

Kartlegging av oppgavefordelingen mellom kommunenes helse- og sosialtjeneste og spesialisthelsetjenesten

Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av
Helse- og omsorgsdepartementet

15. februar 2006

INNLEDNING	6
1 ARBEIDSGRUPPENS MANDAT, SAMMENSETNING OG ARBEID.....	6
1.1 Arbeidsgruppens mandat.....	6
1.2 Arbeidsgruppens sammensetning.....	7
1.3 Gruppens arbeid	7
2 UTVIKLING I KOMMUNENES HELSE- OG SOSIALTJENESTE.....	7
2.1 Dekningsgrader i pleie- og omsorgstjenesten	8
2.2 Eldre brukere av pleie- og omsorgstjenester	11
2.3 Yngre brukere av pleie og omsorgstjenester	11
2.4 Fastlegeordningen.....	12
2.5 Toppfinansieringsordningen for ressurskrevende brukere	14
3 OPPGAVER I SAMARBEIDSSONEN	14
3.1 Drivkrefter i utviklingen av oppgaver	16
3.2 Hva er rett behandlingsnivå?.....	18
3.3 Rus	18
3.4 Rehabilitering - planlegging og samordning	19
3.5 Medisinsk-teknologisk utvikling belyst ved eksempler	19
4 UTVIKLING I SPESIALISTHELSETJENESTEN	23
4.1 Hovedtrekk somatikk Rett til nødvendig helsehjelp.....	24
4.2 Hovedtrekk somatikk	25
4.3 Liggetid somatikk	25
4.4 Akutte og planlagte behandlinger	27
5 PSYKISK HELSE.....	29
5.1 Opptappingsplanen for psykisk helse.....	29
5.2 Omstrukturering og aktivitetsutvikling innen psykisk helse	29
5.3 Nedbygging av psykiatriske sykehjem	31
5.4 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste og opptappingsplanen	32
5.5 Fastlegen og opptappingsplanen for psykisk helse.....	33

6	DATA I HELSE- OG SOSIALTJENESTEN	33
6.1	Beskrivelse av eksisterende registerdata.....	33
6.2	Utvikling av IPLOS	34
6.3	Igang satt utviklingsarbeid	35
6.4	Studier av pasientforløp	35
6.5	Behov for et bedre datagrunnlag.....	36
7	VURDERINGER	37
7.1	I hvilken grad har det skjedd overføring av oppgaver mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten?	37
8	KONKLUSJON OG TILRÅDINGER	37
	REFERANSER	40

Til Helse- og omsorgsdepartementet

Arbeidsgruppen som er nedsatt til å vurdere endringer i oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og sosialtjeneste legger med dette frem sin rapport.

Oslo 15.februar 2006

Elisabeth Vaagen
Leder

Bjarne Haslund
Morten Lang-Ree

Cecilie Mo Batalden

Jon Hilmar Iversen
Kari Rolstad

Sekretariat
Hans Øyvind Hvidsten
Brit Roland

Innledning

Spørsmålet om endringer i arbeidsdelingen mellom kommunenes helse- og sosialtjeneste og den statlige spesialisthelsetjenesten har vært ett sentralt tema i konsultasjonsordningen mellom staten og KS. Denne arbeidsgruppen er vedtatt nedsatt etter at KS i 2003 foreslo å nedsette en arbeidsgruppe som skulle kartlegge endringer eller forskyvninger av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunenes helse- og sosialtjeneste som resultat av kortere liggetid, faglig utvikling med mer. Nedsettelsen av Wisløff-utvalget var en medvirkende årsak til at planene om en "kartleggingsgruppe" ble utsatt.

Wisløff-utvalget leverte i januar 2005 sin innstilling; NOU 2005:3 "Fra stykkevis til helt - en sammenhengende helsetjeneste" (1). Utvalgets utredning inneholder en rekke forslag til tiltak for å forbedre samhandlingen mellom tjenestenivåene. Utvalget beskriver og analyserer forutsetninger for god samhandling, utfordringer, pasient- eller brukerperspektiv, samhandling mellom tjenesteutøvere, økonomiske og organisatoriske rammebetingelser.

Til tross for at samordning, samhandling og gråsoneproblematikk har vært tatt opp i en rekke offentlige dokumenter de siste tiårene, viser det seg at man ikke har en god nok oversikt over hva som faktisk skjer av arbeidsdeling i disse samarbeidssonene og virkninger av endringer. Dette er en viktig grunn til at man valgte å nedsette kartleggingsgruppen, og arbeidet her er en del av oppfølgingen av NOU 2005:3 "Fra stykkevis til helt" i Helse- og omsorgsdepartementet.

Videre har SINTEF Helse på oppdrag fra KS utarbeidet rapporten "Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten - oppgaveutvikling og samspill" (2).

1 Arbeidsgruppens mandat, sammensetning og arbeid

1.1 Arbeidsgruppens mandat

Arbeidsgruppen ble vedtatt etablert i 2005 og konstituert 5. september 2005. Arbeidsgruppen ble gitt følgende mandat:

På bakgrunn av konsultasjonene mellom KS og regjeringen etableres det en arbeidsgruppe for å analysere endringer i oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstjeneste. Arbeidet skal omfatte både somatikk og psykiatri/psykisk helsearbeid.

Beskrivelsen skal ta utgangspunkt i tilgjengelige data og dokumentasjon, og belyse virkningene for hhv. 1. og 2. linjetjenesten av endringer i forhold som blant annet liggetid og medisinskteknologisk utvikling, endringer i pasientsammensetning og i organisatoriske forhold/funksjonsfordeling. Gruppen bør også vurdere behov for å utvikle/innhente nye data for å belyse utviklingen framover bedre.

Gruppen bes se særskilt på i hvilket omfang kommunenes funksjoner har endret seg de senere årene i samspillet mellom kommunehelsetjenesten og sykehus/poliklinisk behandling, hvilke pasientgrupper dette i så fall dreier seg om og hvilken kompetanse som kreves. I dette ligger også støttefunksjoner fra spesialisthelsetjenesten.

Arbeidsgruppen settes sammen av representanter fra KS, Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Sosial- og helsedirektoratet (SHdir). Arbeidsgruppen leverer sin rapport innen 15. februar 2006.

Gruppens rapport vil inngå i grunnlaget for HOD's videre arbeid med oppfølging av NOU 2005: 3 "Fra stykkevis til helt". Eventuelle konsekvenser av endringer i oppgavefordelingen for kommunenes økonomiske rammer håndteres i de ordinære budsjettprosessene.

1.2 Arbeidsgruppens sammensetning

Helse – og omsorgsdepartementet (HOD) og KS har tre medlemmer hver i arbeidsgruppen. Medlemmene oppnevnes av partene selv. SHdir og HOD har hatt ansvaret for sekretariatsfunksjonen.

HOD:	seniorrådgiver Elisabeth Vaagen, arbeidsgruppens leder seniorrådgiver Cecilie Mo Batalden
SHdir:	avdelingsdirektør Jon Hilmar Iversen
KS:	rådmann Morten Lang-Ree, Elverum kommune rådgiver Kari Rolstad spesialrådgiver Bjarne Haslund
Sekretariatet:	seniorrådgiver Brit Roland, SHdir og rådgiver Hans Øyvind Hvidsten, HOD

Arbeidsgruppen ble konstituert 26. september 2005. Gruppen har hatt ni møter i alt.

1.3 Gruppens arbeid

Arbeidsgruppen har benyttet tilgjengelig statistikk og annen dokumentasjon, rapporter, budsjettdokumenter mv. som grunnlag for arbeidet. Vi har benyttet oss av kompetanse som er representert i de organisasjoner vi representerer; HOD, SHdir og KS. I tillegg har vi gjennomført egne møter med særskilte og for oss sentrale kompetansemiljøer. Siden dokumentasjon og kartlegging har fremstått som arbeidsgruppens største utfordring har vi hatt egne møter med SINTEF Helse, Avdeling for IT og statistikk i SHdir, samt med prosjektdirektøren for opptrappingsplanen psykisk helse (OP) i SHdir. Arbeidsgruppen har hatt møte med varaordfører i Elverum kommune, ordfører i Hamar kommune og viseadministrerende direktør i Sykehuset Innlandet.

Et hensiktsmessig tidsspenn for beskrivelse og analyse antas av gruppen å være de 5-10 siste årene. Arbeidsgruppen har ikke valgt å gå inn i diskusjonen om mulige effekter av de ulike finansieringssystemene i helse- og sosialtjenestene, selv om de ulike finansieringssystemene kan ha en effekt på samhandlingen mellom 1. og 2. linjetjenesten.

2 Utvikling i kommunenes helse- og sosialtjeneste

Det har skjedd en omfattende utvikling både i kommune- og spesialisthelsetjenesten de siste årene. Etterspørselen etter velferdstjenester og ansvarsområdene mellom forvaltningsnivåene de siste 15-20 årene belyses i Makt og demokratiutredningen (3) og i Stortingsmelding nr 17 (2004-2005) Makt og demokrati (4). I begynnelsen av 1980-tallet ble det gjennomført viktige endringer som flyttet ansvar fra fylkeskommunene til kommunene. Kommunene overtok ansvaret for sykehjemmene i 1988. HVPU- reformen i 1991 innebar en overføring av ansvaret for mennesker med psykisk utviklingshemming fra fylkeskommunene til kommunene. Kommunene overtok ansvaret for pleie, omsorg og botilbud, mens folketrygden fikk det

samme ansvaret for disse som for øvrig befolkning utenfor institusjon. Fylkeskommunenes oppgaver er kraftig redusert ved at staten har overtatt ansvaret for den fylkeskommunale spesialisthelsetjenesten og ansvaret for tilbudet til rusmiddelmisbrukere som hører inn under spesialisthelsetjenesten. Opptrappingsplanen for psykisk helse (OP) er en statlig plan som forutsetter en styrking av tjenestetilbudet både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. En viktig føring er vektlegging av polikliniske tjenester og et sterkere kommunalt ansvar.

Kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven med tilhørende forskrifter (5;6) angir hvilke oppgaver kommunene skal sørge for overfor innbyggerne. Arbeidsgruppen har valgt å konsentrere seg om kommunenes pleie- og omsorgsoppgaver i beskrivelsen av utviklingen i kommunenes helse- og sosialtjeneste fordi dette tjenesteområdet peker seg ut i arbeidsgruppens mandat, og fokuset har vært rettet mot utskriving fra sykehus til kommunene eller hjem. Fastlegene har en viktig rolle i samhandlingen, og er også omtalt. Videre har vi valgt å omtale habilitering og rehabilitering, som både er et kommunalt og et statlig ansvar i kapittel 3.4. Her inngår også fysioterapitjeneste som en viktig oppgave. Helsestasjonsvirksomhet omtales i kapittel 5 under Opptrappingsplanen psykisk helse.

2.1 Dekningsgrader i pleie- og omsorgstjenesten

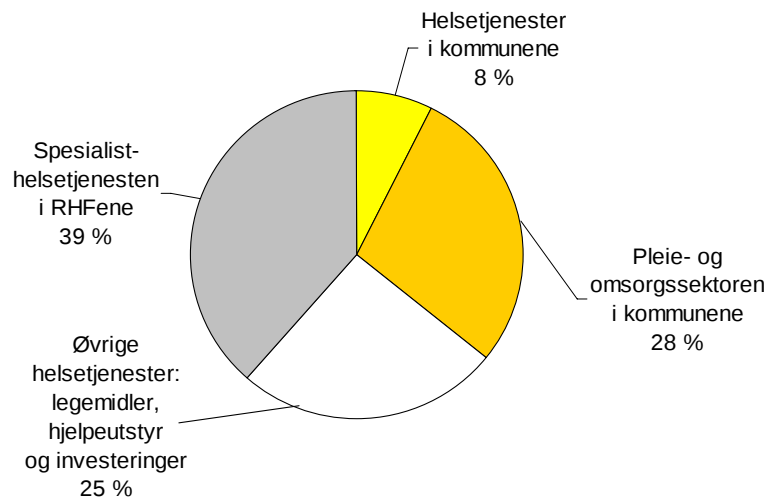
Pleie – og omsorgstjenesten representerer den største tjenesten i kommunene målt i personell og budsjett. Siden sykehjemsreformen i 1988 har det skjedd en endring mot individualiserte, differensierte pleie- og omsorgstjenester i kommunen. Karakteristisk for utvikling av tjenesten er en avinstitusjonalisering og differensiering av tilbudet. Hjelp som tidligere ble gitt på sykehus eller i sykehjem gis nå også som hjemmetjenester i omsorgsboliger og i eget hjem. Kommunen utvikler stadig flere fleksible tilbud basert på brukerens behov for bistand og hjelp. Smidige løsninger stiller større krav til organiseringen av tilbudet i pleie- og omsorgstjenesten. Kommunene har møtt de nye utfordringene med etablering av en sterk opprustning av hjemmesykepleien, et differensiert tilbud i sykehjem tilgjengelig for hjemmeboende brukere og en sterk utbygging av omsorgsboliger. Aldershjemmene er gradvis forsvunnet og utbyggingen av sykehjemsplasser har vært moderat. Hjemmetjenesten består i stadig mindre grad av praktisk hjelp og i stadig større grad av pleiefaglige oppgaver.

En godt fungerende pleie- og omsorgstjeneste som satser tungt på hjemmebaserte tjenester er i dag avhengig av et godt samarbeid mellom institusjonstjenesten, hjemmetjenesten og legetjenesten. Korttidsplassene i sykehjem må være tilgjengelige når det er behov for dem og legetjenesten må være tilgjengelig også i forhold til hjemmebesøk og rådgiving. Korttidsplasser gir gode forutsetninger for fleksibelt samarbeid med andrelinjetjenesten om utskrivingsklare pasienter, samtidig som korttidsopphold er nødvendig som avlastning for pårørende med omfattende omsorgsoppgaver. Videre er korttidsplasser egnet til observasjon, utredning, behandling og pleie før eventuell innleggelse i sykehus eller tilbakeføring til hjemmet.

Demografiske endringer er av sentral betydning for de oppgaver helse- og sosialtjenesten står overfor. Det totale antall eldre over 67 år ikke økt de siste ti årene, men den interne alderssammensetningen av den eldre befolkningen har endret seg. Antall innbyggere over 80 år økte med 40 000 innbyggere i perioden 1993 til 2003, en prosentvis økning på 24 prosent. Antallet innbyggere mellom 67 og 79 år ble samtidig redusert med enda mer. Andelen eldre over 80 år i befolkningen økte fra 3,9 til 4,6 prosent.

Målt i årsverk er kommunenes pleie og omsorgstjeneste større enn spesialisthelsetjenesten. Helse- og sosialsektoren har 200 000 årsverk fordelt på mer enn 120 definerte yrkesgrupper. Samlet antall årsverk innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern er om lag 82 400. Kommunale pleie- og omsorgstjenester utgjør den største gruppen med om lag 107 000 årsverk. Driftsutgiftene til helse- og sosialtjenester fordeler seg imidlertid annerledes:

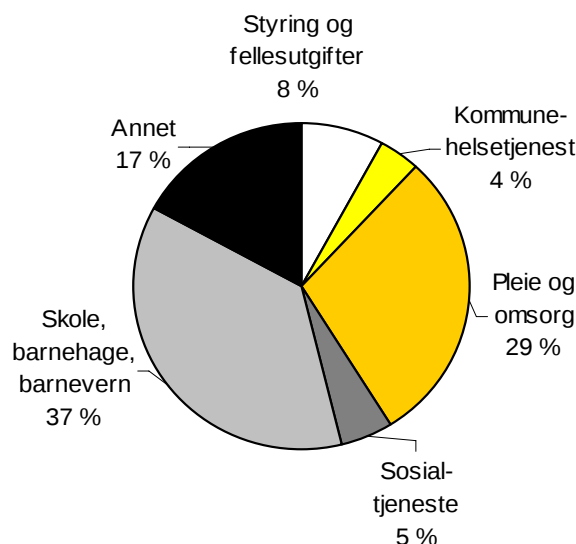
Figur1: Fordeling av driftsutgifter til helse og sosialtjenester



Kilde: Kommunal og regionaldepartementet

De kommunale helse- og sosialtjenestene utgjør også den største utgiftsposten i kommunene. En oversikt basert på tall fra 2004 viser en oversikt over kommunale utgifter:

Figur 2: Fordeling av kommunale utgifter



Kilde: Det tekniske beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi april 2005

Antallet mottakere av hjemmetjenester har økt i perioden fra om lag 157 000 i 1999 til 163 000 i 2004. Andelen brukere av hjemmetjenesten i alderen 67 år og over har holdt seg om lag stabil i perioden 1999-2004, med høyest dekningsgrad i 2001. Andelen brukere av hjemmetjenesten i alderen 80 år og over var 38,4 prosent i 2001, mens dekningsgraden i 2004 ble redusert til 36,4 prosent. 29 prosent av mottakerne av hjemmetjenester i 2004 var under 67

år. De siste årene har antallet yngre mottakere økt mer enn befolkningsutviklingen skulle tilsi. Det har spesielt vært stor økning i antall brukere som mottar bare hjemmesykepleie og ikke mottar praktisk hjelp. Følgende tabell fra Teknisk Beregningsutvalg (TBU) til tredje konsultasjonsmøtet i 2005 gir en oversikt over utviklingen:

Tabell 1: Utvikling i pleie- og omsorgssektoren 1999-2004(2).

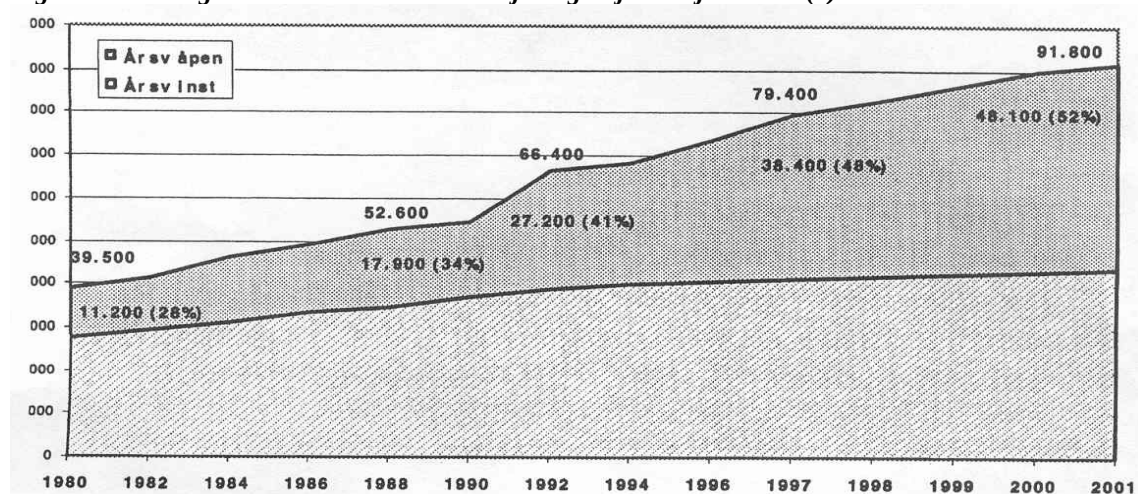
	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Produksjon:						
Antall mottakere av hjemmetjenester i alt	157 396	159 669	161 169	162 112	161 094	162 851
Antall mottakere av hjemmetjenester under 67 år	36 118	38 393	39 788	41 634	43 757	47 074
Antall mottakere av hjemmetjenester over 67 år	121 278	121 276	121 381	120 478	117 337	115 777
Antall beboere i institusjon	42 691	42 236	41 894	41 635	41 013	40 961
Dekningsgrad:						
Andel brukere av institusjonsplasser 80 år og over			15,6	15,4	14,8	14,5
Andel brukere hjemmetjenesten 67 år og over	19,6	19,6	20,0	19,9	19,4	19,2
Andel brukere hjemmetjenesten 80 år og over			38,4	37,8	36,8	36,4
Ressursinnsats:						
Årsverk i alt *	86 370	89 669	91 824	93 690	105 883	106 837
Årsverk per 100 innbygger 80 år og over*	45,5	45,5	45,6	45,7	50,6	50,1
Årsverk per bruker*	0,43	0,44	0,45	0,46	0,52	0,52

Kilde: SSB

I perioden 2001-2004 har antallet beboere i institusjon hatt en mindre nedgang. Dette har blant annet sammenheng med at aldershjemmene i stor grad er lagt ned og erstattet med omsorgsboliger, og at det er skjedd en modernisering av sykehjemmene slik at 90 prosent av plassene nå består av enerom. Andelen brukere av institusjonsplasser i alderen 80 år og over har blitt redusert fra 15,6 prosent i 2001 til 14,5 prosent i 2004.

Andelen mottakere som bare får hjemmetjenester som praktisk bistand reduseres. Antallet gikk ned med nærmere 6 prosent fra 2003. Dette blir veid opp av en sterk økning i mottakere av hjemmesykepleie, slik at tallet på mottakere av hjemmetjenester totalt holder seg omtrent uforandret.

Figur 3: Utviklingen i antall årsverk i institusjon og i hjemmetjenestene (2).



Kilde: Brevik 2003

Av figuren går det frem at årsverksveksten innenfor hjemmetjenestene er betydelig større enn årsverksveksten innenfor institusjoner.

Årsverksinnsatsen pr. bruker i hjemmetjenestene er økt med 57 prosent i perioden 1992 - 2001. I perioden 1998 – 2001 økte hjemmetjenestene med ca 10.000 årsverk. Vel 1/3 av disse årsverkene kan tilbakeføres til at hver bruker fikk mer hjelp. I 1998 fikk hver bruker i hjemmetjenestene i gjennomsnitt tildelt 0,12 årsverk. I 2001 tildeles hver bruker i hjemmetjenestene 0,3 årsverk. Antallet brukere under 67 år har økt sterkt.

2.2 Eldre brukere av pleie- og omsorgstjenester

Statens helsetilsyn gjennomført i 2003 den første nasjonale kartlegging i pleie- og omsorgstjenesten (7). Kartleggingen omfatter 13 240 tjenestemottakere i et representativt utvalg på 73 kommuner. Rapporten gir oversikt over viktige trekk ved situasjonen i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten: hvilke grupper av tjenestemottakere finnes, hva slags hjelpebehov har de, og hvordan er forholdet mellom behov og tilbud i de ulike gruppene?

Oppgaveforskyvingen mellom første - og andrelinjetjenesten dreier seg om to forhold i følge Statens helsetilsyn. Det ene er at kortere liggetid og raskere utskriving fra spesialisthelsetjenesten generelt sett gir flere pleiefaglige oppgaver i kommunene. I noen tilfeller fører utskrivingspraksisen til en overføring av spesialiserte oppgaver som stiller krav til en bredere kompetanse i kommunene for å sikre at tjenestemottakerne får den medisinske og behandlingsmessige oppfølgingen de har behov for. I denne undersøkelsen synes omfanget av spesialiserte oppgaver å være nokså begrenset, men Statens helsetilsyn merker seg at det særlig er mennesker med psykiske lidelser som etter fagfolkens egen vurdering, gir de største faglige utfordringene.

Demens er hovedårsaken til hjelpebehov hos 21 prosent av tjenestemottakerne, og den vanligste årsaken til behov for pleie- og omsorgstjenester (8). Hos 42 prosent av tjenestemottakerne som bor i sykehjem, er demens hovedårsaken til at de er der. I hjemmetjenesten er spekteret av medisinske og helsemessige hovedårsaker til hjelpebehov bredere. Både i omsorgsboliger og i andre kommunale boligene og egne hjem finner vi en stor andel mennesker med psykiske lidelser blant tjenestemottakerne. 4,3 prosent av de som bor i omsorgsboliger er mennesker der psykisk lidelse er hovedårsak til hjelpebehov, tilsvarende andel i andre kommunale boligene er 18 prosent. Av de som bor i eget opprinnelig hjem, er psykisk lidelser hovedårsak til hjelpebehov hos 13 prosent av tjenestemottakerne.

Et sentralt spørsmål er om en aldrende befolkning innebærer en sykere befolkning med et relativt større behov for helse- og omsorgstjenester enn i dag. Mange eldre har god helse og funksjonsevne langt opp i alderdommen, men like åpenbart er den store variasjonen i hvordan mennesker eldes. I en studie av alle over 80 år i befolkningen i Larvik deles forløpene inn i tre hovedkategorier (9).

2.3 Yngre brukere av pleie og omsorgstjenester

Bredden av oppgaver i pleie- og omsorgstjenesten har de senere årene gitt kommunene utfordringer i form av nye brukergrupper med sammensatte og omfattende behov for hjelp og bistand; behov som best blir møtt gjennom andre arbeidsformer og tiltak enn det som har vært vanlig tidligere.

Yngre brukere i omsorgsboliger mottar i dag tjenester tilsvarende 1,3 årsverk pr. bruker. Brukere under 67 år utgjør samtidig om lag 50 prosent av forbruket av hjemmetjenestene. De

utgjør nå 25 prosent av brukerne og genererer 50 prosent av ressursene. De siste tallene fra 2004 viser fremdeles en sterk økning i tallet på yngre tjenestemottakere. Mens tallet på hjemmetjenestemottakere totalt bare viste en liten oppgang fra 2003 til 2004, økte tallet på mottakere under 67 år med hele 8 prosent. Også tallet på institusjonsbeboere i samme aldersgruppe økte med nærmere 4 prosent. Av de snaut 41 000 institusjonsbeboerne, var nærmere 1 900 under 67 år, mens 47 000 av de rundt 163 000 hjemmetjenestemottakerne tilhørte denne aldersgruppen. I hjemmetjenesten utgjør de yngste brukerne nå hele 29 prosent, mens det tilsvarende tallet var 17 prosent i 1992.

Statens helsetilsyn antyder at tjenestetilbudet til tjenestemottakere under 67 år oftere blir vurdert som utilstrekkelig sammenlignet med tilbudet til andre grupper (8). Det ser i hovedsak ut til å henge sammen med at de har andre medisinske og helsemessige behov, og bor andre steder, enn tjenestemottakere over 67 år. Medfødte funksjonshemninger, skader og multippel sklerose er oftere årsak til hjelpebehov hos de under 67 år. De under 67 år bor også oftere i en eller annen form for tilpasset kommunal bolig uten husbankstandard og i sitt eget opprinnelige hjem.

Følgende tabell fra rapporten gir en indikasjon om hjelpebehovet til personer under 67 år sammenlignet med andre grupper som mottar kommunale helse- og sosialtjenester (8):

Tabell 2: Årsak til hjelpebehov hos tjenestemottagere over og under 67 år (10)

		Tjenestemottakere under 67 år	Tjenestemottakere over 67 år	Alle tjeneste- mottakere
Psykisk utviklingshemning	Antall	567	95	662
	Prosent	31,1 %	0,9 %	5,3 %
Psykisk lidelse	Antall	557	1 033	1 590
	Prosent	30,5 %	9,7 %	12,8 %
Aldersdemens	Antall	36	2 609	2 645
	Prosent	2,0 %	24,6 %	21,3 %
Somatiske lidelser	Antall	664	6 862	7 526
	Prosent	36,4 %	64,7 %	60,6 %
Totalt	Antall	1 824	10 599	12 423
	Prosent	100,0 %	100,0 %	100,0 %

p<0,01

Kilde: Statens helsetilsyn 2005

Av tabellen fremgår det at medfødte funksjonshemninger, skader, MS og rusmiddelmisbruk er hyppigere representert i gruppen under 67 år enn hos de over. Andelen tjenestemottakere med utviklingshemning eller psykisk lidelse er også langt større blant de under 67 år enn de over.

Som det fremgår av kapittel 2 viser det at kommunene har fått flere og mer ressurskrevende brukere, løser et stort mangfold av oppgaver, har større bredde i tilbudene, legger til rette for mer individuelt tilpassede tjenester til brukergrupper med et variert hjelpebehov.

2.4 Fastlegeordningen

Fastlegeordningen ble innført 1. juni 2001 (10). Den er i all hovedsak en systemreform, og berører ikke direkte det faglige innholdet i legetjenesten. Reformens formål er å bedre kvaliteten på allmennlegetjenesten ved at alle som ønsker det, skal kunne få en fast allmennlege å forholde seg til. Fastlegeordningen skal gi befolkningen større trygghet

gjennom bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten og bidra til kontinuitet i lege – pasientforholdet.

Fastlegeordningen har tre kjerneelementer. Selve listesystemet registrerer alle innbyggere som ønsker å være tilknyttet en fastlege på lister til leger som har fastlegeavtale med kommune. Det andre kjerneelementet er plasseringen av ansvar for allmennlegetilbudet til innbyggeren hos én bestemt fastlege. Ansvarsplasseringen innebærer at pasienten/innbyggeren/pårørende og øvrige tjenesteytere i 1.- og 2.-linjetjenesten vet hvor de skal henvende seg i aktuelle situasjoner. Det tredje elementet er kontraktsinstituttet gjennom fastlegeavtalen mellom kommunen og den enkelte lege. De individuelle avtalene synliggjør kommunens oppfølging av sine forpliktelser i henhold til lov, forskrifter og sentralt avtaleverk om fastlegeordningen, og legenes ansvar for innbyggerne på sin liste og for eventuelle kommunale legeoppgaver.

I tillegg kommer at kommunenes del av finansieringen av fastlegevirksomheten er basert på et per capitatilskudd for hver innbygger på legens liste.

I henhold til fastlegeforskriften og sentralt avtaleverk kan kommunen stille vilkår om deltakelse i allmennmedisinsk offentlig legearbeid i inntil 7,5 timer per uke ved full kurativ virksomhet (10). Disse timene finansieres i sin helhet av kommunen.

Norges forskningsråd (NFR) leverte den 7. februar 2006 sluttrapporten ”Evalueringsrapport om fastlegereformen 2001-2005 Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter (11). Evalueringen er konsentrert rundt hovedområdene legedekning, tilgjengelighet, kontinuitet og effektivitet. Hovedkonklusjonen er at fastlegereformen i hovedsak har vært vellykket.

Evalueringen viser at kommunene i dag ikke utnytter fullt ut den mulighet regelverket gir til styrking av det allmennmedisinske offentlige legearbeid i sykehjem, helsestasjon med mer. Det er trolig økonomiske årsaker til dette. Evalueringen viser at det er et potensial for bedring av samarbeidet mellom fastlegene og pleie- og omsorgstjenesten. Kun ca halvparten av legene mener de har mulighet til å påvirke når deres pasienter blir vurdert for opphold i sykehjem. Mange får ingen informasjon om at deres pasienter blir lagt inn i sykehjem.

Den kommunale styringen av fastlegeordningen skjer gjennom individuell fastlegeavtale med den enkelte lege og gjennom samarbeidsutvalg. Evalueringen viser at de fleste kommuner, det vil si de minste kommunene, har små styringsambisjoner og stort sett er tilfreds med hvordan legetjenesten fungerer. Et flertall av kommunene mente at muligheten til å styre allmennlegetjenesten var uendret etter innføringen av reformen. Ca. 70 prosent av kommunene har opprettet lokalt samarbeidsutvalg.

Evalueringen har også analysert problemstillinger knyttet til samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten. 55 prosent av fastlegene er fornøyd med samarbeidet med lokalsykehusene. Men deres samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten synes fastlegene bryr seg for lite om samarbeid. Fastlegene klager over dårlig tilgjengelighet i spesialisthelsetjenesten for pasienter med psykiske lidelser. Samarbeidet med psykiatrisk sykepleiere og hjemmesykepleien i kommunene beskrives som godt. Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) ønsker både foreldre og ansatte i spesialisthelsetjenesten at fastlegene blir mer involvert. Ansatte i BUP opplever at fastlegens rolle er uklar overfor målgruppen, men har også inntrykk av at fastlegen ikke har tid til å ha et overordnet ansvar. Videre er det lite faste rutiner og strukturert samarbeid mellom fastlegen og andre instanser på dette feltet, deriblant helsestasjon.

Det fremgår i denne rapporten at arbeidet med psykisk helse er det fagområdet som kommunene opplever som den største utfordringen, både i forhold til kapasitet, kompleksitet og kompetanse. Evalueringen av fastlegereformen viser at det er et potensial for å bedre samarbeidet om disse pasientgruppene.

Både pleie- og omsorgstjenesten, det psykiske helsearbeidet og fastlegene berøres hver for seg og i samarbeidet mellom dem, av at det ikke sikres tilstrekkelige legeressurser til det allmennmedisinske offentlige legearbeidet i sykehjem, helsestasjon, skole med mer. Evalueringsrapporten av fastlegereformen påpeker at årsaken til dette trolig er kostnadene for kommunene.

2.5 Toppfinansieringsordningen for ressurskrevende brukere

Den første tilskuddsordningen ble etablert i 2000 for ressurskrevende brukere i kommunene som uavhengig av diagnose mottar omfattende pleie- og omsorgstjenester. Ordningen ble først forvaltet som en øremerket skjønnstilskuddsordning via Fylkesmennene, og fra 2004 ble den nye toppfinansieringsordningen etablert. Med ressurskrevende bruker menes en person med store hjelpebehov og som mottar omfattende helse- og omsorgstjenester av kommunen. Tjenestemottagere under 67 år som koster kommunen over 745 000 kroner i direkte netto lønnskostnader er omfattet av ordningen. Toppfinansieringen dekker 70 prosent av kommunens overskridende kostnader på landsbasis. Ved utbetalingene i 2004 og 2005 var refusjonsprosenten på 80 prosent. Kommunene dekket fortsatt omlag 65 prosent av de direkte lønnskostnadene eller omtrent 80 prosent av totalkostnadene til denne gruppen, disse to årene.

I 2004 hadde kommunene 3 814 ressurskrevende brukere under 67 år som det ble søkt om tilskudd for. Av disse fikk kommunene støtte til 3766 brukere som kom inn under ordningen med toppfinansiering. 70 prosent av ressurskrevende brukere er mennesker med psykisk funksjonshemming.

Ordningen tilførte kommunene nesten 2 milliarder kroner årlig i 2005. 20 prosent av kommunene har ingen brukere som tilfredsstiller kravene for å komme med i ordningen, eller har utgifter til sine brukere utover innslagspunktet som er så lave i forhold til folketallet at de ikke kommer over egenandelen i ordningen. Fra 2004 til 2005 var det en økning i antall brukere som kommunene innrapporterte på 10 prosent. Kommunenes tilskudd til innrapporterte brukere økte med 11 prosent fra 2004 til 2005. Det innebar økte utbetalinger fra staten på 350 mill. kroner. Samtidig økte kommunenes utgifter til målgruppen fra om lag 4,3 mrd. kroner i 2004 til vel 5 mrd. kroner i 2005 jf. evalueringen av ordningen (12).

3 Oppgaver i samarbeidssonen

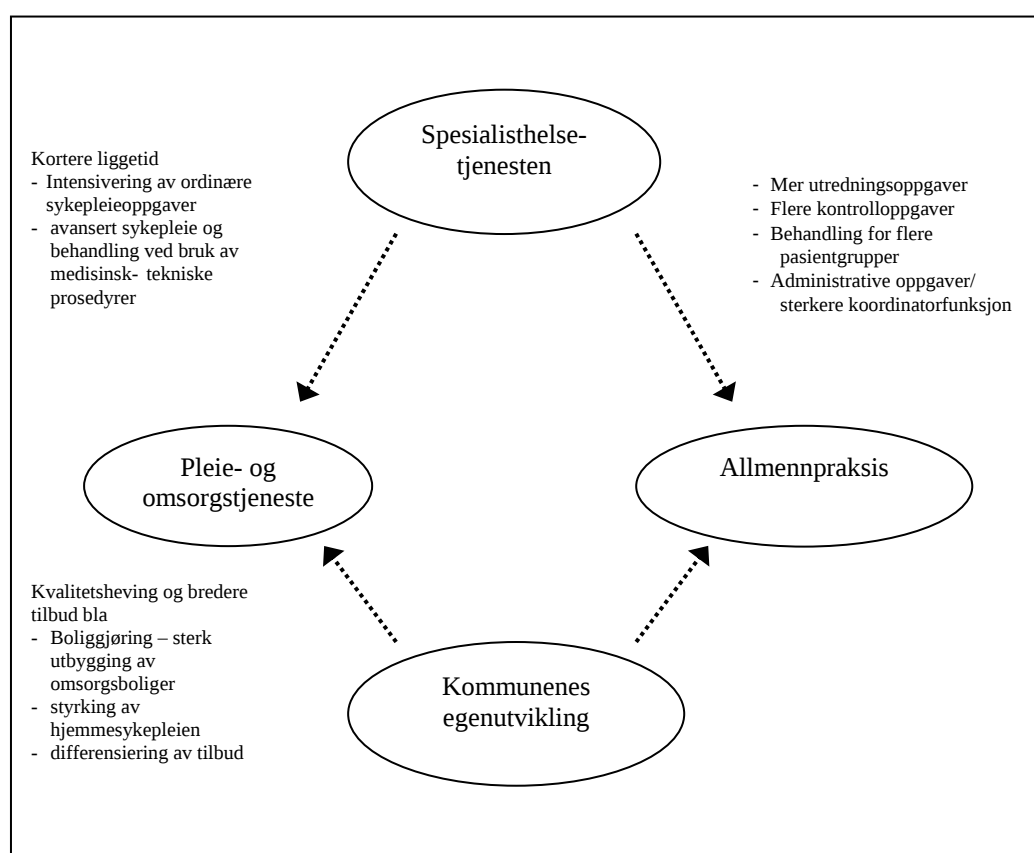
Faglige utviklingstrekk i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er i ferd med å føre disse tjenestene sammen på en rekke områder. Det oppstår en rekke nye samarbeids- og samhandlingsarenaer knyttet til eksempelvis distriktsmedisinske sentra, felles akuttmottak (FAM), sykestuer, hospiteringsordninger, intermedieæravdeliger, hospice og samarbeid om individuell plan. Denne ”overlappingen” mellom de ulike nivåene gir i noen tilfeller organisatoriske, ansvarsmessige og finansielle utfordringer.

Samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner inngås på en rekke områder. Gjennom regelverket for helse- og sosialtjenesten er det gitt bestemmelser som har særskilt betydning for samarbeidet mellom kommunenes helse- og sosialtjeneste og spesialisthelsetjenesten, for

eksempel forskriften om individuell plan og forskriften om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter (13;14). Forskriften om kommunal betaling kommer til anvendelse dersom foretakene og kommunene ikke har inngått egne samarbeidsavtaler for utskriving av pasienter til kommunal pleie- og omsorgstjeneste. Videre er spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunene sentral i denne sammenheng. Veiledningsplikten fremgår av spesialisthelsetjenesteloven (15). I helseforetakenes vedtekter er dette utdypet; ”RHF’ene skal sørge for at det etableres nødvendig samarbeid med veiledning overfor kommunene, både administrativt og klinisk, slik at pasientene sikres et helhetlig helse- og sosialtjenestetilbud (16).”

Endringer i 1.linjetjenestens oppgaver som følge av 2. linjetjenestens utvikling og kommunal egenutvikling kan i følge SINTEF Helse illustreres på følgende måte:

Figur 4: Endringer i 1.linjetjenestens oppgaver som følge av 2. linjetjenestens utvikling og kommunal egenutvikling(2)



Kilde: SINTEF Helse 2005

Det er i kapittel 2 vist til utvikling og endringer i kommunenes pleie og omsorgstjeneste med økt aktivitet, større bredde i oppgavene og differensierte tilbud.

Både pleie- og omsorgstjenestene og allmennlegene har utvidet sitt oppgavefelt. På samme måte som for sykehusenes oppgaver, bidrar endringer i sammensetningen av den eldre befolkningen i seg selv til nye oppgaver for kommunenes pleie- og omsorgstjeneste. Flere mennesker med høy alder følges av et høyere antall personer med sammensatt sykdomsbilde, herunder også flere med demens. Kommunene tar i følge SINTEF (2) en større del av ansvaret for pleie- og omsorgsbehovet til skrøpelige eldre med redusert funksjonsnivå og dårlig helse, i tillegg til pleiepasienter som tidligere ble liggende som langtidspasienter i

sykehusene, personer med fysisk eller psykisk funksjonshemming, psykiske lidelser, rusavhengighet, kreftpasienter og døende pasienter.

Kommunenes kompetanse til å anvende medisinsk teknisk utstyr som håndtering av intravenøs antibiotikabehandling, intravenøs væskebehandling, intravenøs ernæring, smertepumper og respirator er styrket (2). Statens helsetilsyn påpeker at det er *mengden* av oppgaver og ikke typen oppgaver i seg selv som er den største utfordringen for kommunene (8). Den største utfordringen er kompetanse og oppgavemengden knyttet til pasienter med psykiske problemer, rusbrukere og tildels demente. Personell innen pleie- og omsorg og fastleger gir uttrykk for at det er behov for mer kompetanse og tilgang til spesialisthjelp for å løse disse oppgavene krever enn hva tilfelle er i dag (2). Korttidsplasser i sykehjemmene er legger til rette for observasjon, utredning, behandling og pleie før eventuell innleggelse i sykehus eller tilbakeføring til hjemmet, og skaper ett fleksibelt system for å møte noen av disse utfordringene.

Wisløff-utvalget har analysert og kommet med konkrete forslag til tiltak på samhandlingsutfordringer som resultatet av at helsetjenesten er fordelt på to forskjellige forvaltningsnivåer, av organisatoriske inndelinger innen hvert av disse nivåene og av behovet for samordning med andre sektorer som for eksempel sosialtjenesten, trygdekontor m.fl (1). Utvalget påpeker at det til tross for politisk og faglig enighet om betydningen av primærhelsetjenesten og den rolle den skal ha, observeres i dag en stor tyngdekraft mot spesialisthelsetjenesten, både i forhold til tildeling av ressurser og omtale.

Wisløffutvalget legger til grunn at samhandling må baseres på likeverdighet mellom aktørene (1). I den grad premisset om likeverdighet kan vurderes i lys av styrkeforholdet mellom aktørene er det skjedd en endring etter etablering av helseforetaksmodellen. I evalueringsrapporten om helseforetaksreformen heter det (17):

”styrkeforholdet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er forskjøvet i foretakenes favør ved at de har blitt større og mer konsoliderte. I den sammenheng kan det også være vanskeligere for de nye, større regioner enn for de gamle fylkeskommunene å etablere tillitsfulle, nære og gjensidig forpliktende samhandlinger med et fortsatt stort antall kommuner. Mange ressurspersoner har en oppfatning av at forholdet til og samhandlingen med kommunehelsetjenesten ikke på noen systematisk, bredt omfattende måte er blitt bedre eller har fått bedre rammevilkår etter sykehusreformen.”

Selv om sykehusreformen ikke omfattet kommunehelsetjenesten, fremgikk det av premissene for og målene med reformen at den også skulle bidra til å bedre samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Evalueringsrapporten påpeker at etablering av formelle og driftsmessig stabilt fungerende samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten kanskje vil være den største utfordringen for det norske helsesystem som helhet i de kommende årene.

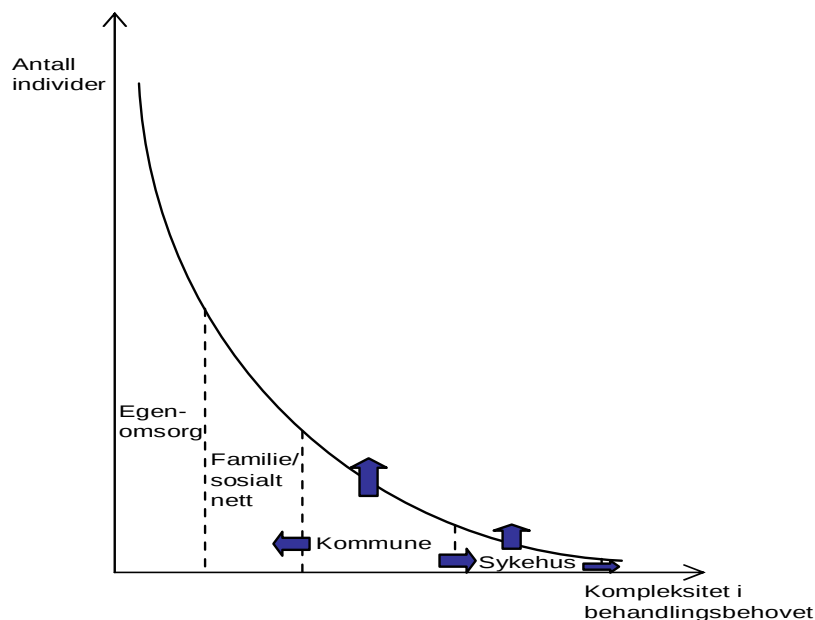
3.1 Drivkrefter i utviklingen av oppgaver

Veksten i andelen eldre i befolkningen utgjør en stor utfordring for helse- og sosialtjenestene og for pensjonssystemet. Noen hovedtrekk ved den demografiske utviklingen er:

- Antall personer 65 år og eldre fordobles og det blir 2 - 3 ganger så mange personer 80 år og eldre i 2050 sammenlignet med 2000

- Andre forhold som kan virke som drivkrefter på omfang, tjenesteinnhold og oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenestene er (2):

- Figur 5: Resultatet av utviklingen i forholdet mellom omsorgsnivåene(2).**



17

Både kommunehelsetjenestens oppgaver og spesialisthelsetjenestens oppgaver øker i omfang. Samtidig har kommunene, overtatt oppgaver som tidligere ble regnet som familiens ansvar, og oppgaver som tidligere i større grad ble ivaretatt i spesialisthelsetjenesten (2).

3.2 Hva er rett behandlingsnivå?

Lovverket stadfester oppgave- og ansvarsdelingen i helse- og sosialtjenesten. Arbeidsdelingen mellom forvaltningsnivåene er ikke statisk, men i stadig endring. Prinsippet om at behandling skal gis på det lavest effektive omsorgsnivå (LEON) er grunnleggende for pleie, omsorg og behandling. Målet er at de samlede ressurser benyttes effektivt og at hele befolkningen sikres likeverdig tilgang på helse- og sosialtjenester av god kvalitet – uavhengig av alder, kjønn og bosted. Måloppnåelsen vil ofte være avhengig av at aktørene samarbeider.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har identifisert noen grupper av pasienter og behandlingstiltak disse pasientene trenger, med sikte på å besvare om behandlingseffekter og kostnader av intervensjoner er avhengig av om behandlingstiltakene gis i primærhelsetjenesten eller i spesialisthelsetjenesten (18). Pasientgruppene og behandlingstiltakene som er valgt ut er oppfølging og rutinekontroll av diabetikere, behandling og rehabilitering av pasienter med KOLS, pasienter med slag og pasienter med psykiske lidelser som for eksempel schizofreni, angst og depresjoner.

Resultatene fra kunnskapsoppsummeringen viser at det ikke er ett av disse nivåene som peker seg ut med hensyn til de beste resultatene, men at det gjelder å finne de gode løsningene ut fra lokale forhold, i et samarbeid der kommunene og helseforetakene er likeverdige parter. Det konkluderes med at "Spørsmålet om hva som er riktig behandlingsnivå for pasienter kan vanskelig besvares generelt med bakgrunn i identifisert dokumentasjon. Forskingen om hvordan helsetjenester bør være organisert med tanke på tverrfaglighet, fordeling av ansvar og utføring av oppgaver er mangelfull."

Oversikten er basert på internasjonale studier. Nasjonalt kunnskapssenter viser også til at det er mangelfull dokumentasjon for effekten av en rekke tiltak; som bruk av ambulerende spesialist, bruk av tverrfaglige team, opplæring og mestring av sykdom, geriatrisk ekspertise ved sykehus og effekten av ulike intervensjoner for å forebygge sykehusinnleggelse. Det er for eksempel få gode studier som belyser tiltak rettet mot eldre pasienter. Hjemmebaserte helsetjenester for eldre som alternativ til sykehusbehandling manglet relevant vitenskapelig dokumentasjon.

Det er derfor et stort behov for studier av pasientforløp slik det vises til i kapittel 6, i tillegg til videre arbeid med samhandlingstiltak, ulike organisatoriske modeller, helsereformer og intervensjoner på tvers av nivåer. For å prioritere ressurser trenger en bedre dokumentasjon om hva som virker eller ikke virker og til hvilken kostnad. Videre vil mange pasienter vil ha behov for en parallell oppfølging av både primær- og spesialisthelsetjenesten. Oppfølgingen krever dialog mellom aktørene i spesialist- og kommunehelsetjenesten og med pasient og pårørende.

3.3 Rus

Kommunenes helhetlige og koordinerende ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere er videreført med rusreformen fra 2004 (19). Spesialisthelsetjenesten er blitt en ny samarbeidspartner for sosialtjenesten. Med rusreformen får både sosialtjenesten og fastlegene adgang til å henvise til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk.

Sosialtjenesten vil fortsatt ha ansvar for å tilby og iverksette tiltak utenfor institusjon, og å henvise rusmiddelmissbrukere til spesialisthelsetjenesten ved behov.

Det overordnede målet med rusreformen er at rusmiddelmissbrukere med sammensatte problemer skal få bedre tjenester og at behandlingsresultatene skal bli bedre. En evaluering av reformen vil bli lagt fram ved utgangen av 2006.

I rapporten fra Statens helsetilsyn om "Rusmiddelmissbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbudet i et overordnet tilsynsperspektiv" fra 2/2005 konkluderes det med at mange rusmiddelmissbrukere ikke får de tjenestene de har behov for verken fra spesialisthelsetjenesten eller fra den primære helsetjenesten (20). Det pekes blant annet på en mangelfull samordning innen og mellom nivåene, og at det vanskeliggjør en realisering av intensjonene i behandlingsoppleggene.

3.4 Rehabilitering - planlegging og samordning

Habilitering- og rehabilitering er omfattende virksomhetsområder som involverer en rekke instanser og etater i og utenfor helsetjenesten, i et tett samarbeid med brukerne av tjenestene. Samhandlingsperspektivet er derfor viktig. Arbeidsgruppen har valgt å omtale dette detaljert regulerte fagområdet som et eksempel på at god samhandling ikke alene kan baseres på avklaringer av formelt ansvar.

"Forskrift om habilitering og rehabilitering" gjelder både for tjenester som tilbys og ytes etter kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven (21). Forskriften stiller blant annet krav om at kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal ha oversikt over behov for re/habilitering, at kommunene skal planlegge sin rehabiliteringsvirksomhet og at det skal finnes en koordinerende enhet både i kommunen og i det regionale helseforetaket. I følge utkast til nasjonal plan for rehabilitering fra SHdir i 2005 synes forskriften generelt å ha hatt begrenset betydning for kommunens og spesialisthelsetjenestens planlegging og koordinering av habilitering og rehabiliteringsvirksomheten.

I arbeidet med planen har direktoratet søkt etter kunnskap som kan gi grunnlag for å vurdere forholdet mellom behov og tilbud om re/habilitering. Kunnskapsgrunnlaget viser seg å være mangelfullt mht dokumentasjon av behov og tjenesteyting.

Habiliterings- og rehabiliteringsforskriften endrer ikke de generelle prinsippene om fordeling av ansvar mellom tjenestenivåene. Men grensen mellom re-/habilitering som kommunen skal svare for og rehabilitering som det regionale helseforetaket skal svare for, kan være vanskelig å trekke og må i slike tilfeller avklares gjennom dialog og samarbeid mellom de berørte parter.

3.5 Medisinsk-teknologisk utvikling belyst ved eksempler

Utviklingen innen medisinsk teknologi, forstått som utstyr, prosedyrer, legemidler med mer er en sterk drivkraft i utvikling og organisering av helsetjenestetilbud. Den har betydning for sentralisering og desentralisering av tjenestetilbud og for oppgavefordelingen mellom kommunenes helse og sosialtjeneste og spesialisthelsetjenesten. Teknologien gir mulighet til at pasienter selv og personell kan utføre diagnostikk, behandling og pleie på et lavere omsorgsnivå enn i sykehus. Eksempler på medisinsk teknologi er respiratorbehandling, dialysebehandling og smertebehandling.

Til tross for utviklingen i den medisinske teknologien, har arbeidsgruppen funnet fram til få norske undersøkelser som belyser om og i tilfelle hvordan det som følge av denne utviklingen er skjedd systematiske endringer i oppgavefordelingen mellom kommunenes og sykehusene. I en rapport fra Statens helsetilsyn om pleie- og omsorgstjenestene i kommunene (7). konkluderes det med at det i liten grad har skjedd en forskyvning av avanserte medisinske tekniske prosedyrer fra sykehus til kommunale omsorgstjenester (s.81):

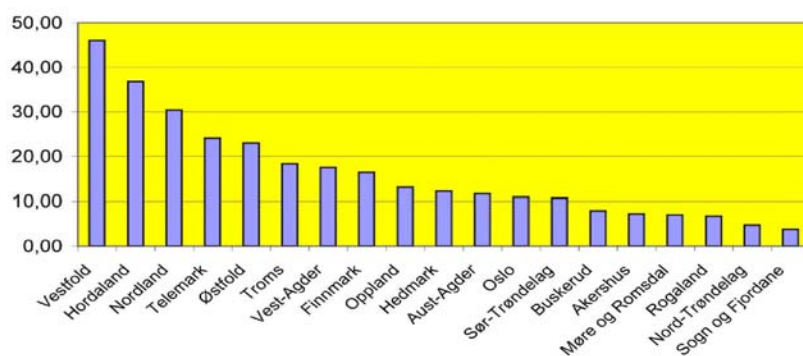
”Svaret på en annen sentral problemstilling i denne undersøkelsen - forskyvning av spesialistoppgaver til primærhelsetjenesten - er overraskende. En av ti tjenestemottakere får omfattende og spesialisert hjelp av den kommunale helse- eller omsorgstjenesten. Men i motsetning til hva en vanligvis antar, har de medisinske tekniske prosedyrene en lite framtrædende plass i dette bildet. Håndtering av komplekse tilstander hos mennesker med psykiske lidelser, utviklingshemming eller aldersdemens dominerer. Dette betyr i klartekst at det er psykiatrireformene og HVPU - reformen som har gitt kommunene de faglig mest krevende oppgaver til kommunehelsetjenesten, men disse ser foreløpig ut til å ligge innenfor et kompetanseområde personalet er vant til og som de behersker.”

Selv om omfanget av slike oppgaver ikke er så stort kan de innebære store ressursmessige og faglige utfordringer for enkeltkommuner.

Hjemmerespiratorbehandling

I juni 2001 var antallet hjemmerespiratorpasienter 340. Antallet er 763 i oktober 2005, ifølge Nasjonalt kompetansesenter for hjemmerespiratorbehandling (NKH) <http://www.helse-bergen.no/avd/hjemmerespiratorbehandling/>. Antallet tilsvarer 16,7 pr 100.000 innbyggere. Den geografiske fordelingen av disse pasientene i Norge er svært ulik se figur 6. Det er lite som tilsier at dette skyldes forskjeller i forekomst av sykdommer. Variasjonene antas heller å kunne forklares med at kunnskapen om utredning og behandling av de aktuelle pasientgrupper er for lite utbredt og anvendt i mange områder i landet. Kompetansesenteret skal blant annet sørge for å høyne kompetansen på området og på denne måten redusere ulikhetene. Det utarbeides nå nasjonale retningslinjer for hjemmerespiratorbehandling av voksne og barn.

Figur 6: Fylkesvis forekomst av hjemmerespirator pr 100 000 innbygger



Kilde: Nasjonalt kompetansesenter for hjemmerespiratorbehandling

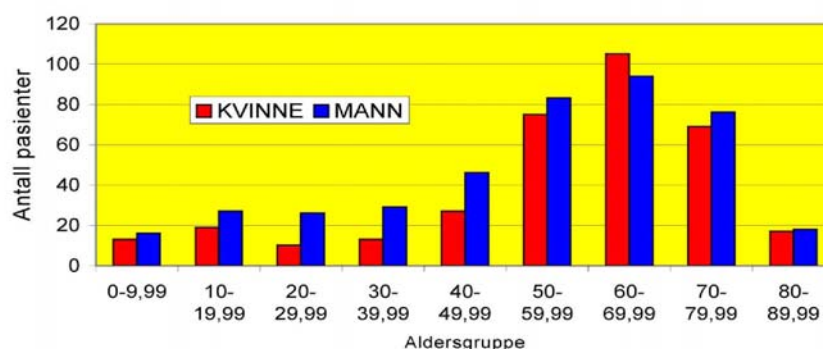
Som det fremgår av figuren over er Vestfold det fylket i landet som har det nest høyeste antallet hjemmerespiratorbrukere. For eksempel rapporterer en kommune at de har tre personer som benytter hjemmerespirator. Disse har 24 timers bemanning i hjemmet.

Kommunene har overfor arbeidsgruppen, gjennom KS, påpekt store utfordringer i forbindelse med pasientgruppen. Disse beskrives slik;

- ”Det er vanskelig å rekruttere og beholde kvalifisert personell, det har vært stor turnover blant ansatte i disse prosjektene. Dette medfører sårbarhet i forhold til å sikre forsvarlighet over tid.
- Vanskelig å sikre de ansatte et forsvarlig arbeidsmiljø, det er ensomt å arbeide alene i private hjem med respiratorpasient. Det blir ofte et dilemma mellom arbeidsmiljø og faglig forsvarlighet.
- Økonomisk krevende for kommunen. Finansiering av slike prosjekter medfører behov for innstramminger på andre områder. Kommunens kostnader når det gjelder bemanning er årlig 7,8 mill kroner, dette utgjør 19 prosent av hjemmetjenestens lønnsbudsjett (ikke medregnet bemannede boliger), mens det gjelder kun 0,5 prosent av brukerne. Tilskudd til ressurskrevende brukere bidrar til at nettoutgiften på sikt blir mindre, nettoutgift i denne kommunen er ca 3 mill kr når kommunen etterskuddsvis har mottatt tilskudd for ressurskrevende brukere.”

Figur 7 viser at det er stor aldersspredningen når det gjelder hjemmerespiratorpasienten. De fleste pasientene bruker kun sin respirator om natten og er tilsluttet denne via en nesemaske. Majoriteten av hjemmerespiratorpasientene er i følge kompetansesenteret i liten grad avhengig av tilsyn eller pleie.

Figur 7: Alders- og kjønnsfordeling i dekader.



Kilde: Nasjonalt kompetansesenter for hjemmerespiratorbehandling

18 prosent av pasientene kan karakteriseres som ”tunge”. Disse er avhengig av ventilasjonsstøtte kontinuerlig eller store deler av døgnet. De fleste av disse behandles via trakeostomi (hull i halsen). Utgifter til pasienter i denne gruppen tilkommer stønad fra ordningen med ressurskrevende brukere så fremt brukerne er under 67 år jf. kapittel 2.3.

De siste fem år har det skjedd en stor økning i antallet pasienter. Den gjennomsnittlige behandlingstid er på 3,8 år. Tilveksten i gruppen som får hjemmerespiratorbehandling er størst i gruppen ”livstidssykdommer”, særlig KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom) og Pickwick syndrom (fedme). Disse brukere klarer seg som oftest selv. Veksten i hjemmerespiratorbehandling i disse grupper skyldes dels økende forekomst av sykdom og dels oppfatningen av slik behandling øker søvnkvaliteten og derved deres livskvalitet.

Tilveksten av pasienter i barnegruppen øker med samme hastighet som for resten av befolkningen. Det er i aldersgruppene < 11 år og > 70 år at tilveksten av pasienter er sterkest. Det var i 2004 64 barn og ungdommer, hvorav syv er trakeostomerte.

Dialysebehandling

Den medisinske behandlingen av dialysepasienter ivaretas i all hovedsak av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten. Dialysebehandling gis til mennesker som har kronisk nyresvikt. Behandling er nødvendig for å overleve med nyresvikt. Behandlingen erstatter den tapte nyrefunksjonen, og mange av pasientene får dialysebehandling i påvente av nyretransplantasjon. Det er vekst i antallet mennesker som får dialysebehandling, men antallet er langt lavere enn i andre land. Årsaken til dette er at flere blir nyretransplantert og ventetiden for nyretransplantasjon er relativt kort. Tilgangen på nyrer og transplantasjonskapasiteten i Norge beskrives som god. Det er to typer dialysebehandling; peritonealdialyse (PD) og hemodialyse (HD).

Tabell 3: Utviklingen i antallet dialysepasienter.

	1990	1995	2000	2004
HD	212	345	525	744
PD	39	58	118	152

Kilde: Norsk nefrologiregister

Behandlingen av begge grupper følges opp i spesialisthelsetjenesten. Peritonealdialyse (PD) er den enkleste formen for dialyse. I 2004 fikk 152 personer i Norge slik dialyse. Denne behandlingen utføres i hjemmet, oftest av pasienten selv. Pasientene følges opp med jevnlig kontroll i spesialisthelsetjenesten. Eldre personer med kronisk nyresvikt og med sammensatte lidelser kan imidlertid ha behov for bistand fra personell i kommunehelsetjenesten, samt for pleie- og omsorgstjenester.

Hemodialyse (HD) er en prosess som filtrerer blod. Hemodialyse utføres i spesialisthelsetjenesten, i all hovedsak i sykehus. Det er i dag tre, 3, pasienter i hele landet som får hjemme-hemodialyse. De 744 pasienter som pr 1.1.2005 ble behandlet fikk til sammen utført 107339 behandlinger i sykehus (22). Økningen i antallet pasienter forventes å fortsette. Økningen i antallet pasienter forklares med økning i livsstilssykdommer som høyt blodtrykk og diabetes og økende levealder i befolkningen.

I de regionale helseforetakene foregår flere steder en organisatorisk utvikling av tjenestetilbudet til dialysepasientene ved å organisere dialysesatelitter. En ser det som fordelaktig at flere pasienter får behandling nærmere sitt bosted. Desentralisering av hemodialysebehandling skjer blant annet ved at dialysesentrene ved nyreenhetene på sykehus har opprettet dialysesatelitter ved andre sykehus i regionen. Med satellittdialyse vil en også øke den samlede kapasiteten i spesialisthelsetjenesten.

Utviklingen i organiseringen av dialysetilbudet i spesialisthelsetjenesten inkluderer også tiltak rettet mot opplæring av pasienter og pårørende. Selvdialysesenteret på Ullevål universitetssykehus ble i 2004 tildelt "Det nytter" prisen.

Kroniske smertepasienter og palliativ behandling

Det har de senere år skjedd betydelige framskritt innen smertelindring og palliasjon (23). Nye smertestillende medikamenter og behandlingsmetoder er tatt i bruk og det er etablert smerteklinikker ved sykehus, regionale kompetansesentre for palliativ behandling og tilbud ved sykehusenes lærings- og mestringssentre (24).

Palliasjon organisert på tre nivåer; regionsykehus, lokalsykehus og i kommunehelsetjenesten. Et overordnet mål innenfor fagfeltet er at pasienten bør behandles i sitt lokalmiljø. Slik organisering krever at leger og annet helsepersonell på alle nivå har grunnleggende kompetanse i palliasjon og smertelindring.

Regionale kompetansesentra er etablert ved alle universitetssykehus i Norge. På regionalt nivå er kreftavdelinger, palliative enheter og smerteklinikker involvert i smertebehandling av kreftpasienter. Det er de regionale palliative enheter som har ansvar for den palliative behandlingen av kreftpasienter i hver helseregion. Ved lokalsykehus gis smertebehandling ved palliative enheter, poliklinikker og/ eller palliative sengeenheter. Disse bidrar med teoretisk og praktisk kompetanse overfor den tverrfaglige kommunehelsetjenesten. Palliativ behandling i kommunehelsetjenesten omfatter både institusjonsplasser og behandling i hjemmet. I noen kommuner er det etablert spesialplasser på sykehjem ved egne enheter. Det er også i noen kommuner ansatt kreftsykepleiere. Erfaringene med kreftsykepleiere i kommunene er svært gode, både mht til behandlingskvalitet, kompetanseoppbygging hos medarbeidere og stabilitet.

Tilskuddsordningen til lindrende behandling utenfor sykehus har som formål å prioritere prosjekter som sikrer kvalitetsutvikling gjennom fagutvikling, kompetanseheving og nasjonal overføringsverdi i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Både økningen i antallet mennesker som får kreft og økningen av antallet eldre mennesker i befolkningen tilsier at smertebehandling og palliativ behandling i fremtiden vil være en svært viktig oppgave både i kommunenes helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten og for samarbeidet i og mellom nivåene. Den faglig-teknologiske utviklingen på dette området utfordrer virksomhetene faglig, organisatorisk og økonomisk.

4 Utvikling i spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenestens ansvar følger av spesialisthelsetjenesteloven og forskriftene til denne (15). Pasientrettighetsloven omtaler pasientenes/brukernes rettigheter, og tildeling av rett til nødvendig helsehjelp er særskilt omtalt i kapittel 4.1 (25). Det følger av denne loven bl.a. at pasienter som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester har rett til individuell plan (14). Helsepersonelloven regulerer krav til forsvarlighet og er et felles regelverk for alt personell som yter helsehjelp (26).

Det har vært en klar økning i aktiviteten innen psykisk helsevern og somatikk de siste 15 årene. Tabell 4 viser at mens antall effektive senger i somatikken og antall døgnplasser i psykisk helsevern er redusert i forhold til befolkningen i perioden 1990-2004, er det en betydelig vekst i antall døgnopphold (utskrivninger) både innenfor somatikk og psykisk helsevern. Likeledes er det en sterk vekst innenfor dagbehandling, med utgangspunkt i at omfanget av dagbehandling i somatikken var svært lite i 1990, jf. innhentede opplysninger fra SINTEF Helse i 2006.

Innenfor psykisk helsevern er dagtilbud lite presist definert, og det foreligger ikke statistikk basert på standardisert rapportering som kan vise utviklingen i dagbehandling fra 1990 til 2004. I stedet vises utviklingen i antall oppholdsdager i psykisk helsevern for voksne fra 1991 til 2004, hvor reduksjonen må sees opp mot veksten i poliklinisk virksomhet på om lag 250 prosent innenfor psykisk helsevern.

Tabell 4: Utvikling 1990-2004 innenfor somatikk og psykisk helsevern

Effektive senger/døgnplasser			Døgnplasser per 1 000 innb.		
	1990	2004			
Somatiske sykehus	15 010	13 029			
Psykiatriske institusjoner	8 006	5 500			
Sum	23 016	18 529			

Liggedager			Liggedager per 1 000 innb.		
	1990	2004			
Somatiske sykehus	4 612	4 411			
Psykiatriske institusjoner	2 587	1 700			
Sum	7 199	6 111			

Døgnopphold			Døgnopphold per 1 000 innb.		
	1990	2004			
Somatiske sykehus	618 710	841 790			
Psykiatriske institusjoner	21 173	43 025			
Sum	639 883	884 815			

Dagopphold			Dagopphold per 1 000 innb.		
	1990	2004			
Somatiske sykehus		462 971			

Oppholdsdager dagpasienter			Oppholdsdager per 1 000 innb.		
	1991	2004			
Psykisk helsevern for voksne	309	152			

Polikliniske konsultasjoner			Konsultasjoner per 1 000 innb.		
	1990	2004			
Somatiske sykehus	2 508	3 374			
Psykiatriske institusjoner	388	1 057			
Sum	2 896	4 431			

Kilde: SINTEF Helse 2006.

Hovedkonklusjonen må derfor være at flere har fått tilbud innen spesialisthelsetjenesten de siste 15 årene. De siste årene har kostnadene til helsetjenester økt kraftig, og Norge er blant de tre landene i verden som bruker mest på helsetjenester. Norge er imidlertid også ett av de 3-4 rikeste landene i verden, og rike land kjennetegnes ved at de bruker en større andel av sin nasjonale rikdom på helsetjenester enn de som har noe mindre å rutte med.

Aktivitetsveksten er realisert samtidig med at liggetid per sykehusopphold er redusert. I tillegg har man de siste 15-20 årene sett en vekst innenfor øyeblikkelig hjelp. Disse utviklingstrekkene omtales nærmere i kapittel 4.3 og 4.4. Utviklingen innenfor psykisk helsevern er omtalt i kapittel 5.

4.1 Hovedtrekk somatikk Rett til nødvendig helsehjelp

Dagkirurgi utgjør nå omlag 50 prosent av all kirurgi, og 61 prosent av all elektiv kirurgi i Norge. Private sykehus utførte totalt 15 prosent av all dagkirurgi i 2004. Det er store regionale variasjoner i forhold til hvor stor andel av pasientene som tildeles rett til helsehjelp. For landet

som helhet er 68 prosent av pasientene tildelt rett til nødvendig helsehjelp i annet tertial 2005. Tabell 5 nedenfor viser variasjonene mellom de regionale helseforetakene.

Tabell 5: Tildeling av rett til nødvendig helsehjelp 2004. Prosentandel av alle elektive pasienter.

Helse Øst	62 %
Helse Sør	59 %
Helse Vest	73 %
Helse Midt	91 %
Helse Nord	56 %

Kilde: Sosial og helsedirektoratet 2006

Variasjonene innad i det enkelte helseforetak er til dels store. Innen det enkelte regionale helseforetak varierer tildelingsandelene på følgende måte:

Tabell 6: Oversikt over variasjon innen regionale foretak .

Helse Øst	46 % - 86 %
Helse Sør	32 % - 81 %
Helse Vest	56 % - 82 %
Helse Midt	85 % - 97 %
Helse Nord	35 % - 77 %

Kilde: Sosial og helsedirektoratet 2006

Størst er variasjonen i tildelingen i Helse Sør, der helseforetakenes tildeling av rett til nødvendig helsehjelp varierer mellom 32 prosent og 81 prosent av de elektive pasientene.

4.2 Hovedtrekk somatikk

Innenfor somatikk har det de siste 10-15 årene vært en omfattende aktivitetsvekst, til tross for nedgang i antall senger og til tross for at antall liggedøgn har vært nokså stabilt.

Aktivitetsveksten er særskilt knyttet til en sterk vekst i antall dagopphold . Innenfor kirurgi er dette særlig tydelig. Dagkirurgi utgjør nå omlag 50 prosent av all kirurgi, og 61 prosent av all elektiv kirurgi i Norge. I tillegg viser poliklinisk også en sterk vekst jf tabell 4.

Aktivitetsveksten er skjedd samtidig med en vekst i antall årsverk og en klar nedgang i ventetider. Bevilgningene til somatikk har økt betydelig i perioden, og likeledes har samlede kostnader vist en betydelig økning (22).

I kapittel 4.3. og 4.4 er to områder gitt særskilt oppmerksomhet: utvikling i liggetid per opphold, og utvikling i øyeblikkelig hjelp sett opp mot planlagt (elektiv) virksomhet.

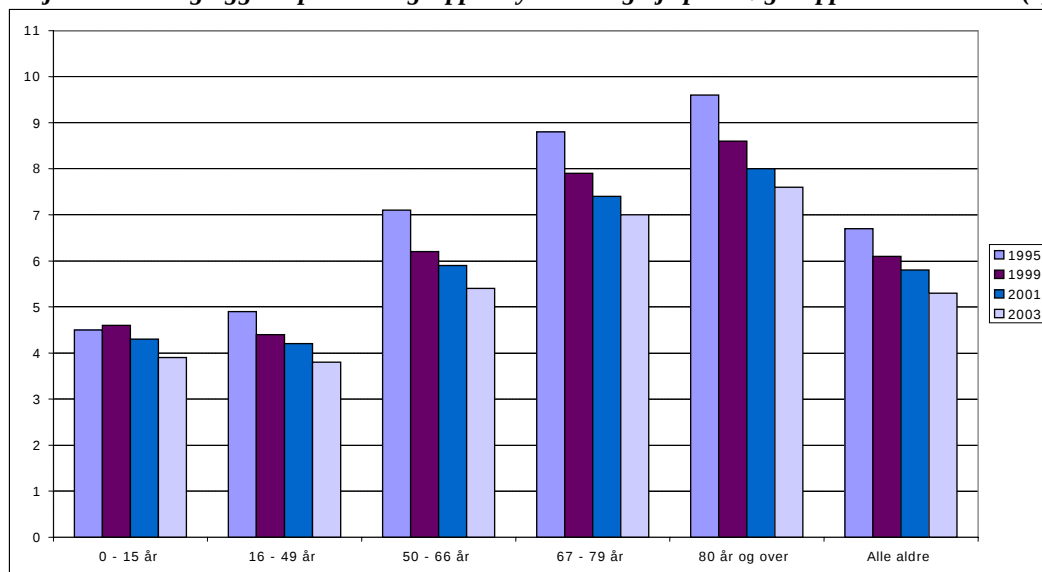
4.3 Liggetid somatikk

Fagutviklingen innen medisin har medført bedre diagnostiske hjelpemidler, mindre belastende behandlingsmetoder og endret bruk av sykehusenes senger. I tillegg viser de fleste undersøkelser at jo hurtigere en pasient blir aktivert etter en behandling, jo bedre blir behandlingsresultatet. Samtidig har en reduksjon i liggetid og bedre utnyttelse av sengene effektivisert driften. Alt dette har ført til kortere liggetid per oppholder, mens antall liggedøgn har vært nokså stabilt. Mer og mer bruk av dagbehandling er en viktig årsak til at liggetiden per opphold er redusert. Inntil 1990 ble ingen dagbehandlinger registrert i norske sykehus. I dag er det innen dagbehandling aktiviteten øker sterkest.

Kortere liggetid per sykehusopphold er en utvikling som er felles i hele OECD-området. Ifølge OECD Health Data falt liggetiden per opphold sterkt fram til 1997/98 (27). Etter det har den bare falt svakt. Norge er blant de OECD-landene med lavest liggetid per opphold. I 2002 var det 6 land innen OECD området som hadde lavere liggetid.

Liggetiden per opphold er blitt gradvis redusert innenfor samtlige aldersgrupper de siste årene. Figur 8 viser utviklingen for alle somatiske heldøgnsopphold, og gjennomsnittlig liggetid for alle aldersgrupper er gått ned fra 6,5 døgn i 1995 til 5,5 i 2003. Aldersgruppen som består av pasienter eldre enn 79 år har naturlig nok lengste gjennomsnittlig liggetid, selv om den er blitt redusert fra nesten 10 dager i 1995 til 7,6 dager i 2003, ifølge SINTEF Helse (2).

Figur 8: Gjennomsnittlig liggetid per aldersgruppe. Øyeblikkelig hjelp heldøgnsopphold 1995-2003 (2).



Kilde: SINTEF 2005

I følge SINTEF Helse (2) er reduksjon i liggetid en viktig forklaring på reduksjon i sengetall. Men ifølge SINTEF Helse har ikke kortere liggetid i sykehus for de eldste noe direkte motstykke i kommunale kostnader til pleie og omsorg (2). På den annen side vil en generelt kortere liggetid for skrøpelige eldre pasienter med behov for pleie og omsorgstiltak utløse økte ressursbehov i kommunene. Det gjelder pasienter som skrives ut til hjemmet med oppfølging av hjemmesykepleien og pasienter som skrives ut til sykehjem for langtidsopphold eller korttidsopphold. SINTEF Helse mener det er vanskelig å antyde hva reduksjonen i liggetid har betydd i form av økt ressursbehov for kommunene, og viser til mangelfulle data over antall pasienter som faktisk overføres til pleie- og omsorgstjenesten.

Variasjoner i sykehusenes bruk av dagbehandling til erstatning for heldøgnsopphold er en grunn til at liggetiden varierer mellom sykehus. Andre faktorer som kan påvirke liggetiden per sykehusopphold er hyppigere reinnleggelser, samt at en del pasienter overføres mellom sykehus. Liggetiden per opphold blir dermed kortere enn om man har færre reinnleggelser og færre overføringer til annet sykehus. Endringer i organiseringen av pasientforløp ved f eks at store sykehus i økende grad overfører pasienter til vedkommendes lokale sykehus kan gi kortere liggetid ved det enkelte sykehus. SINTEF Helse viser til mangelfulle data på dette området, men antar at dette har relativt sett mindre betydning når vi kun ser på ø-

hjelpsinnleggelser for de aller eldste i forhold til en inkludering av alle aldersgrupper og elektive pasienter (2).

En stadig større andel av innleggelsene er reinnleggelser, og dette er i særlig grad relatert til de eldste pasientene. Utviklingen med flere opphold per pasient gjenspeiler i stor grad en endring i organiseringen av pasientforløp, ifølge SAMDATA (22). Økt bruk av dagtilbud innebærer ofte at pasienten har mange dagopphold til fordel for en lengre innleggelse i sykehus.

En reinnleggelse kan være uttrykk for ulike forhold. Det kan indikere graden av oppsplitting av planlagte behandlingsforløp, det kan være en indikator på uønsket behandlingsforløp som følge av behandling i sykehuset, og det kan gi en indikasjon på graden av differensiering og spesialisering av første og andrelinjetjenesten og graden av samarbeid mellom disse når det gjelder eldre pasienter (2).

Reinnleggelser måles ofte i forhold til om pasienter legges inn som øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter at de er skrevet ut fra sykehus. Utviklingen i andel akuttinnleggelser innen 30 dager etter utskriving fra sykehus viser at en økning fra 8 prosent i 1996 til 9,5 prosent i 2003. Jo høyere alder, jo større er nivået på ikke planlagte reinnleggelser. Den eldste aldersgruppen har i følge SINTEF Helse den største andelen av slike innleggelser (2). Andelen for denne gruppen økte fra 10,5 prosent i 1996 til 13,5 prosent i 2003.

Både i Trondheim, Oslo og i Asker og Bærum er tiltak satt inn de siste årene for å bedre resultatene for eldre etter innleggelse i sykehus. Erfaringer fra Trondheim og fra Asker og Bærum viser gode resultater med hensyn til å kombinere korte liggetider i sykehus med lave reinnleggingsrater og gode medisinske resultater (28;29). Nye behandlingsregimer basert på tidlig intervensjon og tett samarbeid med kommunene er også etablert enkelte flere steder.

4.4 Akutte og planlagte behandlinger

Mens vi i løpet av 1990-tallet opplevde økning i antall innleggelse for øyeblikkelig hjelp og reduksjon i antall elektive opphold, er situasjonen nå endret. Elektive innleggelser har økt med 16 prosent fra 2001 til 2004, mens innleggelser for øyeblikkelig hjelp har økt med 6 prosent i samme periode. Ser man alle opphold samlet, både heldøgnsopphold og dagopphold, økte elektive opphold med 40 prosent fra 2000 til 2004, mens ø-hjelpoppholdene økte med 10 prosent (22).

Blant heldøgnsoppholdene er over 60 prosent av alle innleggelser øyeblikkelig hjelp, og for aldersgruppen over 80 år er ø-hjelpsandelen på 80 prosent. Den generelle veksten i ø-hjelpopphold er også sterkest for den eldste aldersgruppen.

Befolkningsvekst, færre eldre i aldersgruppen 67-79 år og flere eldre på 80 år og over, er viktige faktorer som påvirker aktivitetsveksten og pasientsammensetningen i sykehus. Fordi befolkningsvekst og endret alderssammensetning i befolkningen påvirker antall sykehusopphold, har SINTEF Helse relatert antall opphold og liggedager til antallet innbyggere i de ulike aldersgrupper. I tabell 8 får vi dermed et bilde av de reelle endringene i forbruksmønster, korrigert for demografiske endringer. Tabellen viser utviklingen i rater for akuttinnleggelser i perioden fra 1995 til 2003.

Tabell 7: Øyeblikkelig-hjelp heldøgnsopphold per 1000 innbyggere. Somatikk. Fordelt etter aldersgrupper 1995-2003 og endring 1995-2003. (2)

	1995	1997	1999	2001	2002	2003	End- ring	Pst endring
0 - 15 år	53	54	52	49	53	53	0	-1
16 – 49 år	68	73	79	78	78	79	10	15
50 – 66 år	86	90	95	95	97	100	15	17
67 – 79 år	202	212	229	233	235	243	42	21
80 år og over	332	358	414	430	444	466	134	41
Alle aldre	92	97	105	105	107	109	17	19

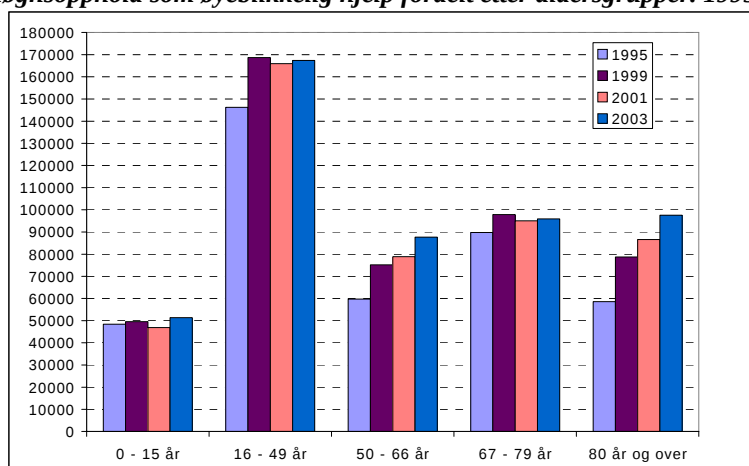
Kilde: SINTEF 2005

Raten for øyeblikkelig hjelp heldøgnsopphold er høyest for aldersgruppen 80 år eller eldre og betydelig høyere enn for den øvrige befolkningen. Den eldste aldersgruppen har på åtte år hatt en økning i antall innleggelser på 41 prosent, mot en vekst på 19 prosent for alle aldersgruppene samlet (2).

Fordi liggetiden per opphold er redusert i samme periode, viser ikke utviklingen i antall *liggedager* samme vekst som 8 kan tyde på. Ser vi på øyeblikkelig hjelp, har antall liggedager per 1000 innbyggere gått ned med 2 pst. fra 1995 til 2003, til tross for veksten på 19 prosent i antall opphold. For aldersgruppen 80 år og over får vi imidlertid et noe annet bilde: Her har antall ø-hjelpopphold økt med 41 prosent, mens antall liggedager per 1000 innbyggere har økt med 7,9 prosent fra 1995 til 2003. Det faktiske antall liggedager for denne aldersgruppen har økt med mer enn 7,9 prosent fordi antall innbyggere over 80 år har økt i samme periode. Dette gjenspeiler reduksjon i liggetid (2)

Figur 9 illustrerer den faktiske veksten i antall opphold og viser alderssammensetningen innenfor ø-hjelpoppholdene i norske sykehus. Figuren viser at det er relativt få barn og unge i aldersgruppen 0-15 år innlagt i sykehus som øyeblikkelig hjelp, mens aldersgruppen 16-49 år utgjør de fleste pasientene. Antall eldre 80 år og eldre blir flere, og denne aldersgruppen har også en klar vekst i antall ø-hjelpinnleggelser sammen med aldersgruppen 50-66 år.

Figur 9: Antall heldøgnsopphold som øyeblikkelig hjelp fordelt etter aldersgrupper. 1995-2000 (2)



Kilde: SINTEF 2005

5 Psykisk helse

5.1 Opptrappingsplanen for psykisk helse

Opptrappingsplanen for psykisk helse er et resultat av bred politisk enighet om å styrke det psykiske helsearbeidet, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Planen har som siktemål å legge grunnlaget for et styrket psykisk helsearbeid slik dette ble beskrevet i St.meld. nr. 25 (1996-97), og senere gjennom St.prp. nr. 63 (1997-98), samt gjennom senere budsjettproposisjoner (30;31).

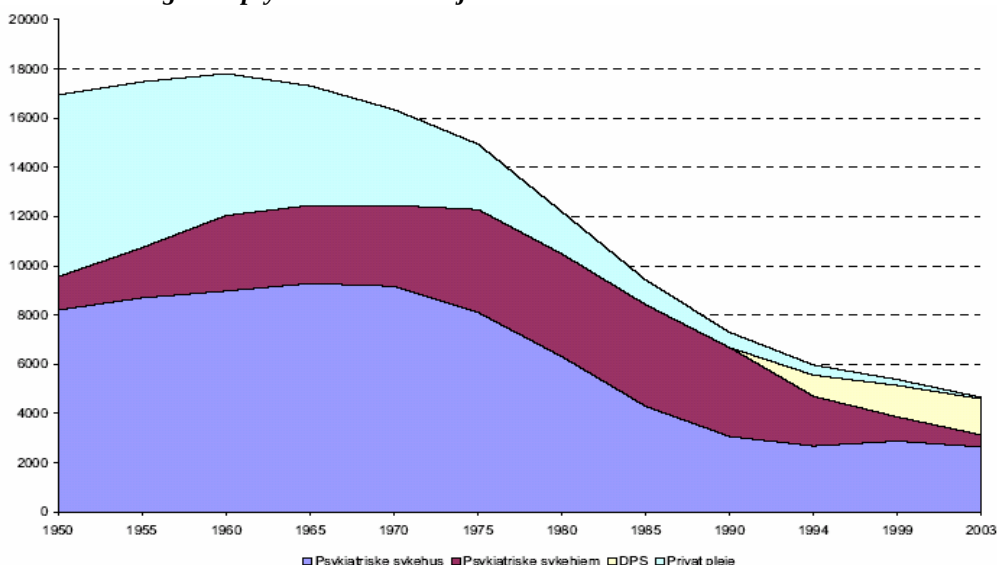
Opptrappingsplanen legger opp til en betydelig omlegging av tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser. Behandlingstilbudet skal gis i mest mulig åpne, normaliserte og frivillige former. For spesialisthelsetjenesten legges det opp til en desentralisering og mindre vektlegging av institusjons- og asyltankegangen. Tilbudet skal styrkes gjennom oppbygging av distriktpspsykiatriske sentre (DPS) som skal være en aktiv samarbeidspart med kommunene, kunne gi råd og veiledning til kommunene og understøtte det kommunale ansvaret for psykisk helsearbeid. Samtidig forutsettes det at sykehusene skal ivareta et mer spesialisert behandlingstilbud.

På bakgrunn av St.prp. nr. 63 (1997-98) har Stortinget vedtatt en samlet økonomisk styrking av psykisk helse-feltet på om lag 6,3 milliarder kroner i planperioden. OP er forlenget til 2008 gjennom St.prp 1 (2003-2004) (32). Det er i tillegg vedtatt enkelte justeringer fra de målstorelser som St.prp 63 trakk opp.

5.2 Omstrukturering og aktivitetsutvikling innen psykisk helse

Utviklingen av psykiatriske institusjoner har historisk sett gjennomgått store endringer med hensyn på sammensetningen av tilbudet. Antallet døgnpasienter i psykiatriske sykehus nådde et topp-punkt rundt 1970, og er etter dette bygd vesentlig ned.

Figur 10: Utviklingen av psykiatriske institusjoner

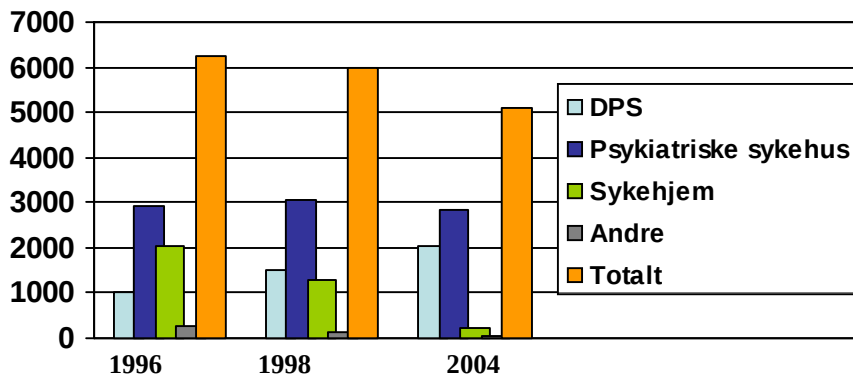


Figur 2.1 Antall pasienter i ulike institusjonstyper fra 1950 til 2003. Middelbelegg.

Kilde: Mari Trommald SHdir (2005)

Per 2004/2005 har behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten endret karakter ved at liggetiden har gått ned og betydelige flere har fått behandling ved døgninstitusjonene. Det polikliniske tilbudet er også vesentlig styrket.

Figur 11: Utviklingen i antall døgnplasser innen ulike institusjoner innenfor psykisk helsevern fra 1996 til 2004.



Kilde: Marit Trommald Shdir (2005)

I forhold til 1998 har antallet polikliniske konsultasjoner økt med 59 pst. i 2004 og i forhold til 1996 har konsultasjonene økt med 73 pst. (36) Det er også utviklet ambulerende arbeidsformer i langt sterkere grad en først forutsatt gjennom St.meld nr. 25 (1996-1997) og St.prp. nr. 63 (1997-1998). Gjennom St.prp. nr 1 (2004-2005) ble det forutsatt at samtlige DPS bør etablere ambulerende team. Ambulerende team gir også tilbud i akutte situasjoner gjennom egne akutt-team, og i 2005 er slike team etablert med utgangspunkt i både fra sykehus og DPS. Dette kommer i tillegg til at det er bygd opp 1077 døgnplasser i DPS siden 1996 som er utgangspunktet for tallberegningene for OP.

SINTEF Helse har beregnet at om lag 104 000 personer har vært til behandling i 2004 innenfor det psykiske helsevernet. Av disse mottok 13 prosent døgntilbud, 72 prosent et poliklinisk tilbud, mens om lag 15 prosent mottok begge behandlingsformer i løpet av 2004 (33).

Samtidig som antall døgnpasienter i psykiatriske sykehus og de psykiatriske sykehjemmene er redusert, har kommunene gradvis tatt større hånd om mennesker med psykiske lidelser. Ifølge Statens helsetilsyn bor 39 prosent i egne hjem, dernest 36 prosent i kommunale boliger og 25 prosent bor i institusjoner i kommunene 15 prosent bor i bofellesskap (7). Tilbudet til psykisk syke kan imidlertid bedres: I en kartlegging fra 2005 konkluderer Statens helsetilsyn med at personer med psykiske lidelser systematisk får mindre tilstrekkelige tjenester på alle de undersøkte områdene enn andre tjenestemottakere, uavhengig av alder og bosted (8). Tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning får imidlertid ifølge disse analysene mer praktisk bistand enn andre tjenestemottakere.

Psykiatriske sykehjem var i St.meld. nr 25 (1996-1997) forutsatt gradvis avvirket som institusjonsform (30). Ifølge beregningene i St. prp nr 63 var det lagt til grunn en fortsatt reduksjon av antallet psykiatriske sykehjemsplasser i løpet av planperioden, til 1400 plasser i 2006 (31).

5.3 Nedbygging av psykiatriske sykehjem

Nedbygging av psykiatriske sykehjem startet for alvor rundt 1990. I løpet av de ti årene fra 1990 til 2000 ble antall døgnpasienter i psykiatriske sykehjem redusert fra knapt 4000 til ca. 1000 årlig.

I tabell 9 fremgår endringene i antall døgnplasser i psykiatrien fra 1996 til 2004.

Tabell 8: Utvikling i antall døgnplasser innen psykisk helse etter institusjonstype. 1996-2004.

Antallet døgnplasser etter institusjonstype	1996	1998	2001	2003	2004	Endring 1996-2004
Sykehus	2 938	3 070	2 920	2 940	2 814	-124
Distrispyskiatriak sentre	1 014	1 487	1 782	1 801	2 091	1 077
Sykehjem	2 058	1 298	735	481	208	-1 850
Andre døgninstitusj.	245	120	80	74	56	-189
Totalt	6 255	5 975	5 517	5 296	5 169	-1 086

Tabell 9 viser, at det gjensto vel 700 psykiatriske sykehjemsplasser ved utgangen av 2001, da de regionale helseforetakene ble etablert. Etter at regionale helseforetak ble etablert, er antall psykiatriske sykehjemsplasser ytterligere redusert år for år - til 208 psykiatriske sykehjemsplasser i 2004. Dette er i alt 1192 færre psykiatriske sykehjemsplasser enn opprinnelig beregnet i OP. I St. prp. nr. 63 (31) var det beregnet å gjenstå 1400 sykehjemsplasser i 2006.

Mens OP opprinnelig forutsatte en viss økning i antallet døgnplasser til 2008 ettersom planen er utvidet, har vi fått en nedgang på 1 086 døgnplasser innenfor psykisk helsevern fra 1996 til 2004. SINTEF har anslått at endringene i antall og sammensetning av psykiatriske døgnplasser fra 1996 til 2004 har gitt spesialisthelsetjenesten en isolert besparelse på rundt 800 mill. kroner. For perioden 2002-2004 omtaler de årlige SAMDATA-rapportene effekten av endret ressursbruk i helseforetakene innen psykisk helsevern. Selv om antall døgnplasser i psykisk helsevern totalt sett er redusert, har bemanningen i spesialisthelsetjenesten økt raskere enn forutsatt, og behandlingskapasiteten i psykiatrien, spesielt innenfor poliklinisk virksomhet er økt. Ifølge SAMDATA har antall årsverk til og med 2004 økt med 1 931, altså gjennomsnittlig en økning på 322 årsverk per år. Dette er en raskere vekst enn forutsatt i OP.

SINTEF Helse viser til at det er vanskelig å tallfeste hvorvidt det samlede døgnbaserte omsorgstilbudet for voksne er redusert, når spesialisthelsetjenesten og tjenestetilbudet i kommunene sees under ett (34). I følge SINTEF Helse gir heller ikke reduksjon i antall døgnplasser i spesialisthelsetjenesten uttrykk for hvor mange personer kommunene har overtatt ansvaret for.

Perioden for OP er senere utvidet til 2008, jf. St.prp. nr. 1 (2003-2004). I St. prp. Nr. 1 (2005-2006) er plantall for antall døgnplasser i hhv. sykehus og DPS'er er satt til henholdsvis 2 800 og 2 200 i 2008 (35). I B.innst.S.nr.11 (2005-2006) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen er ikke disse måltallene direkte omtalt. Det heter imidlertid at "Komitéen er fornøyd med at prinsippet om at ingen behandlingstilbud skal legges ned før nye og bedre tilbud er på plass, står fast."

Beregning av behovet for nye kommunale tilbud

Selv om nedbygging av sykehjemsplasser er ansett som en faglig riktig utvikling, har utviklingstempoet vært langt kraftigere enn forutsatt. I St.prp. nr 1 (2005-2006) het det ”Totalt sett har det skjedd en forskyvning av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, utover det som lå til grunn for opptrappingsplanen” (32;36).

Det er rimelig å forvente at kommunen har etablert både bo- og tjenestetilbud til mange av pasientene som er utskrevet fra sykehjemmene, samtidig som en del personer fortsatt oppholder seg i spesialisthelsetjenesten i påvente av kommunale tjenestetilbud både i DPS og i sykehusavdelinger. FAFO`s kartlegging fra (2005) som omtaler udekkede behov for boliger og tjenester, gir grunn til å tro at kommunene har prioritert personene som skrives ut fra psykiatriske sykehjem relativt høyt, på grunn av omfattende omsorgsbehov, mens andre grupper av psykiske syke er prioritert lavere (37).

Nedbyggingen av drøyt 1 100 plasser i psykiatriske sykehjem vil for kommunene bety større press på både boligbehov og pleie- og omsorgstjenester enn det som opprinnelig ble forutsatt i OP. Flertallet av personer som flytter fra psykiatriske sykehjem til kommunale tilbud har etter all sannsynlighet behov for et kommunalt botilbud, både fordi de ikke disponerer egen bolig og fordi de fleste antas å ha behov for et omfattende omsorgstilbud fra kommunen. Dersom man beregningsmessig antar 1 årsverk pr. bruker innebærer dette behov for om lag 1 100 årsverk. Dette er i så fall vesentlig lavere enn ressursinnsatsen i de psykiatriske sykehjemmene på rundt 1,3 årsverk pr. bruker.

5.4 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste og opptrappingsplanen

OP har et folkehelseperspektiv gjennom utvikling av forebyggende tiltak, samt at de som utvikler sykdom raskere skal få adekvat hjelp. Det er et prioritert område i OP å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Tjenesten skal gjennom planen styrkes med 800 årsverk innen 2008 gjennom å øke stillinger til psykologer, helsesøstre, jordmødre, barnevernspedagoger og andre høgskoleutdannede med kompetanse på psykisk helsearbeid.

En undersøkelse foretatt i 2003 avdekket mangler ved tilbudet som gis ved helsestasjons- og skolehelsetjenestens til barn og unge i skolepliktig alder (38). På spørsmål om styrking av skolehelsetjenesten gjennom opptrappingsplan i et utvalg av 90 kommuner viser undersøkelsen at få kommuner har planer om styrking av tilbudet i årene som kommer.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ifølge forskrift av 3.april 2003 nr 450 ha et tilbud til alle barn og unge opp til 20 år (39). Tjenesten har en sentral rolle i det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Det er store variasjoner i ressursinnsats målt i årsverk pr. 10 000 barn 0 – 6 år på landsbasis. Dette kan til dels forklares ved geografiske forskjeller i kommuner og fylker. Tallene må også sees i sammenheng med nedgangen i barnekullene de senere årene. Andel årsverk i tjenesten for leger og fysioterapeuter er redusert fra 2002 – 2003.

Tabell 9: Årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten¹. 1994-2004

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Personell i alt	2 372	2 550	2 628	2 735	2 817	2 874	2 916	3 003	3 073	3 104	3 150
Leger	210	213	217	219	222	227	228	231	232	224	217
Fysioterapeuter	237	241	264	291	296	293	263	271	263	249	237
Helsesøstre	1 430	1 477	1 520	1 557	1 577	1 612	1 654	1 719	1 755	1 772	1 834
Jordmødre	135	176	201	224	240	256	253	251	256	273	271
Annet personell	360	443	427	443	484	487	517	530	566	586	591

1 Inkludert personell uten helsefaglig utdanning.

Kilde SSB: <http://www.ssb.no/emner/03/02/helsetjko/>

5.5 Fastlegen og opptrappingsplanen for psykisk helse

Fastlegens medisinske arbeid er en viktig del av det samlede psykiske helsearbeidet i kommunen. De aller fleste som har psykiske lidelser behandles og følges opp hos fastlegen. Bare et fåtall henvises videre til spesialisthelsetjenesten. Fastlegene har også medisinsk oppfølgingsansvar for de fleste pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

Rollen som medisinsk faglig koordinator forutsetter at fastlegen har et nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten og at fastlegen er tilgjengelig for andre som yter tjenester overfor brukeren. Fastlegene har en sentral rolle som «døråpnere» overfor andre tjenester og ytelser, for eksempel som henvisningsinstans til spesialisthelsetjenesten, i forhold til økonomiske ytelser som sykmelding, midlertidig uførestønad og uførepensjon og i forhold til Aetat.

De partssammensatte samarbeidsutvalgene og allmennlegerådene som skal finnes i alle kommuner, bør kunne være viktige fora for å finne fram til praktiske samarbeidsrutiner også innen det psykiske helsearbeidet. Videre vil fastlegeavtalen være viktig for kommunen mht. oppfølging av legetjenesten (40).

Hovedinntrykket i en undersøkelse utført av SINTEF Helse i 2005 er at samarbeid om psykisk syke fungerer best der det eksisterer formelle samarbeidsordninger (2). Se for øvrig kapittel 2.5 om fastlegeordningen.

6 Data i helse- og sosialtjenesten

Kommune- og spesialisthelsetjenesten rapporterer gjennom to ulike systemer. I dette kapitlet gir vi en kort beskrivelse av eksisterende systemer, og omtaler igangsatte utviklingsstudier og studier av pasientforløp. Kommunehelsetjenesten rapporterer aggregerte data på kommunenivå - årsverk, brukere og institusjonsplasser. Spesialisthelsetjenesten innrapporterer aktivitets- og ventelistedata til Norsk pasientregister. Årsverk og sengetall, samt kostnadsdata, innrapporteres til SSB.

6.1 Beskrivelse av eksisterende registerdata

Registerdata er en hensiktsmessig, presis og kostnadseffektiv metode for datainnhenting. Etter hvert som systemene etableres og det skapes gode rutiner for innlegging av data, skaper disse systemene robuste og etterrettelige opplysninger om utvikling av tjenesteområdene, både i forskningsøyemed og som styringsdata.

Opplysninger om helsetilstand, helsehjelp m.v. er sensitive personopplysninger som er underlagt taushetsplikt etter helsepersonelloven (26). Behandling av slike opplysninger i helseregistre er regulert i helseregisterloven (41). Lovens overordnede målsetning er å bidra til at helseopplysninger blir behandlet i samsvar med grunnleggende personvern hensyn.

GERIX er et informasjonssystem for pleie- og omsorgstjenesten. Siktemålet med systemet er å få bedre tilgang til data om situasjon og utvikling for funksjonshemmede og eldre. Formålet med GERIX er å utvikle et kommunalt system med kjerneinformasjon (minste basis datasett) for administrasjon og planlegging innen pleie- og omsorgstjenesten. Det har siden 1993 vært i bruk i ulik grad av ca. 200 kommuner og ca. 50 kommuner har sendt inn statistikk til SSB basert på GERIX-data.

KOSTRA (Kommune-STat-RApportering) er et nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om ressursbruk, dekningsgrader og omfang av tjenester i kommunal og fylkeskommunal virksomhet. Dataene viser ressursbruk på ulike tjenesteområder og skal være et grunnlagsmateriale for analyse, planlegging og styring. Tallmaterialet omfatter det meste av virksomheten i kommunene og fylkeskommunene, herunder økonomi, skoler, helse, kultur, miljø, sosiale tjenester, boliger, tekniske tjenester og samferdsel. Tallene belyser prioriteringer, dekningsgrader og produktivitet ved hjelp av nøkkeltall. Det finnes ikke tilgjengelig offisiell statistikk i KOSTRA over samhandling mellom kommunal sektor og statlig sektor.

Norsk pasientregister (NPR) henter inn aktivitets- og ventelistedata fra spesialisthelsetjenesten, og inneholder et omfattende datasett med blant annet sentrale pasientdata, diagnose- og prosedyrekoder til hvert enkelt sykehusopphold. Institusjonenes pasientadministrative systemer benyttes til å registrere informasjon som sendes til NPR.

NPR er i dag et avidentifisert register. Forslag om utvidet formål og endring av NPR til personidentifiserbart register uten samtykke ble sendt på høring høsten 2005.

Gjennom **SAMDATA** presenteres årlige styringsdata, sammenlignbar statistikk og analyser for spesialisthelsetjenesten. SAMDATA publiseres av SINTEF Helse på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. SAMDATA er basert på sammenstilling av innhentede opplysninger fra eksisterende registerdata.

6.2 Utvikling av IPLOS

IPLOS (kommunal individrettet pleie- og omsorgsstatistikk) er et datasett som knytter opplysninger om personens situasjon og behov til resultat av søknad, tid mellom beslutning om tjeneste og tjenestestart, hvilke tjenester som mottas, omfanget av tjenestene og bevegelser mellom kommunale tjenester og ikke-kommunale døgntilbud.

IPLOS vil gi opplysninger om brukernes hjelpebehov og omfanget av tjenester som gis, og om tiltakenes varighet og om utviklingen av tjenester (hvilke og mengde) over tid for personer med langvarige behov. Informasjonen er basert på individopplysninger om søkere og mottakere av kommunale sosial- og helsetjenester. IPLOS skal erstatte eksisterende pleie- og omsorgsstatistikk og skal bli en obligatorisk del av KOSTRA. Kommunene skal ha innført IPLOS og skal sende IPLOS-data til SSB i 2007. Kommunene skal sende IPLOS-data for 2006 som grunnlag for KOSTRA-statistikk i begynnelsen av 2007. IPLOS vil gi opplysninger om brukernes hjelpebehov og omfanget av tjenester som gis. Statistikken vil videre gi

opplysninger om tiltakenes varighet og om utviklingen av tjenester over tid for personer med langvarige behov.

I IPLOS registreres følgende opplysninger om ikke-kommunale døgntilbud: somatisk sykehusavdeling, psykiatrisk sykehusavdeling, distriktpsikiatrisk senter og rehabiliteringsinstitusjon. Dette registreres når en tjenestemottaker legges inn og ved utskrivning fra disse institusjonskategoriene. IPLOS vil imidlertid ikke gi opplysninger om dagopphold, polikliniske konsultasjoner og ambulerende spesialisthelsetjenester. .

Opplysninger om helsetilstand vil, i kombinasjon med data om hvilke tjenestetilbud brukerne kommer fra og går videre til (ikke-kommunale døgntilbud som somatisk sykehus, psykiatrisk sykehus, psykiatrisk sykehjem, distriktpsikiatriske sentre, rehabiliteringsinstitusjon og annen døgningstitusjon), kunne gi viktig informasjon om oppgavefordeling og samspill mellom sykehussektoren og de kommunale sosial- og helsetjenester som inngår i IPLOS.

Diagnoseregistrering i 1. og 2. linjetjenesten

I IPLOS registrerer man diagnoser i henhold til kodeverket ICPC - et kodeverk utviklet for primærhelsetjenester (primary care). Det vil bli mulig å følge utviklingen til enkeltpasienter mht. helsetilstand og hjelpebehov, og man vil kunne få nasjonale og regionale data over etterspørsel og bruk av primærhelsetjenester.

For spesialisthelsetjeneste benyttes ICD-10 som kodeverk. Det er teknisk mulig å konvertere data som er registrert i spesialisthelsetjenesten, ved at de "oversettes" og gis en representativ ICPC-kode. En slik "oversettelse" kan imidlertid bare brukes for statistikkformål, og ikke i forhold til enkeltpasienter.

6.3 Igangsatt utviklingsarbeid

Sentrale data fra allmennlegetjenesten (SEDA) er et prosjekt som er finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet. Formålet er å samle inn relevante data fra et utvalg fastlegers elektronisk pasientjournal (EPJ) og benytte disse til statistikk og forskning. SSB har fått i oppdrag å gjennomføre prosjektet. Det skal utvikles et datasett fra den elektroniske pasientjournalen bestående av variabler som kjønn, alder, kontaktinformasjon, diagnose, henvisninger, legemidler, rekvisisjoner, biologiske prøver, sykmeldinger og andre erklæringer til trygden.

HOD har bedt SHdir å utarbeide supplerende mål for arbeidet med psykisk helse. Samhandling er et av i alt åtte områder hvor det skal utformes konkrete målsetninger. Innen 1. mars 2006 skal direktoratet komme med forslag til HOD på definisjoner, konkretiseringer og operasjonaliseringer av foreslåtte indikatorer på de ulike målformuleringene. Dette arbeidet må også sees i sammenheng med fornyelsen av Kvalitetsavtalen for utvikling av pleie- og omsorgstjenestene mellom staten og KS.

Samlemålsprosjektet er et arbeid er igangsatt i regi av SHdir for å forberede en framtidig bruk av IPLOS til å beregne kostnader ved kommunale helse- og omsorgstjenester til grupper av tjenestemottakere og til den enkelte tjenestemottaker.

6.4 Studier av pasientforløp

Studier av pasientforløp er i liten grad utført i Norge. I hovedsak skyldes dette at sammenkobling av pasientdata er ressurskrevende og teknisk vanskelig å få til, og at slik sammenkobling krever særskilte konsesjoner fra Datatilsynet.

Helse Midt-Norge og Trondheim kommune har igangsatt et arbeid med systematiske analyser av samspillsproblemer mellom alle ledd i helsetjenesten (42). Målet er å utarbeide et verktøy som kan beskrive, analysere, evaluere og kvalitetssikre samspillet i den totale behandlingsskjeden. Arbeidet utføres av SINTEF Helse og NTNU. Prosjektet bygger på pasientdata fra:

- Fastleger.
- Kommunale pleie- og omsorgstjenester
- Sykehus, polikliniske konsultasjoner
- Sykehus, innleggelser

Med et eventuelt framtidig personidentifiserbart NPR og et pseudonymt IPLOS vil man kunne få nye muligheter for å analysere sammenhengen mellom pasienters forbruk av spesialisthelsetjenester og deres forbruk av kommunale pleie- og omsorgstjenester.

6.5 Behov for et bedre datagrunnlag

I dag er datagrunnlaget for å kunne vite noe om pasientene i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene mer utilstrekkelige enn pasientregistreringssystemene i sykehusene, og dette gjør det vanskelig å måle pasientforløpet i et samhandlingsperspektiv.

I kapittel 5.1 fremgår det at datagrunnlaget for helse- og sosialtjenesten ikke er egnet til å beskrive helhetlige behandlingsforløp, over forvaltningsgrensene. I dag kan vi ikke hente ut informasjon om hvor mange og hvilke kontakter og tjenester den enkelte pasient samlet får på begge nivåer i helsetjenesten og omsorgstjenesten og således heller ikke summen av slike kontakter. Vi har ikke registre som er egnet til å beskrive samhandlingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten eller oppgavedelingen mellom dem. Spørsmålet i arbeidsgruppens mandat om hvilken effekt variable som liggetid og sengetall på sykehus mv har på endringer i oppgavefordelingen mellom sykehus og kommunenes pleie og omsorgstjeneste kan med andre ord ikke beskrives med utgangspunkt i dagens statistikk. Kunnskapsgrunnlaget styrkes i 2006 gjennom IPLOS. Tilfanget av rapporterte data vil omfatte:

Tabell 10: Sammenstilling av samhandlingsdata

	KOMMUNENE	SPES.HELSETJENESTEN
PASIENTDATA	IPLOS SEDA (FASTLEGEDATA)	NPR (Norsk pasientregister)
TILBUDSBESKRIVELSE	KOMMUNEHELSE- STATISTIKKEN	INSTITUSJONSDATA
ØKONOMI	KOSTRA	REGNSKAPSTALL

Kilde: Bård Paulsen, Sintef Helse 2005

IPLOS representerer et stort fremskritt, men er allikevel etter arbeidsgruppens oppfatning, ikke tilstrekkelig til å dekke det behov for å få til helhetlige analyser av pasientforløp.. Arbeidsgruppen anbefaler derfor at en i utvikling og evaluering av IPLOS også vurderer behovet for ”samhandlingsinformasjon”.

Gitt at vi får pasiententydige data fra sykehusene og innføring av IPLOS i alle kommuner kommer på plass, vil det være langt større muligheter for å følge endringer i pasientstrømmer mellom nivå og kople dette til endringer i kommunenes oppgavevolum og pasientenes pleietyngde.

Arbeidsgruppen tilrår at HOD iverksetter et arbeid med å vurdere mulighetene for å bedre datagrunnlaget for samhandlingen mellom 1. og 2. linjetjenesten.

7 I hvilken grad har det skjedd overføring av oppgaver mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten?

I rapporten er det redegjort for endringer av ansvar og oppgaver i kommunenes helse- og sosialtjeneste og i spesialisthelsetjenesten som er resultat av vedtatte og iverksatte reformer de siste 10 år. Arbeidsgruppen har også søkt å kartlegge arbeidsdelingsprosesser mellom forvaltningsnivåene som ikke er resultat av vedtatte endringer i ansvarsforhold.

Spørsmålet om oppgaveforskyvning mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten var utgangspunktet også for SINTEF Helse (2) s. 122. ”Det er imidlertid liten tvil om at oppgavemengden i kommunene har økt og at dette delvis kan knyttes til at sykehusene i langt sterkere grad rendyrker sin rolle som behandlingsinstitusjon og at siste behandlingsfase og rekreasjonsfasen tas hånd om i kommunene. At økningen i kommunenes oppgaver bare skyldes en oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten synes ut fra diskusjonen å være for enkel.”

Endringer i oppgavedelingen er ikke alltid resultat av vedtatte reformer. Intervjuundersøkelsen som presenteres i SINTEF/KS rapporten gir verdifull kunnskap som arbeidsgruppen mener bør følges opp. (2). Funnene samsvarer med arbeidsgruppens oppfatning; at oppgavemengden i kommunene og i sykehusene er økt. Flere henvisninger fra primærhelsetjenesten og økt antall øyeblikkelig hjelp- innleggelser i spesialisthelsetjenesten fører til økt oppgavevolum på sykehusene. Samtidig opplever kommunene en økt etterspørsel etter pleie- og omsorgstjenester. Videre samsvarer undersøkelsens påpekning av at de største utfordringene i kommunene er knyttet til psykisk helse og demens med arbeidsgruppens oppfatning. Intervjuundersøkelser og erfaringsbasert kunnskap er imidlertid ikke tilstrekkelig grunnlag for en total vurdering av endringer i oppgavefordelingen i helsetjenesten.

Oppgave- og ansvarsdelingen mellom forvaltningsnivåene i helse- og omsorgstjenesten er angitt i lovverket for tjenesteområdene. Det er allikevel slik at et omfang av ”felleseie” til visse (skiftende) oppgaver må påregnes som en relativt konstant utfordring for de to nivåene. Dette vil også være et viktig tema i den kommende gjennomgangen av oppgavefordelingen mellom forvaltningsnivåene som skal igangsettes i forbindelse med etableringen av et nytt folkevalgt regionalt nivå. Selv om det er ønskelig at grensene for oppgaver og ansvar er mest mulig rendyrket og entydig, må ikke hensynet til eget ”særeie” føre til at de oppgaver man i fellesskap må finne løsninger til ikke får den konstruktive oppmerksomhet og oppgaveløsning som er nødvendig.

8 Konklusjon og tilrådinger

Arbeidsgruppen konstaterer at spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og sosialtjeneste har utviklet seg på viktige områder de siste 10 årene.

Utviklingen i spesialisthelsetjenesten kjennetegnes ved at

- Sykehusenes aktivitetsvekst har vært betydelig og har omfattet både heldøgnsopphold, dagopphold og poliklinisk virksomhet.

- Sterkest har veksten vært innenfor dagbehandling og poliklinisk virksomhet.
- Samtidig som aktiviteten har økt, har antall senger i norske sykehus blitt lavere, og liggetiden per opphold gått ned.
- Fordi pasienter ligger kortere tid på sykehus enn før, er den medisinske behandlingsintensiteten i hvert sykehusopphold økt, mens pleiedelen av hvert sykehusopphold er redusert om man sammenligner med sykehus for en del år tilbake.
- Behandlingsforløpet er blitt mer oppdelt, og sykehusene har i større grad rendyrket de medisinskfaglige oppgavene knyttet til diagnostisering, utredning, behandling og oppfølging og rehabilitering.
- Pasientopplæring og opplæring av pårørende til kronisk syke er i henhold til lov om spesialisthelsetjenesten en av hovedoppgavene for sykehusene. Siden 1997 er det etablert 36 lærings- og mestringssentre ved landets sykehus. 18 sentre var under planlegging i 2005. Ved Aker universitetssykehus i Oslo drives det nasjonale kompetansesenteret.

Utviklingen innenfor de kommunale pleie- og omsorgsoppgaver kan kjennetegnes ved at

- Flere personer enn før mottar tjenester, flere ressurskrevende brukere enn før gis et tilbud og tilbudet er blitt mer differensiert.
- Selv om vi de siste årene ikke har fått flere eldre over 67 år, så ser vi likevel en klar vekst innenfor den eldste aldersgruppen over 80 år. Mange av disse trenger pleie og omsorg, og veksten i antall eldre over 80 år har bidratt til økte oppgaver for pleie- og omsorgstjenestene i kommunene.
- Økt kvalitet på tjenestetilbudet, rettighetsfesting av individuelle rettigheter/pasientrettigheter og boliggygjøringen i pleie- og omsorgstjenestene.
- Kommunene opplever at kortere liggetid på sykehus stiller økte krav til tjenestetilbudet.
- Psykisk helse og demens blant eldre utgjør en hovedutfordring med hensyn til kapasitet, kompleksitet og kompetanse. Behov for tilgang på spesialisthjelp er særlig stort innenfor dette området.
- Utviklingen innen teknologi og kompetanse innebærer at flere kan behandles i eget hjem. For enkeltkommuner kan dette bidra til store ressursmessige og faglige utfordringer.

I henhold til mandatet har arbeidsgruppen søkt å dokumentere endringer i kommunenes funksjoner som resultat av samspillet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

- Arbeidsgruppen er kommet til at det i dag ikke foreligger et datagrunnlag, som gir tilstrekkelig dokumentasjon av endringer som har funnet sted i grensdragningen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstjeneste.
- Som en følge av manglende datagrunnlag, har arbeidsgruppen heller ikke kunnet beregne økonomiske konsekvenser av endringer som har funnet sted.

- Etter arbeidsgruppens vurdering bør man iverksette tiltak som imøtekommer dette kunnskapsbehovet. Utfordringen vil først og fremst være å sammenstille eksisterende informasjon fra ulike datakilder (og data fra IPLOS fra 2006) på en bedre måte. Det bør også gjennomføres analyser av pasientforløp som omfatter tilbud fra så vel kommunenes helse- og omsorgstjeneste som spesialisthelsetjenesten.

Arbeidsgruppen viser til at den nedbygging av psykiatriske sykehjemsplasser som har skjedd i Opptrappingsplanens periode, også ut over det omfang som var forutsatt i planen, har medført økte oppgaver og utfordringer for kommunene. Dette har betydning for både personellbehovet i kommunene og behovet for boliger utover de 3 400 boligene som er finansiert gjennom Opptrappingsplanen. Dette har vært og vil være en faktor som bør trekkes inn i fordelingen av ressurser fra Opptrappingsplanen. Arbeidsgruppen viser i denne forbindelse til at departementet i St.prp. nr 1 (2005-2006) har orientert Stortinget om at regjeringen vil komme nærmere tilbake til ressurskonsekvensene for kommunene i statsbudsjettet for 2007, og at regjeringen vil legge frem en ny vurdering av fordelingen av den gjenstående veksten i driftsutgifter mellom kommuner og helseforetakene.

Referanser

- (1) Norges offentlige utredninger. Fra stykkevis til helt. NOU 3. Oslo, Statens forvaltningstjeneste. 2005.
- (2) Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten - oppgaveutvikling og samspill. STF8 A045018. Trondheim, SINTEF Helse. 2004.
- (3) Norges offentlige utredninger. Makt og demokrati. NOU 19. Statens forvaltningstjeneste. 2003.
- (4) Makt og demokrati. Regjeringen Bondevik II. Oslo, Statens forvaltningstjeneste. 2005.
- (5) Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om sosiale tjenester mv (Sosialtjenesteloven). 1991.
- (6) Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om helsetjenesten i kommunene (Kommunehelsetjenesteloven). 1984.
- (7) Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottagere, hjelpebehov og tilbud. 10/2003. Oslo, Statens helsetilsyn. 2003.
- (8) Pleie- og omsorgstjenester på strekk. Sammenstilling av funn og erfaringer fra ulike tilsynsaktiviteter i 2003 og 2004. 7/2005. Oslo, Statens helsetilsyn. 2005.
- (9) Romøren T I. Den fjerde alderen. Funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år. Oslo, Gyldendal. 2001.
- (10) Forskrift om fastlegeordningen i kommunene. Det kongelige helsedepartement. nr 328. 14-4-2000.
- (11) Sandvik H (red). Evaluering av fastlegereformen. 2001-2005. Sammenfatning og analyse av delprosjekter. Norges forskningsråd. 2006.
- (12) Ressurssenteret for omstilling i kommunene. Evalueringen av toppfinansieringen for ressurskrevende brukere. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet. 2005.
- (13) Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter. 1-1-1999.
- (14) Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om individuell plan etter helselovgivingen og sosialtjenesteforskningen. 1-1-2005.
- (15) Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om spesialisthelsetjenesten mm. 2-7-1999.
- (16) Vedtekter for helseforetakene. Helse - og omsorgsdepartementet. 2001.
- (17) Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet. En evaluering av utvalgte sider ved helseforetaksmodellens virkemåte og effekter, begrensninger og potensiale. Agenda og Muusmann. 2005.

- (18) Hviding K, Reinart L M, Mørland B, Buntz E. Samhandling mellom første og andrelinje helsetjenester. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2004.
- (19) Helsedepartementet. Bedre behandlingstilbud til rusmisbrukere. Perspektiver og strategier. Strateginotat. Oslo. 2004.
- (20) Rusmiddelmissbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbudet i et overordnet tilsynsperspektiv. 2. Oslo, Statens helsetilsyn. 2005.
- (21) Forskrift om habilitering og rehabilitering. 1-7-2001. Helse- og omsorgsdepartementet.
- (22) Jørgenvåg R (red). SAMDATA somatikk 2004. Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten. 1/05. Trondheim, SINTEF Helse. 2005.
- (23) Norges offentlige utredninger. Omsorg og kunnskap! Norsk kreftplan. NOU 20. Oslo, Statens forvaltningstjeneste. 1997.
- (24) Lindring av smerter hos kreftpasienter. Medisinsk metodevurdering basert på internasjonale rapporter og egen litteraturgransking. 9. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2005.
- (25) Lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven). 2-7-1999.
- (26) Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om helsepersonell mv (Helsepersonelloven). nr. 64. 2-7-1999.
- (27) OECD Health Data 2005: Statistics and Indicators for 30 Countries. 2005.
- (28) Gaaråsen H, Kaasa S, Røssstad T, Broen P. Spesialiserte korttidsplasser i sykehjem - Trondheims-modellen. Tidsskr Nor Lægefor 2005; 1503-6.
- (29) Evalueringen av Henie Onstad bo - og behandlingssenter. Trondheim, SINTEF Helse. 2004.
- (30) Åpenhet og helhet - Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. St meld nr 25. Oslo, Statens forvaltningstjeneste. 1997.
- (31) Stortingsproposisjon nr 63 (1997- 1998). Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. 2005.
- (32) St.prp. nr.1(2004-2005). Statsbudsjettet. 2004. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.
- (33) Lilleeng S, Hagen H. Tjenestetilbudet til individer - fra episodedata til individdata innen psykisk helsevern. SINTEF helse. 2005.
- (34) Hagen H, Rud T. Pasienter i psykisk helsevern for voksne. Trondheim, SINTEF Helse. 2003.
- (35) St.prp. nr. 1 (2005-2006). Statsbudsjettet. Helse- og omsorgsdepartement. 2005.

- (36) St. prp. nr.1 (2005-2006) for budsjettåret 2006. Oslo, Statens forvaltningstjeneste. 2005.
- (37) Ytrehus S, Drøpping J A. Den vanskelige fortsettelsen. En kartlegging av tjenester til tidligere bostedløse. 448. 2006.
- (38) Kartlegging av ungdomshelsestasjonene 2004. Upublisert rapport. Sosial- og helsedirektoratet, editor. 2004.
- (39) Om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Rundskriv 1-4/2003 nr 450. 3-4-2003.
- (40) Statusrapport om fastlegeordningen i Norge etter 2 ½ år -oppfølging i den enkelte kommune. I - 3. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet. 2005.
- (41) Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om helseregister og behandling av helseopplysninger (Helseregisterloven). 1-1-2001.
- (42) Paulsen Bård. Pasientstrømsanalyser som grunnlag for analyser av samspillet mellom spesialisthelsetjenester og kommunale helse - og omsorgstjenester (notat om prosjekt). Trondheim, SINTEF Helse. 2005.