hadde Norge og Sverige den laveste økningen i yrkesaktive leger. Fysioterapeutdekningen endret seg mindre i Norge enn i de andre nordiske land, mens økningen i tannlegedekningen har vært omtrent som i Norden ellers (Hofoss mfl., 1988).

Tabell 9.1. Yrkesaktive i forskjellige grupper av helsepersonell pr. 100 000 innbyggere. Nordiske land. 1980 og 1985

	Leger	Tannleger	Sykepleiere	Hjelpe- pleiere	Fysioterapeuter
Danmark					
1980	218	113	667	694	60
1985	254	112	739	924	70
Finland					
1980	160	72	570	337	45
1985	185	80	633	405	59
Island					
1980	222	76	567	391	38 ¹
1985	259	81	647	460	55
Norge					
1980 ²	196	76	688	479	88
1985	221	89	855	887	97
Sverige					
1980	225	98	661	385	51
1985	257	107	820	586 ³	68

¹Tall for 1981.

²1980-tallet er ekstrapolert fra tallene for perioden 1970-1979, bortsett fra tallene for fysioterapeuter.

³Anslag for 1987.

Kilde: Hofoss mfl., 1988.

Svært god helsepersonelldekning i verdensmålestokk

Når vi utvider perspektivet på helsepersonelldekningen til Europa og verden for øvrig, kommer det klart fram at situasjonen i Norge er gunstig (vedleggstabell 9B). Legedekningen i Norge ligger riktignok noe under gjennomsnittet for Europa (eksklusive Sovjetunionen). Men ingen annen verdensdel har så mange leger i forhold til innbyggertallet som Europa. I Asia, Afrika og Latin-Amerika er dekningen langt dårligere. Norge har f.eks. mer enn fem ganger så mange leger i forhold til innbyggertallet som India, enda helseproblemene burde tilsi det motsatte. I land som India må en imidlertid ta hensyn til de mange utøvere av den tradisjonelle folkemedisinen. Hvem som registreres som lege varierer også en del mellom landene, alt etter hvilke krav som stilles til yrkesaktivitet og utdanning.

Statistikken over sykepleierdekningen er sannsynligvis mindre pålitelig enn legestatistikken. I den grad vi kan stole på WHOs statistikk ser det ut til at Norge, sammen med det øvrige Norden, har en svært god sykepleierdekning, også i europeisk sammenheng. Tannlegedekningen er også god.

Færre sykehusplasser, flere plasser i syke- og aldershjem

Norge har noe færre plasser i indremedisinske sykehusavdelinger i forhold til innbyggertallet enn gjennomsnittet for de nordiske land (unntatt Island). Antall kirurgiske sykehussenger pr. innbygger er omtrent det samme som gjennomsnittet for disse landene (tabell 9.2).

Tabell 9.2. Plasser i sykehus pr. 1000 innbyggere i fire nordiske land. 1985-1986. Indekstall

	Indremedisinske spesialiteter		Kirurgiske spesialiteter	
	1985	1986	1985	1986
Norge	87,9	95,3	102,2	100,8
Sverige	97,4	94,6	104,1	105,2
Finland	108,8	107,5	87,1	87,0
Danmark	105,6	105,5	103,9	103,2
Alle	100,0	100,0	100,0	100,0

Kilde: NIS.

Om vi har noen færre sykehusplasser, har Norge mange syke- og aldershjemsplasser i forhold til antall innbyggere som er 65 år eller eldre (tabell 9.3). Bare Island hadde en bedre dekning i 1987. Norge og Island er også de eneste land der dekningsgraden økte fra ca. 1980 til 1987, men her må en ta forbehold for endringer i registreringspraksis over tid.

Tabell 9.3. Utviklingen i syke- og aldershjemsplasser pr. 1000 innbyggere 65 år og over i de nordiske land

	Danmark		Finland		Island		Norge		Sverige	
	1980	1987	1978	1984	1979	1987	1980	1987	1980	1987 ²
Totalt ¹	67	67	60	53	30	83	76	78	85	70
Av dette										
Somatiske sykehjem .....	.	..	2	3	..	9	28	29	35	36
Kombinerte institusjoner	64 ¹	60 ¹	56	24	..	53	26	27	1	..
Aldershjem ..	.	..	..	26	..	21	13	14	43	32 ³
Spesialsykehjem	3	6	2	..	..	..	9	8	6	2

¹Inklusive kombinerte alders- og sykehjem og rene aldershjem.

²Medregnet plasser for medisinsk langtidspleie på sykehus.

³Tall for 1986.

Kilde: Helsestatistikk i de nordiske land og Nordisk Statistisk Årsbok.

Norge har en høy medisinsk kompetanse

Norsk helsetjeneste er i en internasjonal sammenheng preget av et høyt utdanningsnivå, høy utstysningsstandard og god medisinsk kompetanse. Dette kommer blant annet fram når en ser på hvilke kirurgiske inngrep som utføres i Norge. I 1985 ble det gjennomført flere hjertetransplantasjoner pr. innbygger i vårt land enn i land det er naturlig å sammenligne seg med, slik som Sverige og USA (tabell 9.4). Det ble også utført mange nyretransplantasjoner og åpne hjertekirurgiske inngrep.

Tabell 9.4. Utvalgte kirurgiske inngrep. 1986

	Norge	Sverige	Danmark	England	USA
Åpen hjerte- kirurgi	1400	2300	480		
PTCA ¹	100	280	24		
Nyrettransplantasjon ..	179 ²	328	180		
Hjertettransplantasjon	20	4	0		
Hjertettransplantasjon pr. mill. innbyggere	3,7 ²	0,5		2,3 ²	2,0 ²

¹Percutan transluminal coronal angioplastikk.

²1985.

Kilde: NIS.

9.3. Aktivitet

Aktiviteten i sykehusene

Siden sengetallet i sykehusene er noe lavere, er det naturlig at aktivitetsnivået i sykehusene er lavere i Norge enn i de fleste andre nordiske land (tabell 9.5). Norge hadde i 1986 det laveste antall utskrivninger pr. 1000 innbyggere fra indremedisinske og kirurgiske avdelinger. I tillegg til et lavere antall senger skyldes dette at de norske pasientene ligger lenger på sykehuset enn pasienter i de andre nordiske landene. På de indremedisinske avdelingene lå norske pasienter en dag lenger enn det som var vanlig i de andre land i 1986. Beleggsprosenten i de norske sykehusavdelingene var derimot noe høyere enn gjennomsnittet for Norden.

Tabell 9.5. Utskrivninger, gjennomsnittlig liggetid og beleggsprosent på kirurgiske og indremedisinske sykehusavdelinger i fire nordiske land. 1986

	Utskrivninger pr. 1000 innbyggere		Gjennomsnittlig liggetid (dager)		Beleggsprosent	
	Kirurgi	Indremedisinsk	Kirurgi	Indremedisinsk	Kirurgi	Indremedisinsk
Norge	91,5	63,2	6,8	10,2	75,3	84,6
Sverige ..	91,0	75,0	6,7	8,4	70,4	83,3
Finland ..	85,5	72,5	6,0	9,0	71,3	76,4
Danmark ..	106,3	72,5	6,3	9,8	78,6	84,0
Alle	93,4	71,7	6,5	9,2	73,9	82,1

Kilde: NIS.

I OECD-statistikken har Norge i hele perioden fra 1965-1987 hatt noen flere innskrevne pasienter i forhold til innbyggertallet enn gjennomsnittlig i OECD (vedleggstabell 9.C).

Det er svært vanskelig å sammenligne gjennomsnittlig liggetid i sykehus mellom ulike land. Dette gjelder i nordisk sammenheng og ikke minst i OECD-sammenheng (vedleggstabell 9.D). Problemene har blant annet sammenheng med at institusjoner for langtidspleie defineres som sykehus i en del land. Med disse forbehold tyder OECDs beregninger på at Norge har hatt en sterkere reduksjon i gjennomsnittlig liggetid enn de fleste andre OECD-land i perioden 1965-1987. I Norge var liggetiden 11 dager i 1987, mens liggetiden for OECD-landene under ett var nesten 17 dager (OECD-statistikken gjelder alle sykehus, ikke bare de somatiske).

Flest legebesøk i Norge?

Norge har tilsynelatende den høyeste hyppigheten av legebesøk i Norden, med noe over 5700 legebesøk pr. 1000 innbyggere, mer enn dobbelt så mange som Sverige (tabell 9.6). På grunn av ulik registreringspraksis er de reelle forskjellene sannsynligvis langt mindre. For det første er de norske tallene spesielle fordi de er beregnet på grunnlag av en 14-dagers undersøkelsesperiode i oktober 1975 og 1985. For det andre inkluderer de norske tallene alle typer legeskonsultasjoner, i motsetning til for eksempel Sverige som ikke har med telefonkonsultasjoner og legebesøk i hjemmet. For Danmark kommer i tillegg problemet med ufullstendige tall, siden blant annet København ikke er med.

Tabell 9.6. Antall legebesøk i året pr. 1000 innbyggere¹ i de nordiske land

	Danmark ²		Finland ³		Island ⁴		Norge		Sverige	
	1974- 1975	1987	1975	1986	1975	1987	1975 ⁵	1985 ⁵	1975	1987
Legebesøk i alt	3646	2605	3429	4106	4741	4485	5720	2600	2749
På sykehus ⁶	..	722	625	688	..	..	517	546	..	1251
På legekantor og helse- sentral	2924	1980 ⁷	2741 ⁷	2654	2909	3968 ⁸	5174 ⁸	..	1498 ⁹

¹Det er vanskelig å sammenligne tallene. I Danmark og Sverige er telefonisk legekonsultasjon ikke tatt med. Legebesøk i hjemmene er dessuten utelatt for Sverige. Da oppbygningen av det primære helsevesen er vesentlig forskjellig mellom de fem land, er også behovet for registrering forskjellig.

²Eksklusive København, Fredriksberg, Dragør og Tårnby, da tall ikke foreligger.

³Eksklusive helsekontroller utført av personell ved helsesentre.

⁴Beregninger basert på en 7 dagers undersøkelsesperiode i oktober.

⁵Beregninger basert på en 14-dagers undersøkelsesperiode i oktober.

⁶Poliklinikk og legevakt.

⁷Inklusive besøk i hjemmet.

⁸Besøk hos/av lege (inkl. helsekontroll og telefonkonsultasjoner).

⁹Inkluderer besøk i hjemmet og hos privatlege, unntatt lege i forbindelse med helsekontroll for mor og barn.

Kilde: Helsestatistikk for de nordiske land 1987.

Litteraturliste:

- Bjerkelund, Christopher (1988): Endringer i livskvaliteten. Har denne vurderingen noen plass i vår behandlingstradisjon ved mild/moderat hypertensjon?
Tidsskrift for den Norske Lægeforening nr. 34-35-36, 1988;108: 3186-8
- Donabedian, Avedis (1987): Commentary on some studies of the quality of care.
Health Care Financing Review, Annual Suppl., Dec. 1987: 75-85
- Elstad, Jon Ivar (1987): Diagnose av allmennlegetjenesten. Institutt for sosialforskning, rapport 1987:5
- Elstad, Jon Ivar (1989): Publikum og legetjenestene 1975-1985. Upublisert manus, Institutt for sosialforskning
- Fønstelien, Erik og Folke Nilsson (1989): Uhellsetterforskning ved Det særlige tilsyn med elektromedisinsk utstyr.
Tidsskrift for den Norske Lægeforening nr. 16, 1989;109: 1801-3
- Grund, Jan mfl. (1983): Helseplan for 1980-åra. Omlegging og utvikling. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.
- Grøtvedt, Liv og Otto Carlsson (1988): Helse og livsstil i figurer og tekst. Utviklings- trekk 1975-1985. SSB, Rapporter 88/23
- Hagen, Helge og Geir Stene-Larsen (1989): Befolkningens og pasientenes holdninger til sektoriseringen i Oslo.
Tidsskrift for den Norske Lægeforening nr. 5 1989: 607-9
- Hammervold, Randi (1988): Helsetjenesten i kommunene.
NIS-rapport nr. 2/1988
- Helsedirektoratet: Årsmeldinger for tannhelsetjenesten
- Hjort, Peter F. (1985): Sosial rettferdighet og privatisering.
Helsetjenesten nr. 5, 1985
- Hofoss, Dag (1986): Hva vet vi om pasienttilfredshet? Hva kan vi bruke kunnskapen til?
Tidsskrift for den Norske Lægeforening nr. 14, 1986;106: 1188-95
- Hofoss, Dag mfl: (1988): Fra for mange til for få. Helsepersonell-situasjonen i Norden på slutten av 1980-tallet. SIFF-Avdeling for helsetjenesteforskning-Rapport nr.9 - 1988
- Huserbråten, Kirsti og Berit Hyllseth (1989): Omsorgstjenestene for eldre. Muligheter og begrensninger ved den nasjonale statistikken. Internt notat, Statistisk sentralbyrå

- Høsteng, Trygve og
Randi Henriksen (1989): En spørreundersøkelse om dagbehandling. Tidsskrift
for den Norske Lægeforening nr. 1, 1989, s.69-73
- Jørgensen, Stig mfl.: (1987): Sykehussektorens økonomi.
En utredning om ulike sider ved sykehusenes økonomiske situasjon
fra 1985.
NIS - Arbeidsrapport 33/87
- Kindseth, Ola mfl. (1989): Samdata - Sykehus 1989.
NIS-rapport nr. 7/1989
- Kristiansen, Ivar S.
og Finn H. Hansen (1989): Hva mener publikum om distriktslegetjenesten?
En spørreskjemaundersøkelse fra Nord-Norge. Tidsskrift for den
Norske Lægeforening nr. 6, 1989; 109: 719-24
- Lind, Bjørn og
Tor Martin Hoel (1988): Omsorg for de fødende i Norge. En
intervjuundersøkelse.
Tidsskrift for den Norske Lægeforening nr. 32, 1988; 108: 2959-62
- Lindseth, Kai (1989): Helsetjenestens refusjonsutgifter - en analyse
av regnskapstall for 1985-88. Plan- og utredningsavdelingen,
Sosialdepartementet
- Lingaas, Egil (1990): Sykehusinfeksjoner
Tidsskrift for den Norske Lægeforening nr. 3, 1990;110: 322-3
- Loft, Anne og
Myra Lewinter (1988): Explaining regional variations in health care.
Scandinavian Journal of Social Medicine 16: 63-64
- Lystad, A. og
M. Stormark (1989): Sykehusinfeksjoner i norske somatiske sykehus.
Helsetjenesten nr. 6, 1989
- Laake, Knut mfl. (1985): Bivirkninger som årsak til innleggelser i
indremedisinsk akuttavdeling. Hvor godt er rapporteringssystemet?
Tidsskrift for den Norske Lægeforening nr. 26, 1985, 105: 1792-5
- Monrad Aas, Harald og
Ragna Valen (1988): Pasientklager/risk management i odontologien med
oversikt for generell helsetjeneste
NIS-rapport nr. 6/1988
- Mæland, John Gunnar og
Odd Erik Havik (1989): Etter hjerteinfarkt. En medisinsk og
psykologisk undersøkelse med spesiell vekt på opplevd sykdom
Tidsskrift for den Norske Lægeforening nr. 4 1989;109: 481-2
(sammendrag av doktoravhandling)
- NOMESKO: Helsestatistikk i de nordiske land 1980, 1986, 1987
- Nordlund, Anders (1989): Hur man mäter sjukvård : Exempel på kvalitets-
och effektivitetsmätningar.
Finansdepartementet, Sverige. DS 1989:4

- NOU 1982:35: Nasjonale tiltak for en geografisk likeverdig helsetjeneste
- NOU 1987:25: Sykehustjenester i Norge. Organisering og finansiering
- OECD (1987): Financing and delivering health care. OECD Social Policy Study nr. 4
- OECD (1988): The future of social protection. OECD Social Policy Study nr. 6
- Ot.prp. nr. 48 (1984-85): Om endringer i lover vedrørende inntektssystemet for kommunene og fylkeskommunene
- Ot.prp. nr. 66 (1981-82): Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene
- Paulsen, Bård (1989): Hva dreier det seg om? En analyse av møtet mellom pasienter og behandlere i kommunale fysioterapitjenester NIS-rapport nr. 4/1988
- Rutle, Olav (1986): Kvalitet i allmennpraksis. Tidsskrift for den Norske Lægeforening nr. 23 1986; 106: 1845-9
- Røstadsand, Jon Ivar (1989): Helseregnskap - utvikling av satelitt-regnskap for helsetjenester Økonomiske analyser nr. 9/1989
- Sagabråten, Anne (1989): Bivirkningsmateriale 1987 Nytt fra Statens legemiddelkontroll 5-6, 1989
- Sakshaug, Solveig og Knut M. Lunde (1986): Utviklingstrekk ved legemiddelforbruket i Norge i 1970- og 1980 årene. I Kåre Øydvin (red): Legemiddelforbruket i Norge 1981-1985. Norsk Medisinaldepot 1986
- Saxebo, Gunnar mfl. (1988): Røntgendiagnostikk og stråling. Tidsskrift for den Norske Lægeforening nr. 23, 1988;108: 1760-4
- Schieber, George og Jean-Pierre Poullier(1989): Overview of international comparisons of health care expenditure. Health Care Financing Review, Annual Supplement 1989
- Skolbekken, John Arne og Inger Pauline Landsem (1989): Meldetjenesten. NIS-rapport 1/89
- St. meld. nr. 41 (1987-88): Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal Helseplan
- St. meld. nr. 4 (1988-89): Langtidsprogrammet 1990-1993
- St. meld. nr. 17 (1989-90): Egenbetaling i helse- og sosialtjenesten
- St. prp. nr. 1 (1989-90): Folketrygdens utgifter og inntekter
- Statistisk sentralbyrå: NOS Helseinstitusjoner 1980, 1988
- Statistisk sentralbyrå: NOS Helsepersonellstatistikk 1985

Statistisk sentralbyrå: NOS Helsestatistikk 1986, 1987

Statistisk sentralbyrå: NOS Sosialstatistikk 1987, 1988

Statistisk sentralbyrå: NOS Sykehusstatistikk 1975

Statistisk sentralbyrå: Årsstatistikk for kommunehelsetjenesten
1986, 1987, 1988

Tuckett, David (1980, red.): An introduction to medical sociology.
Tavistock Publications, London 1980

Vedleggstabeller:

Tabell 9.A. Helseutgifter i prosent av brutto nasjonalprodukt (BNP), i OECD-landene. 1975, 1980, 1985 og 1987

	1975	1980	1985	1987
Australia	5,7	6,6	7,0	7,1
Østerrike	7,3	7,9	8,1	8,4
Belgia	5,8	6,6	7,2	8,6
Canada	7,3	7,4	8,4	8,6
Danmark	6,5	6,8	6,2	6,0
Finland	6,3	6,5	7,2	7,4
Frankrike	6,8	7,6	8,6	8,6
Vest-Tyskland .	7,8	7,9	8,2	8,2
Hellas	4,1	4,3	4,9	5,3
Island	5,9	6,4	7,3	7,8
Irland	7,7	8,5	8,0	7,4
Italia	5,8	6,8	6,7	6,9
Japan	5,5	6,4	6,6	6,8
Luxembourg	5,7	6,8	6,7	7,5
Nederland	7,7	8,2	8,3	8,5
New Zealand ...	6,4	7,2	6,6	6,9
Norge	6,7	6,6	6,4	7,5
Portugal	6,4	5,9	7,0	6,4
Spania	5,1	5,9	6,0	6,0
Sverige	8,0	9,5	9,4	9,0
Sveits	7,0	7,3	7,7	7,7
Tyrkia .....	..	..	..	3,5
Storbritannia .	5,5	5,8	6,0	6,1
USA	8,4	9,2	10,6	11,2
Alle OECD-land	6,5	7,0	7,4	7,5 (7.3) ¹

¹Inkludert Tyrkia.

Kilde: Schieber og Poullier, 1989 (OECD-data).

Tabell 9.B. Leger, tannleger og sykepleiere pr. 10 000 innbyggere i OECD-land og land utenfor OECD

	Leger	Tannleger	Sykepleiere ²
OECD-land			
Australia (1986)	22,9	..	93,4
Østerrike (1985)	26,1	4,1	35,7
Belgia (1985)	30,2	6,3	..
Canada (1984)	19,6	4,9	..
Danmark (1984)	25,1	8,8	56,1
Finland (1985)	22,3	9,3	87,0
Frankrike (1986)	31,9	7,2	..
Vest-Tyskland (1984) ..	25,6	5,7	33,4
Hellas (1984)	28,5	8,5	20,2
Island (1983)	23,0	8,1	61,4
Irland (1984)	14,7	3,2	71,5
Italia (1986)	42,4	0,6	..
Japan (1984)	15,1	..	54,1
Luxembourg (1985)	18,5	4,7	..
Nederland (1985)	22,4	4,9	..
New Zealand (1986)	17,4	..	123,8
Norge (1985)	22,2	8,9	85,9
Portugal (1985)	24,2	0,4	..
Spania (1984)	31,3	1,2	36,8
Sverige (1985)	26,4	11,0	84,6
Sveits (1985)	14,6	4,9	..
Tyrkia (1985)	7,1	1,6	6,0
Storbritannia (1981) ..	16,4	3,1	32,5
USA (1984)	21,4	5,9	83,0
Gjennomsnitt			
OECD	22,9	5,4	60,4
Europa	24,2	5,5	53,2
Andre land			
Sovjet (1985)	42,1 ³	..	..
Kina (1986)	9,1	..	7,2
India (1984)	3,9	0,1	2,2
Nigeria (1982)	1,3	..	4,3
Brasil (1984)	9,3	1,3	2,0

¹Det er enkelte avvik mellom tallene i tabell 9.1 og vedleggstabell 9.B. Særlig gjelder dette Danmark. Vi har ikke hatt anledning til å undersøke bakgrunnen for dette nærmere.

²Betegnes som "nurses" eller "professional nurses" i WHO's statistikk. Hvilke personellgrupper som tas med varierer en del. Jordmødre ("midwives") tas med i noen land, ekskluderes i andre.

³Leger og tannleger.

Kilde: World Health Statistics Annual, 1988.

Tabell 9.C. Innleggelser i sykehus pr. 1000 innbyggere.
OECD-landene 1965-1987

	1965	1970	1975	1980	1985	1987
Australia .....	..	198	..	201	206	216
Østerrike	145	155	170	195	216	226
Belgia	80	93	118	138	145	..
Canada	159	165	165	149	145	145
Danmark	127	144	177	183	199	205
Finland	150	182	189	210	226	226
Frankrike .....	..	74	165	200	206	212
Vest-Tyskland ...	138	154	169	188	199	211
Hellas	89	105	108	118	119	121
Island	127	162	195	209	..	..
Irland .....	..	124	156	172	..	169
Italia	105	138	154	160	152	150
Japan	46	54	55	60	70	75
Luxembourg	128	134	137	166	188	..
Nederland	90	100	110	117	114	110
New Zealand	87	93	125	133	..	130
Norge	121	132	147	155	166	163
Portugal	49	59	72	92	85	93
Spania .....	..	..	81	93	91	..
Sverige	145	166	181	183	200	200
Sveits	135	131	114	126	131	132
Tyrkia	38	44	43	39	48	55
Storbritannia ...	101	109	116	136	155	158
USA	148	155	167	171	148	147
Alle OECD-land ..	110	124	135	149	153	157

Kilde: Health Care Financing Review, Annual Supplement 1989
(OECD-data).

Tabell 9.D. Gjennomsnittlig oppholdstid (liggedager pr. innskrivning) i sykehus. OECD-landene 1965-1987

	1965	1970	1975	1980	1985	1987
Australia .....	..	9,3	8,5	7,7	6,9	6,1
Østerrike	24,0	22,2	20,4	17,9	14,1	13,4
Belgia .....	..	..	..	19,5	16,9	..
Canada	11,6	11,5	11,2	12,9	13,4	13,2
Danmark	20,1	18,1	14,6	12,7	10,7	9,1
Finland	30,1	27,3	26,0	23,2	19,3	18,4
Frankrike	21,1	18,3	15,0	13,9	13,2	12,5
Vest-Tyskland ...	27,4	24,9	22,2	19,7	18,0	17,1
Hellas	17,0	15,0	14,5	13,3	12,0	11,0
Island	30,5	28,8	26,3	..	..	16,0
Irland .....	..	13,3	11,4	9,7	..	8,3
Italia	22,9	18,8	16,3	13,1	11,5	11,0
Japan	56,7	55,3	54,8	55,9	54,2	52,9
Luxembourg	28,0	27,0	25,0	23,2	20,0	..
Nederland .....	..	38,2	36,8	34,7	34,3	34,8
New Zealand	17,0	..	13,2	13,8	12,7	..
Norge	25,7	21,0	16,9	14,3	11,6	11,0
Portugal	18,9	18,4	15,5	14,4	13,9	12,4
Spania .....	..	..	16,8	14,8	14,0	13,0 ¹
Sverige	29,2	27,2	25,8	24,4	21,3	19,7
Sveits	27,5	26,0	25,8	24,7	24,4	25,2
Tyrkia	11,0	9,0	9,0	9,0	7,6	..
Storbritannia ...	30,1	25,7	22,9	19,1	15,8	15,0
USA	17,8	14,9	11,4	10,0	9,6 ²	..
Alle OECD-land ..	24,6	22,4	20,0	18,4	17,1	16,8

¹ 1986.

² 1983.

Kilde: Health Care Financing Review, Annual Supplement 1989 (OECD-data).

UTKOMMET I SERIEN RAPPORTER FRA STATISTISK SENTRALBYRÅ ETTER 1. JANUAR 1989 (RAPP)
 Issued in the series Reports from the Central Bureau of Statistics since 1 January 1989 (REP)
ISSN 0332-8422

- 88/9 Radiolytting og fjernsynsseing vinteren 1988 Landsoversikt for programdagene 30. januar - 5. februar/Gustav Haraldsen. 1988-91s. (RAPP; 88/9) 40 kr ISBN 82-537-2653-8
- 88/10 Radiolytting og fjernsynsseing vinteren 1988 Fylkesoversikt for programdagene 30. januar - 5. februar/Gustav Haraldsen. 1988-168s. (RAPP; 88/10) 50 kr ISBN 82-537-2654-6
- 88/11 Ressursregnskap for skog 1970-1985/Erik Næsset. 1988-68s. (RAPP; 88/11) 40 kr ISBN 82-537-2661-9
- 88/15 Inntektsulikhet i Norge 1973-1985/Rolf Aaberge og Tom Wennemo. 1988-94s. (RAPP; 88/15) 45 kr ISBN 82-537-2671-6
- 88/16 Individuelle faktorer ved rekruttering til uførepensjonsordningen. En empirisk studie 1977-1983/Ellen J. Amundsen. 1988-96s. (RAPP; 88/16) 45 kr ISBN 82-537-2728-3
- 88/26 Radiolytting og fjernsynsseing Høsten 1988 Fylkesoversikt for programdagene 1.-7. oktober Gustav Haraldsen og Odd Frank Vaage. 1988-130s. (RAPP; 88/26) 50 kr ISBN 82-537-2699-6
- 88/27 Radiolytting og fjernsynsseing Høsten 1988 Landsoversikt for programdagene 1.-7. oktober Gustav Haraldsen og Odd Frank Vaage. 1988-85s. (RAPP; 88/27) 40 kr ISBN 82-537-2700-3
- 88/28 Radiolytting og fjernsynsseing blant barn og ungdom høsten 1988 Programdagene 1.-7. oktober/Gustav Haraldsen og Odd Frank Vaage. 1988-55s. (RAPP; 88/28) 40 kr ISBN 82-537-2703-8
- 88/29 Kommunehelsetjenesten Årsstatistikk for 1987. 1988-67s. (RAPP; 88/29) 40 kr ISBN 82-537-2698-8
- 88/31 Luftforurensning og materialskader: Samfunnsøkonomiske kostnader/Solveig Glomsrød og Audun Rosland. 1989-70 s. (RAPP; 88/31) 40 kr ISBN 82-537-2727-5
- 88/32 Den norske informasjonssektoren - Hvor stor del av totaløkonomien har med informasjon å gjøre?/Jan Brunsgaard og Erling Joar Fløttum. 1989-73s. (RAPP; 88/32) 40 kr ISBN 82-537-2707-0
- 89/1 Naturressurser og miljø 1988 Energi, petroleumsøkonomi, mineraler, fisk, skog, jordbruk, avfall, avløp og vannforsyning, luft Ressursregnskap og analyser. 1989-116s. (RAPP; 89/1) 75 kr ISBN 82-537-2765-8
- 89/2 KVARTS-86 A Quarterly Macroeconomic Model Formal Structure and Empirical Characteristics/ Einar Bowitz and Torbjørn Eika. 1989-104s. (RAPP; 89/2) 45 kr ISBN 82-537-2714-3
- 89/3 Lønnsrelasjoner i en kvartalsmodell for norsk økonomi En KVARTS-rapport/Einar Bowitz. 1989-87s. (RAPP; 89/3) 70 kr ISBN 82-537-2738-0
- 89/4 Innvandringens betydning for befolkningsutvikling i Norge/Inger Texmon og Lars Østby. 1989-55s. (RAPP; 89/4) 70 kr ISBN 82-537-2723-2
- 89/5 Statistisk sentralbyrå Hovedtrekk i arbeidsprogrammet for 1989. 1989-53s. (RAPP; 89/5) 60 kr ISBN 82-537-2720-8
- 89/6 Utbyggingsregnskap Dokumentasjon av metode og resultater fra prøveregnskap 1986 og 1987/ Øystein Engebretsen. 1989-58s. (RAPP; 89/6) 70 kr ISBN 82-537-2724-0
- 89/7 Sociodemographic Differentials in the Number of Children A Study of Women Born 1935, 1945 and 1955/Øystein Kravdal. 1989-138s. (RAPP; 89/7) 75 kr ISBN 82-537-2766-6


- 89/8 Radiolytting og fjernsynsseing Vinteren 1989 Landsoversikt for programdagene
4. - 10. februar/Gustav Haraldsen og Odd Frank Vaage. 1989-69s. (RAPP; 89/8) 70 kr
ISBN 82-537-2769-0
- 89/9 Radiolytting og fjernsynsseing Vinteren 1989 Fylkesoversikt for programdagene
4. - 10. februar/Gustav Haraldsen og Odd Frank Vaage. 1989-130s. (RAPP; 89/9) 85 kr
ISBN 82-537-2770-4
- 89/10 Rehabilitering av bygninger 1986/Arild Thomassen. 1989-41s. (RAPP; 89/10) 70 kr
ISBN 82-537-2791-7
- 89/12 De eldres inntekter Nivå og ulikhet Income of Aged People Level and Inequality.
1989-156s. (RAPP; 89/12) 95 kr ISBN 82-537-2785-2
- 89/13 Totalregnskap for fiske- og fangstnæringen 1983-1986. 1989-38s. (RAPP; 89/13) 60 kr
ISBN 82-537-2783-6
- 89/14 Ensliges inntekt og forbruk. 1989-107s. (RAPP; 89/14) 75 kr ISBN 82-537-2796-8
- 89/15 Husholdningsstørrelse og -sammensetning 1960, 1970 og 1980 Noen utvalgte alderstrinn/Björg
Moen. 1989-50s. (RAPP; 89/15) 60 kr ISBN 82-537-2847-6
- 89/16 Skatter og overføringer til private Historisk oversikt over satser mv. Årene 1975-1989.
1989-63s. (RAPP; 89/16) 45 kr ISBN 82-537-2813-1
- 89/17 Fruktbarhet og dødelighet i Norge 1771-1987. 1989-44s. (RAPP; 89/17) 60 kr
ISBN 82-537-2840-9
- 89/18 Undersøkelse om bruk av folkebibliotek 1988. 1989-83s. (RAPP; 89/18) 60 kr
ISBN 82-537-2832-8
- 89/19 Aktuelle skattetal 1989 Current Tax Data. 1989-44s. (RAPP; 89/19) 60 kr
ISBN 82-537-2844-6
- 89/21 Kommunehelsetjenesten Årstatistikk for 1988. 1990-83s. (RAPP; 89/21) 70 kr
ISBN 82-537-2870-0
- 89/22 Energisubstitusjon i treforedlingssektoren/Torstein Bye og Tor Arnt Johansen. 1990-40s.
(RAPP 89/22) 60 kr ISBN 82-537-2873-5
- 89/23 Struktur og egenskaper ved en MSG-modell med Armingtonrelasjoner/Erling Holmøy og
Tor Jakob Klette. 1990-99s. (RAPP 89/23) 70 kr ISBN 82-537-2872-7
- 90/1 Naturressurser og miljø 1989 Energi, fisk, skog, jordbruk, luft, ressursregnskap og
analyser. 1990-136s. (RAPP; 90/1) 75 kr ISBN 82-537-2918-9
- 90/1A Natural Resources and the Environment 1989 Energy, Fish, Forests, Agriculture, Air
Resource Accounts and Analyses. 1990-144s. (RAPP; 90/1A) 75 kr ISBN 82-537-2931-6
- 90/2 Region-2 En modell for regionaløkonomisk analyse/Knut Ø. Sørensen og Jøran Toresen.
1990-76s. (RAPP; 90/2) 70 kr ISBN 82-537-2880-8
- 90/3 Nasjonale og regionale virkninger av ulike utviklingslinjer i norsk jordbruk/Ådne Cappelen,
Stein Inge Hove og Tor Skoglund. 1990-88s. (RAPP 90/3) 45 kr ISBN 82-537-2890-5
- 90/4 Arbeidstilbudet i MODAG En analyse av utviklingen i yrkesdeltakingen for ulike sosiodemo-
grafiske grupper/Kjersti-Gro Lindquist, Liv Sannes og Nils Martin Stølen. 1990-178s.
(RAPP 90/4) 85 kr ISBN 82-537-2911-1

- 90/6 Who has a Third Child in Contemporary Norway? A Register-Based Examination of Socio-demographic Determinants/Øystein Kravdal. 1990-100s. (RAPP; 90/6) 75 kr
ISBN 82-537-2919-7
- 90/7 Helsetilstanden i Norge Status og utviklingstrekk. 1990-95s. (RAPP; 90/7) 70 kr
ISBN 82-537-2924-3
- 90/8 International Migration to Norway, 1988 Report for the Continuous Reporting System of Migration of OECD (SOPEMI) Internasjonal flytting til Norge En rapport til OECDs Continuous Reporting System of Migration (SOPEMI)/Lars Østby. 1990-66s. (RAPP; 90/8) 70 kr
ISBN 82-537-2928-6
- 90/9 Informasjon om nasjonalregnskapet Dokumentasjonsnotater, publikasjoner og andre viktige referanser/Erling Joar Fløttum. 1990-41s. (RAPP; 90/9) 60 kr ISBN 82-537-2932-4
- 90/10 Flytting og arbeidsmarked i fylkene 1972-1986/Lasse Sigbjørn Stambøl. 1990-111s.
(RAPP; 90/10) 75 kr ISBN 82-537-2935-9



Pris kr 75,00

Publikasjonen utgis i kommisjon hos H. Aschehoug & Co. og
Universitetsforlaget, Oslo, og er til salgs hos alle bokhandlere.



ISBN 82-537-2914-6
ISSN 0332-8422

ARBEIDSTILBUDET I MODAG

EN ANALYSE AV UTVIKLINGEN I YRKEDELTAINGEN
FOR ULIKE SOSIODEMOGRAFISKE GRUPPER

AV

KJERSTI-GRO LINDQUIST, LIV SANNES OG NILS MARTIN STØLEN

RAPPORTER FRA STATISTISK SENTRALBYRÅ 90/4

ARBEIDSTILBUDET I MODAG

EN ANALYSE AV UTVIKLINGEN I YRKEDELTAINGEN FOR
ULIKE SOSIODEMOGRAFISKE GRUPPER

AV

KJERSTI-GRO LINDQUIST, LIV SANNES OG NILS MARTIN STØLEN

STATISTISK SENTRALBYRÅ
OSLO-KONGSVINGER 1990

ISBN 82-537-2911-1
ISSN 0332-8422