

Kapasitet og struktur

i spesialisthelsetjenesten

Fellesnotat fra de regionale helseforetakene
- til innspill i arbeidet med nasjonal helseplan

28.06.2006

Innhold

1. Innledning og konklusjoner	3
2. Utviklingstrekk	5
2.1 Aktivitet og aktivitetsmønster	5
2.2 Ventelister og ventetider	6
2.3 Kapasitet.....	7
3. Kapasitetsfaktorer og behandlingsskapasitet	9
3.1 Innledning.....	9
3.2 Bygninger og funksjonelle arbeidsområder	10
3.3 Senger.....	12
3.4 Helsepersonell	13
3.5 Utstyr.....	14
3.6 Kapasitet for pasientbehandling	14
3.7 Oppsummering	15
4. Kapasitetsbehov	15
4.1 Behovet for spesialisthelsetjenester	15
4.2 Behovsbestemmende faktorer	15
4.3 Kapasitetsbruk og kapasitetsbehov	17
4.4 Identifisering av over- og underkapasitet.....	17
4.5 Fremtidig kapasitetsbehov.....	18
4.6 Kapasitetsbehov og kapasitetsstyring.....	20
5. Struktur	21
6. Kapasitet og struktur i somatisk sektor	22
6.1 Arealbehov eksklusive sengearealer	22
6.2 Sengebehov for døgnpasienter	22
6.3 Struktur.....	27
7. Kapasitet og struktur i psykisk helsevern	28
7.1 Opptrappingsplanen for psykisk helse	28
7.2 Psykisk helsevern for barn- og ungdom (BUP)	29
7.3 Psykisk helsevern voksne	30
8. Kapasitet og struktur i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere . 34	
8.1 Tilstandsbeskrivelse	34
8.2 Behov for omstrukturering og kapasitetsøkning	35
8.3 Forutsetninger for god kapasitetsutnyttelse.....	36
9 Kapasitet og struktur for rehabilitering	37
9.1 Innledning.....	37
9.2 Status	38
9.3 Utdfordringer.....	39

1. Innledning og konklusjoner

Dette notatet er utarbeidet av en arbeidsgruppe som er oppnevnt av de administrerende direktører i de regionale helseforetak for å utrede spørsmål om kapasitet og struktur i spesialisthelsetjenesten. Utredningen er svar på en bestilling fra HOD, og arbeidet skal slutføres i løpet av høsten 2006. Arbeidet ledes av Helse Øst.

Departementet skal legge frem Nasjonal helseplan (2007-2010) i tilknytning til statsbudsjettet for 2007, og har i den forbindelse bedt om et innspill om kapasitet og struktur fra de regionale helseforetakene innen 23. juni. Arbeidsgruppen har derfor utarbeidet dette notatet, som gir en kortfattet gjennomgang av spørsmålene på nasjonalt nivå. Arbeidet med den opprinnelige bestilling fortsetter som opprinnelig planlagt, og gå nærmere inn på flere av de spørsmål som det ikke har vært mulig å besvare i dette notatet..

Dette notatet starter med en oversikt over utviklingen i spesialisthelsetjenesten de senere år, med vekt på aktivitet og aktivitetsmønster, ventelister, ventetider og kapasitetsforhold. Det har vært en betydelig aktivitetsøkning og markerte endringer i aktivitetsmønsteret. Ventelister og ventetider ble redusert i de to første årene etter reformen, og har nå stabilisert seg. Innsatsen av kapasitetsfaktorer har ikke økt i samme grad som aktiviteten.

Spesialisthelsetjenestens kapasitet avhenger av mange faktorer, og av samspillet mellom dem. I kapittel 3 drøftes dette nærmere. Kapasitetsbegrepets ulike betydninger blir drøftet, og det illustreres hvordan ulike fysiske kapasitetsfaktorer påvirker behandlingsskapasiteten.

Behovet for kapasitet, og de viktigste faktorer som bestemmer kapasitetsbehovet, blir drøftet i kapittel 4. I dette kapitlet behandles også over- og underkapasitet og fremtidige kapasitetsbehov. Trolig vil endringer i medisinsk kunnskap og teknologi, og endringer i politiske prioriteringer, gi vesentlig større utslag i endringene i behov frem mot 2010 og 2025 enn endringene i befolkningens størrelse, alderssammensetning og sykkelighet.

Spesialisthelsetjenestens strukturens er tema for kapittel 5. Utviklingen innebærer at behandlingsskjeden blir stadig viktigere som strukturelt element, mens institusjonene får redusert betydning.

I kapitlene 6-9 blir forholdene innenfor somatikk, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og rehabilitering drøftet nærmere.

Kapittel 10 er en oppsummering av de viktigste konklusjoner. Den største utfordringen er å styre kapasiteten i forhold til de til enhver tid aktuelle behov og prioriteringer.

Konklusjoner

- Utfordringen når det gjelder fremtidige kapasitetsvurderinger er ikke å beregne fremtidige behov og bygge institusjoner og senger for at behovene skal bli dekket.
- I somatisk sektor ser vi i dag ikke noe behov for flere senger eller for kapasitetsutbygging generelt i perioden frem til 2010. I noen områder er det trolig overkapasitet. Vedlikehold og funksjonell fornyelse av eksisterende bygningsmasse en omfattende oppgave.

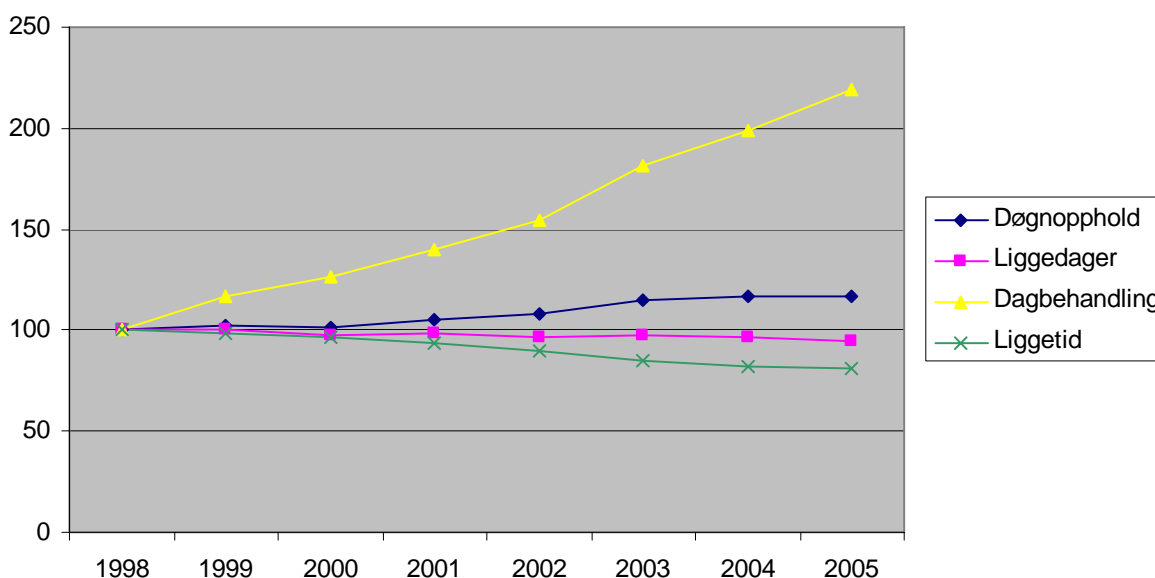
- Også i et lengre perspektiv vil arealbehov og bruk av sykehussenger kunne reduseres. Dette vil være mulig gjennom stram og overordnet styring og en betydelig økning i kapasitet for dagbehandling og poliklinisk behandling. Innholdsstyring av tjenestene basert kunnskapsbasert praksis og organisering og riktig prioritering vil blant annet føre til reduserte liggetider. Dette er viktig både ut fra et ressursperspektiv men ikke minst ut fra et infeksjonsperspektiv, riktig arbeidsdeling og livskvalitet. Innen psykisk helsevern bør utviklingen i større grad bygge på fastsatte arealnormer og det må være rom for å sanere u hensiktsmessig bygningsmasse.
- Spesialisthelsetjenesten må utvikles som et godt fungerende, sammenhengende system der oppgavene er hensiktsmessig fordelt og kapasiteten i de ulike ledd godt balansert og utnyttet.
- Kapasiteten og kapasitetsutnyttelse må styres fortløpende i forhold til aktuelle behov og prioriteringer. Dette krever nye metoder til vurdering av behov og behovsdekning, og det krever helsepolitisk legitimitet, og er en særlig utfordring for de regionale helseforetakene.
- En må sikre god tilgang på nødvendig fagpersonale der de trengs. Det er en utfordring både for de nasjonale myndigheter og de regionale helseforetak å utvikle virkemidler som kan gjøre dette mulig.
- I de øvrige sektorer skjer det strukturelle endringer som vil kreve at deler av eksisterende virksomhet flyttes nærmere pasientenes bosteder, bl.a. med sikte på bedre samhandling. Dette kan kreve omdisponering av lokaler og investeringer i nybygg. Innenfor rus og rehabilitering er denne utviklingen i et tidlig stadium, og det er ikke mulig å tallfeste behovene.

2. Utviklingstrekk

2.1 Aktivitet og aktivitetsmønster

Spesialisthelsetjenesten behandler i dag flere pasienter enn noen gang tidligere. Det gjelder både for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere, psykisk helsevern og den somatiske spesialisthelsetjenesten. Aktivitetsveksten har gjennom mange år vært sterkest innenfor somatikk, bortsett fra i 2005 da psykisk helsevern og rusbehandling ble gitt særlig prioritet.

Fig. 1. Aktivitetsutvikling i somatisk spesialisthelsetjeneste 1998-2005. Indekstall for antall døgnopphold, liggedager og dagopphold inkl. dagkirurgi, samt for gjennomsnittlig liggetid (Kilde: NPR).

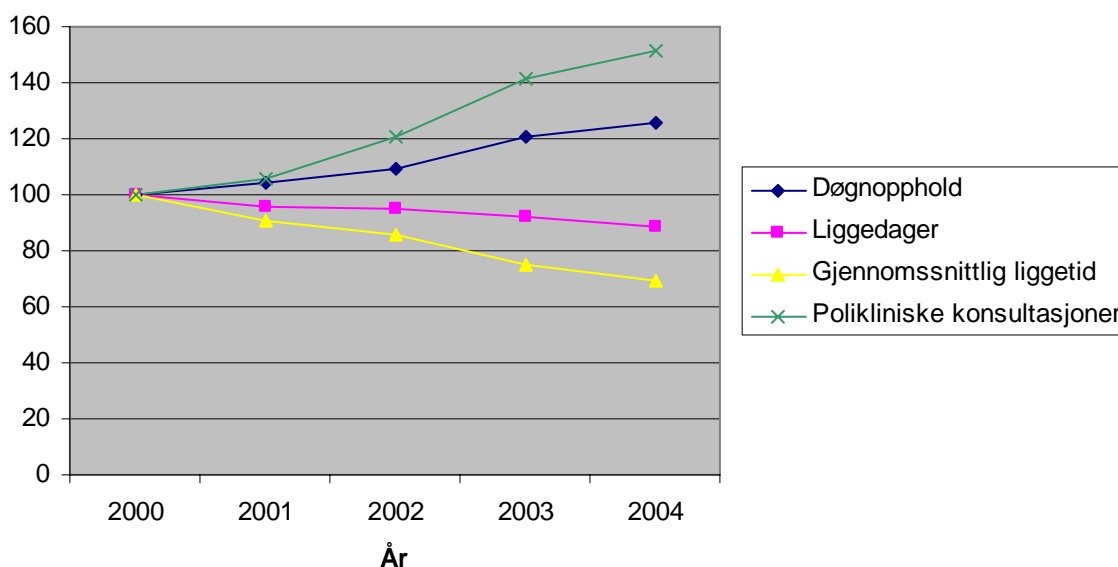


Figur 1 viser hovedtrekkene i utviklingen innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste i perioden 1998-2005. Mest iøynefallende er utviklingen innenfor medisinsk og kirurgisk dagbehandling, hvor det i gjennomsnitt har vært en aktivitetsvekst på over 11 prosent per år. I virkeligheten har også veksten i antall døgnopphold vært betydelig – nær 2,2 prosent per år. Nedgangen i gjennomsnittlig liggetid har imidlertid kompensert for dette, slik at antall liggedager, og dermed sengebehovet, ikke har økt.

Vi har ikke sikre nasjonale tall for polikliniske konsultasjoner i denne perioden. Årlige tall fra SAMDATA viser at aktivitetsveksten i sykehusenes poliklinikker har vært noe sterkere enn veksten i antall døgnopphold – i perioden 2000-2005 var veksten ca. 3,5 prosent per år. For å få et fullstendig bilde må vi imidlertid ha med tall fra private avtalespesialister, som står for en betydelig del av det totale antall spesialistkonsultasjoner.

Figur 2 viser den tilsvarende utviklingen innenfor psykisk helsevern. Begrensninger i data-grunnlaget gjør at dette bildet bare dekker perioden 2000-2004. Det viser en betydelig vekst både antall døgnopphold og konsultasjoner, hhv. 4,6 og 8,7 prosent per år i gjennomsnitt. På grunn av stadig kortere liggetider er antall liggedager, og dermed behovet for senger, redusert med ca. 12 prosent.

Figur 2. Aktivitetsutvikling i psykisk helsevern i Norge 2000-2004. Indekser for antall polikliniske konsultasjoner, døgnopphold, liggedager og gjennomsnittlig liggetid. (Kilde SSB)



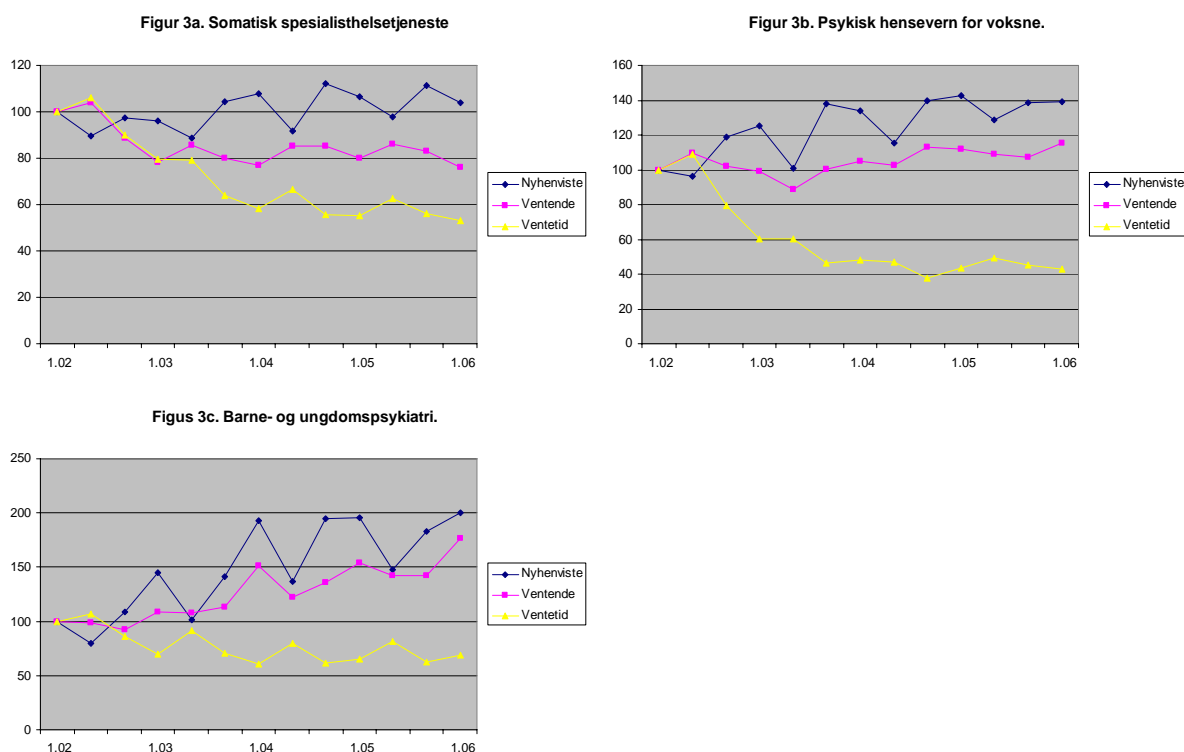
De trender som fremgår av figurene ovenfor er ikke av nyere dato, de har preget utviklingen både i somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern gjennom flere tiår: - En stadig økende del av behandlingen skjer uten innleggelse, og liggetidene for de som innlegges blir stadig kortere. Vi har ikke tilsvarende tall for rusbehandling, men også der skjer det en dreining fra døgnbasert behandling mot poliklinikk, og redusert bruk av langtidsopphold i institusjon. Tendensen mot dagbehandling og poliklinisk behandling og redusert bruk av senger er gjennomgående i alle deler av spesialisthelsetjenesten.

2.2 Ventelister og ventetider

Utviklingen i ventelister og ventetider gir et bilde av forholdet mellom kapasitet og behov. Figur 3a-c viser utviklingen antall nyhenviste, antall ventende og gjennomsnittlig ventetid for ventende i perioden 1. tertial 2002 til 1. tertial 2006 for hhv. somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern for voksne og for barne- og ungdomspsykiatrien. Det foreligger ikke tilsvarende tall for rusbehandling.

Det fremgår at utviklingen har vært litt forskjellig i de ulike deler av tjenesten, men antall nyhenviste har økt fra år til år. Antall ventende har økt i psykisk helsevern. Ventetidene gikk ned i i begynnelsen av perioden, men ser nå ut til å ha stabilisert seg. Det samlede antall ventende ligger nå i overkant av 200 000. Noen lunde stabile ventetider indikerer at kapasiteten i de senere år, samlet sett, har vært tilstrekkelig til å dekke de løpende behov på alle områder.

Figur 3. Antall nyhenviste, antall ventende og gjennomsnittlig ventetid for de ventende. Tertialvise indekstall for perioden 1. tertial 2002 til 1. tertial 2006 for a) somatisk spesialisthelsetjeneste, b) psykisk helsevern for voksne og c) barne- og ungdomspsykiatri. (Kilde: NPR:)



Kurvene i figuren er imidlertid basert på totaltall. Bak disse tallene kan det skjule seg ulikheter både mellom pasientgrupper, fagområder, geografiske områder og omsorgsnivå. I enkelte områder er det for eksempel kapasitetsmangel og økende ventetider i barne- og ungdomspsykiatrien. På områder hvor tilbudet er mangelfullt kan etterspørselen også være mindre enn det virkelige behov.

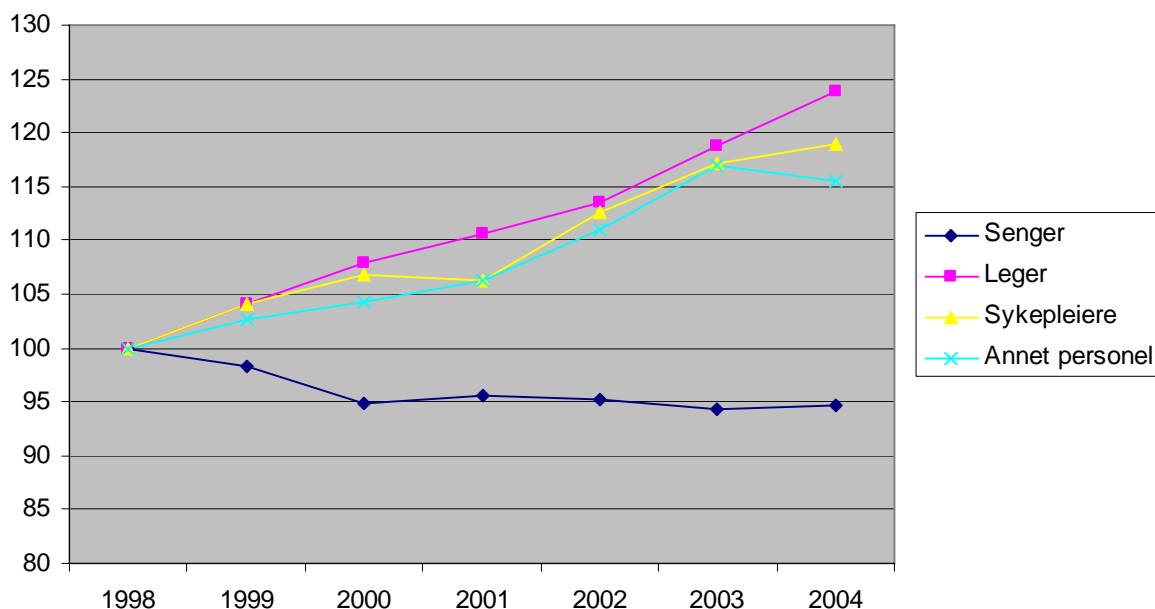
2.3 Kapasitet

Figurene 1 og 2 viser at det i de senere år har vært en betydelig aktivitetsvekst både i somatisk sektor og psykisk helsevern. Dette må bety at det enten har vært en betydelig kapasitetsøkning, at kapasitetsutnyttelsen er blitt vesentlig bedre enn før, at ledig kapasitet er tatt i bruk eller at kapasitetsbehovet er blitt redusert på grunn endrede metoder.

Kapasiteten i spesialisthelsetjenesten avhenger av mange forhold. Vi har ikke noe samlet bilde av situasjonen, men kan belyse viktige sider av kapasitetsutviklingen ved hjelp av nøkkeltall. Figur 4. viser utviklingen i personalinnsats og sengetall i somatiske sykehus i perioden 1998-2004. Det er antall legeårverk som har økt mest, med 3,1 prosent per år. Veksten i årsverk for sykepleiere og annet personell var henholdsvis 2,5 og 2,1 prosent per år.

Antall senger ble redusert med ca. 5 prosent de to første årene, og har siden vært konstant.

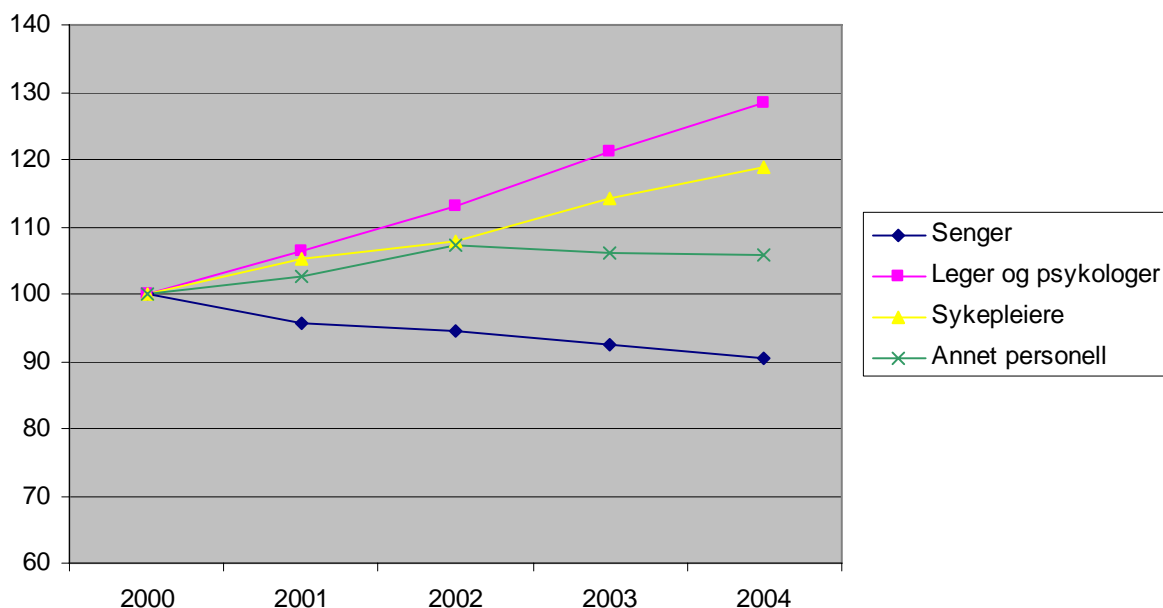
Fig. 4. Utvikling i sengetall og årsverk etter personalkategori i somatiske sykehus 1998-2004. Indekstall (Kilde: Samdata).



Aktivitetsveksten i somatiske sykehus beror ikke på tilskudd av ny bygningsmessig kapasitet. Enkelte sykehus har hatt et visst tilskudd av nye arealer, men dette har ikke vært avgjørende for utviklingen sett under ett. Selv om det er visse variasjoner både mellom regioner og institusjoner, er den sterke aktivitetsveksten et gjennomgående trekk i hele den somatiske sykehustjenesten. Det antas i stedet at økt innsats av fagpersonell har bidratt til en mer intensiv utnyttelse av senger og andre fysiske kapasitetsfaktorer – operasjonsstuer, undersøkelses- og behandlingsrom osv.

Figur 5 viser den tilsvarende utvikling i psykisk helsevern. Mønsteret er det samme som i figur 4, og enda tydeligere. I psykisk helsevern har det skjedd betydelige endringer rent bygningsmessig, ikke minst takket være opptrappingsplanen, og nye poliklinikkarealer kan ha vært en forutsetning for den sterke økningen i antall konsultasjoner. Det mest markante trekk er likevel den økte innsatsen av fagpersonell.

Fig. 5. Utvikling i sengetall og årsverk etter personalkategori i psykisk helsevern 2000-2004. Indekstall.



Både når det gjelder somatiske sykehus og psykisk helsevern har man tradisjonelt oppfattet kapasitet nærmest som synonymt med senger og arealer for de ulike medisinske funksjoner, noe som blir fastsatt gjennom utbyggingsprosjekter. Hvis vi med kapasitet ikke sikter til de fysiske dimensjoner, men til potensialet for pasientbehandling, stemmer dette dårlig med den utvikling som er beskrevet her. Før vi går inn på kapasitetsforholdene i de ulike deler av spesialisthelsetjenesten, må vi derfor se nærmere på begrepene kapasitet og kapasitetsbehov.

3. Kapasitetsfaktorer og behandlingsskapasitet

3.1 Innledning

Kapasitetsbegrepet benyttes i flere betydninger. Dels knyttes det til fysiske innsatsfaktorer, jfr. begrepet sengekapasitet, og dels sikter det til den samlede behandlingsskapasitet, definert som det maksimale pasientvolum som kan behandles per år innenfor en avgrenset del av spesialisthelsetjenesten.

Kapasiteten i en enkelt helseinstitusjon er bestemt av de faktorer som til enhver tid setter grensene for hvor stort pasientvolum institusjonen kan behandle per år. Den vil dels avhenge av hvordan de fysiske anlegg er dimensjonert, for eksempel av sengetall og antall operasjonsstuer, dels av mengde og sammensetning av andre innsatsfaktorer som personell og utstyr, og ikke minst av den måte virksomheten er organisert på og hvor effektivt personell og fysiske innsatsfaktorer blir utnyttet.

Spesialisthelsetjenestens kapasitet er ikke bare summen av de enkelte institusjoners og øvrige aktørers kapasitet. Den avhengere også av oppgavefordelingen og samspillet mellom tjenesteyterne, og av at kapasiteten i de ulike ledd er godt balansert innbyrdes. Her skal vi først se på de viktigste fysiske kapasitetsfaktorer, og deretter illustrere hvordan kapasiteten i en del av systemet kan påvirke kapasiteten andre steder.

3.2 Bygninger og funksjonelle arbeidsområder

Spesialisthelsetjenesten disponerer i dag en bygningsmasse på xxx m² til en anslått verdi av yyy mrd. kroner. Private sykehus og institusjoner, avtalespesialistenes lokaler inngår ikke i disse tallene, men er et viktig bidrag til den samlede kapasitet.

Endrede rammebetingelser

Helsereformen medførte at helseforetakenes investeringer i bygg og anlegg må dekkes inn over samme budsjett som driftskostnadene, noe de ikke gjorde da fylkeskommunene hadde ansvaret. Avviket mellom avskrivninger og mottatt avskrivningstilskudd øker årlig, noe som fører til krav om høyere effektiv arealutnyttelse. Det må antas at dagens arealer vil gi grunnlag for høyere aktivitet enn hva de opprinnelig ble planlagt for, og til at utbyggingsbehovet blir mindre enn det ellers ville blitt.

Endringer i funksjonelle krav

Selve bygningene har levetid på mange tiår. Spesialisthelsetjenestens bygninger inneholder en rekke funksjonelle arbeidsområder - poliklinikker med undersøkelses- og behandlingsrom, operasjonsstuer, laboratorier osv. med tilknyttede arealer og fasiliteter for pasienter, personale og transport. Måten de ulike deler er innrettet og dimensjonert på vil reflektere pasientsammensetning, teknologi, praksis og krav til standard i den periode bygningene ble planlagt. Dette er forutsetninger som stadig endres, og i løpet av byggets levetid kan det bli behov for en eller flere omfattende bygningsmessige endringer for å tilpasse det til endret virksomhet og nye krav til standard. Spesielt medfører dreiningen fra døgnopphold til dagbehandling og poliklinikk store endringer i behovet for funksjonelle arealer, og store arealer som opprinnelig var sengeposter benyttes i dag til andre formål.

Når nye institusjoner planlegges, vurderes behovene i et langsiktig perspektiv. Vi kan imidlertid ikke bygge i dag for å dekke behov som forventes om 20-30 år. Det er høyst usikkert hvilke behov vi da vil stå overfor, og hvordan de kan dekkes. Å bygge for fremtiden i en sektor hvor behov, kunnskap og teknologi endres så raskt som i spesialisthelsetjenesten, er å bygge fleksibelt, slik at man kan møte nye krav og behov når de melder seg.

Muligheter for bedre arealutnyttelse

Poliklinikker, operasjonsstuer, laboratorier osv. representerer investeringer som sjelden benyttes mer enn 7 timer per dag 5 dager per uke, og ofte mindre. Det er et derfor et betydelig potensial for økt utnyttelse. Enkelte sykehus har i noen grad utnyttet denne muligheten, andre planlegger å gjøre det. Opp til et visst punkt kan utvidet åpningstid, for eksempel på lørdager, og på sen ettermiddag og tidlig kveld på vanlige ukedager, være i pasientenes interesse.

Dersom f.eks. poliklinikkens åpningstid endres fra 08:30-15:30 til 08:30-18:00, økes kapasiteten med over 40 prosent uten at arealbehovet øker.

Lange skift og arbeid utenfor vanlig arbeidstid medfører økte lønnskostnader per arbeidstime. I et langsiktig økonomisk perspektiv er det derfor en grense for hvor langt det er lønnsomt å utvide antall brukstimer per uke fremfor å investere i ekstra lokaler og utstyr. Hensyn til pasientenes og personalets interesser må også veie tungt.

Muligheten for økt ukentlige brukstid representerer en verdifull kapasitetsmessig reserve som kan tas i bruk på kort sikt.

Det fins også andre tiltak som kan bedre arealutnyttelsen. Økt arealproduktivitet er ofte en sideeffekt av mer generelle effektiviseringstiltak, for eksempel kan tiltak som medfører at pasientene får kortere liggetider eller behandlingstider bidra til bedre arealutnyttelse.

Utflytting av virksomhet fra større institusjoner

Den overveiende del av spesialisthelsetjenestens arealer er institusjonsbygg. Disse er som regel planlagt i et institusjonelt perspektiv, med større vekt på institusjonelle interesser og behov enn på hensynet til en godt fungerende spesialisthelsetjeneste innenfor et større område. Dette kan lett resultere i mer omfattende virksomhet, større anlegg og høyere investeringer enn nødvendig. Høy konsentrasjon av aktivitet og trafikk innenfor et lite område skaper betydelige koordineringsproblemer og liten fleksibilitet for forandring. Slike anlegg innebærer som regel også redusert tilgjengelighet for pasienter og andre brukere.

Ikke ubetydelige deler av den virksomhet som i dag er konsentrert i store sykehusanlegg kunne med fordel vært lokalisert andre steder. Dette gjelder for eksempel mange poliklinikker og deler av den dagkirurgiske og polikliniske virksomhet. De viktigste argumenter for å lokalisere slik virksomhet til mindre enheter, er å bedre tilgjengeligheten for pasientene og å avlaste de store institusjonene for unødig aktivitet og trafikk. Å flytte ut virksomhet kan skje ved at institusjonen selv flytter deler av sin egen virksomhet til andre lokaliteter, ved at det opprettes nye enheter med annen tilknytningsform til den offentlige helsetjeneste, eller ved at virksomheten drives av private (for eksempel avtalespesialister).

For mindre klinikker og laboratorier kan det være mulig å leie lokaler fremfor å investere selv. Denne muligheten representerer en kapasitetsreserve som kan redusere investeringsbehovet. Dersom man må investere i egne bygninger for å flytte ut virksomhet, vil virksomheten ofte kunne lokaliseres til områder hvor arealene har langt høyere markedsverdi enn de ville hatt dersom de lå inne i et stort sykehusanlegg.

Investeringsbehov

Behovet for bygningsmessige investeringer drøftes separat for hver del av tjenesten. Av årsaker som er nevnt ovenfor bedømmes det samlede behovet for netto arealtilskudd i de nærmeste år som lite, sett i forhold til eksisterende bygningsmasse. Behovet for rehabilitering og funksjonell modernisering av eksisterende bygningsmasse er imidlertid betydelig, og kan anslås til xxx mrd. per år.

3.3 Senger

Det meste som er sagt om funksjonelle arealer kan direkte overføres til senger. Senger må likevel nevnes særskilt. Dels representerer de store investeringer, og dels er sengekapasiteten gjenstand for stor offentlig oppmerksomhet.

Definisjon

Sengene i sykehus og andre helseinstitusjoner kan inndeles på forskjellig måte, og det benyttes ulike benevnelser for å skille mellom dem. Verken definisjonene eller bruken av benevnelserne er klare og entydige. Her vil vi ikke ta opp denne diskusjonen i full bredde, men ta utgangspunkt i sengebehovet: -Sykehusets sengebehov i er det antall senger som kreves for at de pasienter som trenger opphold i sykehuset fra en dag til den neste, skal få hver sin seng.

Definert på denne måten vil sengebehovet variere fra dag til dag og fra årstid til årstid. Det antall sengeplasser som er fysisk tilgjengelig kan ikke variere på denne måten, det må fastsettes for lengre perioder i gangen ut fra en avveining av ulempene ved overkapasitet og underkapasitet. Sengekapasiteten omfatter de senger som til enhver tid er bemannet. Bemanningen kan i større grad tilpasses forutsigbare behovsvariasjoner på kortere sikt.

Denne definisjonen sier ingen ting om hvilke typer senger det dreier seg om. Den inkluderer alle senger som er planlagt med sikte på at det under normale driftsforhold vil være pasienter i dem over natten. I et somatisk sykehus vil dette inkludere senger i vanlige sengeposter, observasjonssenger i tilknytning til mottakelsesavdeling og senger i intensivavdelingen. Senger i postoperativ avdeling inngår derimot ikke.

Måling av sengebruk

Definisjonen innebærer at bruken av senger kan måles direkte ut fra antall liggedager, slik disse blir registrert i de pasientadministrative systemene. Nødvendig antall senger kan anslås ut fra antall liggedager. Følgende formel gjelder:

$$(1) \text{ Sengetall} = (\text{Antall liggedager per år}) / (365 \times \text{Beleggsprosent} / 100)$$

Beleggsprosenten er et uttrykk for den gjennomsnittlige utnyttelsesgrad av sengene, den angir hvor stor prosentandel av sengene som i gjennomsnitt er belagt. Av praktiske grunner vil ikke beleggsprosenten på årsbasis være 100. F.eks. vil de fleste avdelinger ha redusert aktivitet i helger, ferier og høytider. I mange sykehus ligger beleggsprosenten rundt 90, det innebærer at sengene i gjennomsnitt er belagt 325-330 dager i året. Hva som er et hensiktsmessig nivå kan variere fra en type avdeling til an annen, avhengig av driftssituasjonen.

Når vi kjenner antall liggedager og sykehusopphold per år, kan vi beregne den gjennomsnittlige varighet eller liggetid per opphold slik:

$$(2) \text{ Gjennomsnittlig liggetid} = (\text{Antall liggedager per år}) / (\text{Antall opphold per år})$$

Avhengig av problemstillingen kan begge disse formlene omformes. Ut fra den siste formelen kan man for eksempel beregne antall liggedager per år når gjennomsnittlig liggetid og antall opphold per år er gitt. Dette er vanlig når man skal anslå sengebehov. Det nødvendige antall opphold per år fastsettes ut fra en vurdering av hvor mange pasienter per år som vil trenge behandling, mens gjennomsnittlig liggetid fastsettes ut fra hva som anses nødvendig for å gi fullgod behandling. Når antall liggedager er bestemt, fastsettes en realistisk beleggsprosent, og sengebehovet kan beregnes tu fra den første formelen.

Hva bestemmer liggetiden?

Det er mange forhold som spiller sammen og avgjør hvor lang liggetiden for den enkelte pasient blir.

For enhver pasient vil det være et visst minimum av liggedager som er nødvendig av medisinske og driftsmessige årsaker. Utviklingen i pasientens helsetilstand i løpet av oppholdet vil være avgjørende i mange tilfeller. Det er også et visst antall undersøkelser, prosedyrer osv. som må utføres i bestemte rekkefølger i løpet av oppholdet, og forløpet av disse kan påvirkes av hvordan pasientens helsetilstand utvikler seg. For enhver pasient bestemmer disse forholdene det minste antall liggedager som er forenlig med fullgod behandling, her kalt den medisinske nødvendige liggetid. Den medisinske nødvendige liggetid er bestemt av medisinsk kunnskap og teknologi, og er på mange områder vesentlig kortere enn for 10 og 20 år siden.

I praksis kan det ta lengre tid å behandle pasienten enn det som medisinsk sett er nødvendig. Uhensiktsmessig organisering og manglende kapasitet for utredninger, undersøkelser eller nødvendige prosedyrer kan føre til forsinkelser i forløpet. Den korteste liggetid som et sykehus eller en avdeling kan oppnå i praksis blir da lengre enn den medisinske nødvendige, og kalles her den driftsteknisk nødvendige liggetid.

Liggetidene kan også bli lengre enn det som er driftsteknisk nødvendig. Når en avdeling har flere senger enn driftsteknisk nødvendig, kan den ekstra kapasiteten bli benyttet til å gi pasientene ekstra liggedager, jfr. pkt. 4.3. Dersom avdelingen utnytter disse sengene fullt ut, bestemmes antall liggedager per år av sengetallet, og den gjennomsnittlige liggetid av antall liggedager og sykehusopphold. I en periode hvor sengetallet er konstant, vil da antall liggedager per år også bli konstant, og liggetidene vil variere omvendt proporsjonalt med antall opphold per år. I perioden 1995-2005 var dette situasjonen i de somatiske sykehusene, jfr. kurvene for antall døgnopphold og liggetid i fig. 1 side 3.

3.4 Helsepersonell

Helsepersonell er den viktigste innsatsfaktoren i spesialisthelsetjenesten. Utdanning og kompetanse er imidlertid tema for et annet kapittel i Nasjonal helseplan. Her er det tilstrekkelig med en kort omtale.

Planene for utdanning av helsepersonell bør, både innholdsmessig og kvantitativt, knyttes nærmere opp mot strategiene for utvikling av tjenestetilbudet enn det som til nå har vært vanlig. Dette gjelder for eksempel de kompetansekrav og kapasitetsbehov som følger av satsningen på samhandling og lokalsykehusfunksjoner.

Mangel på nødvendig fagpersonell er den vanligste årsak til kapasitetsmangel i spesialisthelsetjenesten. Mange steder rundt i landet har man både de lokaler og det utstyr som trengs, men mangel på fagfolk fører til at dette ikke blir godt nok utnyttet, og til at mange pasienter ikke får det tilbud de trenger. Dette dreier seg ikke først og fremst om mangel på fagpersonell nasjonalt, men om at fagpersonalets preferanser mht. bosted og arbeidssted fører til geografisk skjevfordeling. Erfaringsmessig løses ikke dette problemet ved at det utdannes flere. Flere fagfolk kan føre til at den geografiske skjevfordelingen øker, og til uønsket sentralisering.

Telemedisinsk teknologi kan i noen grad avhjelpe lokal personalmangel, men kan også bli et argument for å sentralisere kompetanse, noe som kan svekke de lokale fagmiljø og øke rekrutteringsproblemene på lengre sikt. Erfaringer fra Helse Nord indikerer at effektiv bruk av telemedisins fortsatt er begrenset til radiologi og noen andre, snevrere områder.

3.5 Utstyr

Medisinsk teknisk utstyr er en viktig del av behandlingsskapiteten, særlig i somatisk sektor. Som del av den nasjonale kreftplanen inngikk en egen plan for anskaffelse av strålemaskiner, fordi anskaffelser i det omfang planen krevde ville medføre investeringer langt ut over det vanlige nivå for utstyrsinvesteringer. I dag kjenner vi ikke til lignende ekstraordinære behov for utstyrsanskaffelser. Nødvendig utstyr kan skaffes og installeres relativt raskt, såfremt man har de lokaler og penger som kreves. Dimensjonering og utnyttelse av utstyrsparcken betraktes her som et driftsøkonomisk spørsmål.

Store deler av utstyrsparcken benyttes ikke mer enn 5 dager per uke og 7 timer per dag, ofte mindre. På samme måte som for lokaler, kan den utstyrsmessige kapasitet økes betydelig ved økt ukentlig brukstid. Dette representerer en betydelig kapasitetsreserve som er tilgjengelig på kort sikt såfremt nødvendig personell er tilgjengelig.

3.6 Kapasitet for pasientbehandling

De fleste av spesialisthelsetjenestens pasienter skal gjennom et behandlingsforløp som krever bidrag fra flere tjenesteytere og institusjoner og fra flere funksjonelle enheter innenfor institusjonene. Hver enkelt av disse enhetene har begrenset kapasitet, og kan potensielt bli en flaskehals som begrenser pasientvolumet. Her skal vi illustrere dette med eksempler.

Flaskehals og prioriteringer

Når kapasiteten i en bestemt funksjonell enhet er fullt utnyttet samtidig som det er tilstrekkelig kapasitet andre steder i systemet, snakker vi om en flaskehals. En hvilken som helst funksjonell enhet i sykehuset kan bli en flaskehals. Her benyttes MR-laboratoriet som eksempel.

MR-undersøkelser kan være en flaskehals i et sykehus. Den begrenser sykehusets kapasitet for behandling av pasienter som trenger MR-undersøkelser, men kapasiteten for behandling av andre pasienter berøres ikke direkte. En konsekvens av dette vil være at inntaket av pasienter som trenger MR begrenses, og at man i stedet tar inn pasienter som kan behandles uten slik undersøkelse. Kapasiteten i andre deler av sykehuset kan dermed bli fullt utnyttet, og MR-undersøkelser fremstår ikke som en lett synlig flaskehals. Konsekvensen i dette tilfellet er at den påvirker pasientsammensetningen i sykehuset med fare for at pasienter som ut fra en helsepolitisk prioritering burde fått behandling, ikke tas inn, mens pasienter med lav prioritet slipper til.

Flaskehals og liggetid

Når MR-kapasiteten er fullt utnyttet, vil det oppstå køer, og mange av de pasienter som skal undersøkes må vente en eller flere dager før de slipper til. Når dette gjelder pasienter som er innlagt i sykehuset, vil det føre til ekstra liggedager og kan bidra til overbelegg. Dersom det fører til overbelegg, vil hele avdelingens kapasitet, og dermed alle andre pasientkategorier som behandles i avdelingen, bli berørt.

Overbelegg i sengeavdelinger er et velkjent fenomen, og fører regelmessig til krav om flere senger. Eksemplet illustrerer at overbelegg ikke nødvendigvis skyldes at man har for få

senger, det egentlige problem kan være flaskehalsen andre steder i systemet. Oftest vil det være både bedre og billigere å øke tverrsnittet i flaskehalsen enn å øke sengekapasiteten

Selv om flaskehalsene ikke fører til overbelegg, kan de føre til at pasientene får forlengede liggetider. Det medfører flere belagte senger enn nødvendig, et unødvendig kapasitetsbehov og unødvendige kostnader.

Flaskehalsen i behandlingsskjeden

I psykisk helsevern er overbelegg i akuttavdelinger et vanlig problem som fører til at pasienter som trenger innleggelse i slike avdelinger ikke får plass. Det betyr ikke nødvendigvis at akuttavdelingen er underdimensjonert. Det egentlige problem er ofte at mange av de pasienter som ligger i akuttavdelingen ikke lenger har behov for akuttavdelingens ressurser og kompetanse, men hoper seg opp der fordi det ikke er plass der de egentlig burde ha vært, vanligvis på et lavere og billigere omsorgsnivå.

Et helt tilsvarende og dagligdags eksempel er utskrivningsklare pasienter i somatiske sykehus. En ikke ubetydelig del av sykehusenes sengekapasitet er belagt av pasienter som må forbli i sykehuset fordi den kommunale pleie- og omsorgstjeneste ikke har kapasitet til å ta imot dem.

3.7 Oppsummering

Eksemplene i dette avsnittet illustrerer at spesialisthelsetjenestens samlede kapasitet ikke bare er et spørsmål om antall senger og lokaler til de ulike funksjoner. Den avhenger av hvordan bruken av disse ressursene er organisert, av hvordan kapasiteten i de ulike enheter er balansert innbyrdes og av hvordan enhetene samhandler og organiserer arbeidet seg imellom. Ubalanse og dårlig koordinering vil føre til dårlig kapasitetsutnyttelse og unødige kostnader, og vil lett gi seg uønskede utslag i prioriteringen av pasienter. Dette er forhold som vi i dag vet for lite om. Disse forholdene bør analyseres mer systematisk. Det er behov for metoder som kan sette helseforetak og andre aktører bedre i stand til å analysere, optimalisere og styre kapasitet og behandlingsforløp i egen virksomhet.

4. Kapasitetsbehovet

4.1 Behovet for spesialisthelsetjenester

Behovet for helsetjenester kan defineres på flere måter. Her tar vi utgangspunkt i de behov som kommer inn under spesialisthelsetjenestens "sørge for"-ansvar. En pasient har et behov for spesialisthelsetjeneste når

1. pasienten har et helseproblem som ikke kan løses i primærhelsetjenesten
2. pasienten og henvisende instans ønsker spesialisthelsetjenestens hjelp for å løse problemet
3. spesialisthelsetjenesten har et behandlingstilbud som kan gi pasienten den hjelp som er ønsket
4. gjeldende helsepolitiske kriterier for prioritering tilsier at pasienten skal få denne hjelpen.

Behovet for spesialisthelsetjenester er summen av alle enkeltbehov, definert på denne måten.

4.2 Behovsbestemmende faktorer

Hva slags og hvor mye kapasitet som trengs avhenger både av hvor mange pasienter som skal behandles, hva slags pasienter det gjelder og hvordan og behandlingsforløpet skal organiseres.

Med behandlingsforløp siktes det både til hvilke tjenester pasienten mottar fra tjenesteytere i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og til den måten disse ytes på, for eksempel om pasienten innlegges eller behandles poliklinisk, om pasientopplæring inngår i tilbudet, osv.

Tabell 1. Faktorer som driver eller påvirker endringer i spesialisthelsetjenesten og deres betydning for endringer i pasientvolum, pasientsammensetning og behandlingsforløp.

	Pasientvolum	Pasient-sammensetning	Behandlingsforløp
Folkemengde og alderssammensetning	+	+	
Befolkningens sykkelighet	+	+	
Medisinsk teknologi og praksis	++	+++++	++++
Helsepolitiske prioriteringer		+++	
Økonomiske rammebetingelser	+++++	+	+
Arbeidsdeling og samarbeid med primærhelsetjenesten	++	++	++

Både pasientvolum, pasientsammensetning og behandlingsforløp er i stadig endring. Tabell 1 viser de eksterne faktorer som antas å ha størst påvirkning på kapasitetsbehovet.

Behovet for spesialisthelsetjenester avhenger først og fremst av befolkningens størrelse, alderssammensetning og sykkelighet. Endringer i disse forholdene vil påvirke både pasientvolum og pasientsammensetning. I vår del av verden har imidlertid disse forholdene endret seg langsomt i moderne tid, og de har derfor bidratt lite til de betydelige *endringer* i behov som vi har hatt gjennom flere tiår. Vi har ikke kjennskap til forhold som tilsier at dette vil endre seg vesentlig i årene som kommer.

Utviklingen av stadig ny medisinsk kunnskap og teknologi har revolusjonert spesialisthelsetjenesten i de siste femti år. Den har gitt behandlingstilbud til helt nye pasientgrupper, og dermed påvirket både pasientvolum og pasientsammensetning. For andre grupper har den gitt nye behandlingsmetoder, noe som i mange tilfeller har dette ført til radikale endringer i behandlingsforløpet. Dette er mest påtakelig i den somatiske del av tjenesten, men også innenfor psykisk helsevern og rusbehandling har nye kunnskap og nye medikamenter har ført til store endringer.

Det forventes at ny kunnskap og teknologi vil bidra til betydelige endringer i spesialisthelsetjenesten også i årene som kommer. Det er ikke mulig å forutsi konkret hvilke konsekvenser dette vil få for pasientvolum og pasientsammensetning ut over de aller nærmeste år. Når det gjelder behandlingsforløp, forventes det imidlertid at den generelle utviklingen mot kortere institusjonsopphold og behandling uten innleggelse vil fortsette.

Helsepolitiske prioriteringer beskjeftiger seg med hvilke pasienter som skal sikres behandling først. Med gitte økonomiske rammer har endrede prioriteringer primært betydning for pasientsammensetningen. Når nye pasientgrupper skal prioriteres kan det bety at enkelte pasienter som før har fått et tilbud vil bli fortrengt av de nye. Ofte kan det se ut som de helsepolitiske prioriteringene har hatt liten innflytelse på den faktiske utvikling, og at teknologiske nyvinninger og fagmiljøenes preferanser har styrt det meste. Opptrappingsplanen for psykisk helsevern er imidlertid et godt eksempel på det motsatte. Den har gitt både en volumvekst og en markert dreining av virksomheten i ønsket retning. Også kravet om sterkere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn somatikk har hatt stor effekt.

Den sterke aktivitetsveksten i spesialisthelsetjenesten i de senere år må først og fremst sees i sammenheng med de økonomiske rammer og rammebetingelser. I somatisk sektor har også ISF hatt stor betydning for aktivitetsnivået. Vridningseffekter kan i noen grad påvirke både hvilke pasienter som får behandling og innholdet i behandlingsforløpet på måter som ikke er tilsiktet eller ønsket.

Spesialisthelsetjenesten skal ta seg av de deler av tjenestetilbudet som primærhelsetjenesten ikke har kompetanse og teknologi til å ta hånd om. I en del tilfeller kan det være uklart hvor grensene skal trekkes. Dette gjelder ikke minst i behandlingen av pasienter med sammensatte helseproblemer som krever behandling og oppfølging over lang tid, bl.a. eldre pasienter med kroniske sykdommer. Dette er prioriterte grupper som ventes å øke i årene som kommer. Måten samarbeidet mellom nivåene organiseres på vil påvirke spesialisthelsetjenestens kapasitetsbehov både når det gjelder pasientvolum, pasientsammensetning og behandlingsforløp.

4.3 Kapasitetsbruk og kapasitetsbehov

De beslutninger som utnytter kapasiteten treffes i et kortsiktig perspektiv. Når sengene og personalet er der i alle fall, kan det for eksempel være forsvarlig å la en pasient få en ekstra liggedag selv om det ikke er strengt nødvendig – det koster tilsynelatende lite ekstra.

Dette betyr at vi ikke kan bedømme kapasitetsbehovet ut fra den faktiske bruk av kapasitet. Hvorvidt man skal utnytte den kapasitet som er der i alle fall, er det spørsmål som styrer kapasitetsutnyttelsen på kort sikt. Hvor mye kapasitet man trenger for å dekke pasientenes behov på en god og effektiv måte, er et helt annet spørsmål. På områder med overkapasitet må det forventes at den faktiske kapasitetsbruk er større enn det virkelige kapasitetsbehov.

4.4 Identifisering av over- og underkapasitet

Overforbruk og underforbruk av behandling i spesialisthelsetjenesten

Spørsmål om over- og underkapasitet er nært beslektet med spørsmål om over- og underforbruk av behandling, dvs. at det behandles for mange eller for få pasienter i enkelte pasientgrupper. Metoder for identifisering av over- og underforbruk er behandlet i rapporten om ”sørge for”-ansvaret som ble utarbeidet av en interregional arbeidsgruppe i 2005. I ”sørge for”-rapporten er det også skissert metoder for å belyse graden av behovsdekning på ulike områder, men det er nødvendig med videre arbeid for å gjøre disse operasjonelle. I dette arbeidet har det ikke vært anledning til å gå dypere inn i disse problemstillingene. Her blir det bare kommentert kort.

I praksis er det lettere å påvise underforbruk enn overforbruk. Underforbruk vil ofte komme til syne på ventelistene, og det vil som regel være kjent både av henvisende leger og i de aktuelle deler av spesialisthelsetjenesten. Underforbruket kan være en konsekvens av underkapasitet, men det kan også skyldes feilprioritering.

Overforbruk vil oftest være en konsekvens av overkapasitet, men dette er ikke synlig fordi overforbruket gjør at kapasiteten er fullt belagt. For å påvise overforbruk må man påvise at noen av pasientene har så lav prioritet at de ikke burde vært behandlet. Mangelen av operasjonelle kriterier for prioritering gjør at dette ikke kan dokumenteres med objektive data. I praksis må vi derfor bygge på indirekte indikatorer som forbruksrater og ventetider. For å kunne håndtere dette på en god måte kreves det ikke bare analyseverktøy, men også organisa-

sjons- og ledelsesmessige arbeidsformer som gir legitimitet til beslutninger som må treffes under usikkerhet, og ofte på tvers av interesser både i fagmiljø og brukergrupper.

Overkapasitet

Overkapasitet i form av tomme senger eller utstyr og lokaler som ikke er i bruk, er lett å identifisere der det forekommer, men dette foreligger det ingen oversikter over. Omfanget er ikke kjent. Overkapasitet som benyttes til å behandle flere pasienter enn nødvendig, er behandlet i forrige avsnitt. Her skal vi ta for oss overkapasitet som blir benyttet på tross av at det ikke behandles flere pasienter enn nødvendig. Denne situasjonen oppstår når pasientenes behandlingsforløp medfører et større forbruk av tjenester enn nødvendig.

Pasienter som har lengre liggetider enn nødvendig, er kanskje det viktigste eksempel på dette, og er nærmere omtalt i pkt. 3.3. Et annet eksempel som ofte nevnes, er at undersøkelser og prøver som allerede er gjennomført, blir gjentatt av sykehuset når pasienten er henvist dit. Et lignende eksempel er at det gjøres undersøkelser som overlapper hverandre, bl.a. når man fortsatt benytter en gammel metode etter at en ny, som overflødiggjør den gamle, er tatt i bruk. Også unødvendige polikliniske kontroller nevnes ofte.

Det foreligger ingen oversikt over omfanget av disse forholdene. Benchmarking er trolig en egnet metode for å redusere slike former for overkapasitet.

Underkapasitet

Underkapasitet som medfører at for få pasienter får behandling, er drøftet ovenfor. Underkapasitet kan imidlertid medføre at enkelte pasienter som får behandling, ikke får det innhold i behandlingsforløpet som de burde. I hvilken grad dette forekommer, er ikke kjent. Det antas at slike forhold vil være godt kjent både av fagpersonell og pasienter, og at de vil ta initiativ for å rette på forholdene.

Hva som skal inngå i behandlingsforløpet for de ulike pasientgrupper vil endres over tid, bl.a. når nye tilbud og muligheter dukker opp. Det må skilles mellom mangel av en tjeneste som ansees som en ordinær del av det etablerte tilbud til en pasientgruppe, og det at man ikke har tatt i bruk nye metoder som ennå ikke er i vanlig bruk.

4.5 Fremtidig kapasitetsbehov

Analyser og beregninger for å klarlegge fremtidige kapasitetsbehov har vært en viktig del av underlaget for sykehusplanlegging, og slike analyser har også ligget til grunn for planlegging av spesialisthelsetjenesten på regionalt nivå. For at spesialisthelsetjenesten skal utvikles som et helhetlig, integrert system, må de regionale planer bli styrende for utbyggingsplanene ved de respektive institusjoner.

Tradisjonell fremskrivning

Den vanlige metode for å bestemme fremtidige kapasitetsbehov har vært å fremskrive dagens virksomhet ved hjelp av befolkningsprognoser og kjønns- og aldersspesifikke forbruksrater. Såfremt befolkningsprognosene er gode nok, noe de vanligvis er, vil dette gi et bilde av hva som behøves av kapasitet om for eksempel 10 og 20 år, forutsatt at befolkningen da vil benytte spesialisthelsetjenesten i samme omfang og på samme måte som i dag.

Den siste forutsetningen gjør at slike fremskrivninger ofte har liten verdi. Det skjer stadig endringer i kapasitetsbehovet, og disse er i hovedsak forårsaket av andre faktorer enn

befolkningsutviklingen, jfr. pkt. 4.2. Selv om resultatet av den ”mekaniske” fremskrivning oftest er blitt justert skjønnsmessig for forventede endringer i behov og behandlingsopplegg, har man i liten grad lyktes med å forutsi de endringer som har kommet. Når spesialisthelsetjenesten fungerer så godt som den faktisk gjør, er det ikke fordi man for 10 og 20 år siden kunne forutse dagens behov og planlegge for det, men fordi man fortløpende har kunnet tilpasse virksomheten for nye behov og krav innenfor bygningsmessige rammer som var planlagt for noe annet.

Mer avanserte metoder

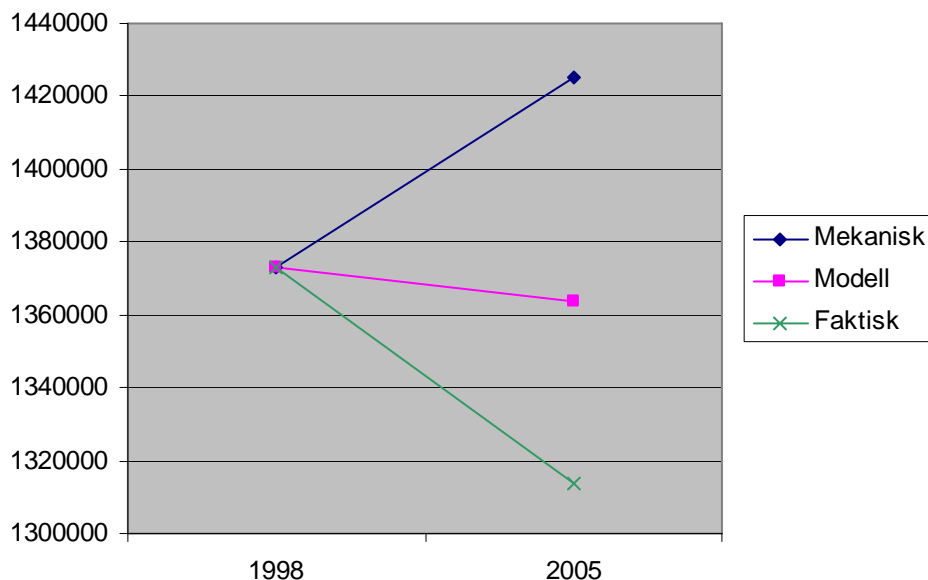
SINTEF Helse har utviklet en modell for analyse av fremtidige kapasitetsbehov som tar høyde for flere av de faktorer som bestemmer behovene. Modellen ble først benyttet av den tidligere Helseregion Øst i 1999, og er i de senere år benyttet av flere av de regionale helseforetakene.

Denne modellen tar eksplisitt hensyn til

- At veksten i det totale pasientvolum kan være sterkere enn det som følger av befolkningsutviklingen
- At behovsutviklingen ikke er den samme for alle pasientgrupper, trender i behovsutvikling kan spesifiseres på HDG eller DRG-nivå.
- At det skjer en overgang fra døgnbehandling til dagbehandling og poliklinikk
- At gjennomsnittlig liggetid for døgnpasienter stadig reduseres

I modellen spesifiseres disse forutsetningene gjennom parametere for volumvekst og trender i behov, og i form av scenarier for fremtidig behandlingsforløp for ulike pasientgrupper.

Figur 6. Antall liggedager i somatiske sykehus Helse Øst 1998 og 2005, samt mekanisk og modellbert fremskrivning av liggedager fra 1998-2005.



Figur 6 viser hvordan antall liggedager for Helse Øst ble fremskrevet i 1999 med 1998 som basisår, og hvordan utviklingen faktisk ble. Den mekanisk fremskrivning indikerte at behovet vil øke med 52 000 liggedager, som tilsvarer en økning i sengebehovet med 160. I virkeligheten gikk antall liggedager ned med 60 000; det tilsvarer en reduksjon av sengebehovet med

180. Etter seks år var det altså blitt et gap på 340 senger mellom den mekaniske fremskrivning og den faktiske utvikling.

SINTEFs modell gav et resultat som ligger omtrent midt imellom mekanisk fremskrivning og faktisk utvikling. Modellen hadde scenarier som rommet den faktiske utvikling, men det ble ikke forutsatt at disse endringene ville komme så raskt som tilfellet ble.

I den videre utvikling av modeller for kapasitetsanalyse bør fokus dreies fra enkelttjenester (opphold, konsultasjoner osv.) mot behandlingsbehov – hvilke og hvor mange pasienter som vil trenge behandling, hvilke enkelttjenester som skal inngå i behandlingsforløpene til de ulike pasientgrupper, og hva som vil kreves av kapasitet i de enkelte deler av helsetjenesten for å dekke behovene. Dette er nødvendig for at modellene skal kunne ta hensyn til strukturelle endringer i tilbudene.

Strukturelle endringer

Behovet for kapasitet i 2010 og 2020 er usikkert, men også påvirkelig. Spørsmålet er ikke bare hvor mye mer eller mindre vi skal gjøre av det vi gjør i dag, i mange tilfeller er det helt andre ting som skal gjøres. Strukturelle og innholdsmessige endringer kan være like viktige eller viktigere enn de rent kvantitative. Slike endringer må planlegges i et overordnet perspektiv for å sikre likeverdige tilbud og sammenhengende behandlingskjeder.

Innenfor psykisk helsevern definerte opptrappingsplanen fra 1998 en fremtidig struktur i hovedtrekk, og la dermed et grunnlag både for å styre utviklingen generelt, og mer spesielt for kapasitetsanalyser og dimensjonering av kapasitet.

På områdene rusbehandling og rehabilitering er det betydelige ulikheter fra sted til sted både når det gjelder tilbudenes innhold og omfang, og uklart hvordan den fremtidige struktur bør utformes. Før dette er nærmere avklart, er det vanskelig å analysere fremtidige kapasitetsbehov på disse områdene. Det vises til kapitlene 8 og 9.

4.6 Kapasitetsbehov og kapasitetsstyring

Samsvar mellom kapasitet og nødvendig aktivitet kan ikke sikres en gang for alle, for eksempel når en ny virksomhet etableres eller en nytt sykehusbygg planlegges. Kapasitetsbehovet er i stadig endring som følge av endringer i behov, prioriteringer og medisinsk teknologi og praksis. Forholdet mellom kapasitetsbehov og faktisk kapasitet må derfor analyseres regelmessig, og når avvikene blir for store må det iverksettes tiltak for å gjenopprette balansen.

En ikke ubetydelig del av virksomheten i norsk spesialisthelsetjeneste foregår i lokaler som opprinnelig var tenkt til andre formål, og utføres av personell som ble utdannet før det utstyr og de metoder som benyttes var utviklet. På mange områder har man uten store problemer maktet å etablere ny kapasitet for å dekke nye behov, ofte med fagmiljøene som pådrivere. Når initiativet kommer fra fagmiljøene, kan det også bli enklere å gjennomføre nødvendige omstillingstiltak.

Når det gjelder omstillingstiltak som fagmiljøene og andre ansatte er lunkne eller negative til, kan problemene bli større. Dette kan for eksempel gjelde faglig og driftsmessig modernisering av virksomheten i eldre psykiatriske institusjoner eller etablering av observasjonsplasser i tilknytning til mottakelsen i somatiske sykehus. Ikke minst vil det gjelde tiltak for å bygge ned kapasitet som ikke lenger er nødvendig, men som er i bruk.

Aktiv kapasitetsstyring er et virkemiddel til å forbedre spesialisthelsetjenestens effektivitet både med tanke på behovsdekning, prioritering og økonomi. Som det fremgår i pkt. 4.4 er det behov for mer systematiske metoder for å identifisere over- og underkapasitet, og dermed for å utøve slik styring. På mange områder kan man imidlertid komme et godt stykke på veg med benchmarking mellom likeartede virksomheter.

5. Struktur

Sentralisering og desentralisering

Situasjonen i dag er noe forskjellig i de ulike deler av tjenesten, men mange av de grunnleggende problemstillingene er felles.

Med unntak av de spesialiserte funksjoner som må være sentralisert av hensyn til kvalitet og økonomi, er det et generelt ønske at tjenester skal desentraliseres og tilbys lokalt. På mange områder er dette vanskelig å realisere, fordi både økende spesialisering og fagpersonalets bostedspreferanser trekker i motsatt retning.

I psykisk helsevern kom ønsket om desentralisering til uttrykk gjennom opptrappingsplanen, hvor en sterk satsning på DPS og poliklinisk virksomhet var viktige elementer. I somatisk sektor er det kommet til uttrykk gjennom det pågående arbeid for å for styrke og fornye lokalsykehusfunksjonene. Innenfor rusbehandling og rehabilitering legges det økt vekt på at tjenestene må forankres lokalt, og på samhandlingen med primærhelsetjenesten. Dette er nærmere berørt i kapitlene 6-9.

Enkeltepisoder og behandlingsforløp

Den økende fagliggjøring og spesialisering har bidratt til at tilbudet til den enkelte pasient i økende grad baseres på bidrag fra flere avdelinger og institusjoner. Dette gir økt fleksibilitet med tanke på å utforme skreddersydde opplegg for den enkelte pasient, og bedre muligheter til å utnytte den samlede kompetanse og kapasitet i spesialisthelsetjenesten.

Det er behandlingsforløpet som helhet, og ikke de enkelte tjenester som inngår isolert sett, som er spesialisthelsetjenestens svar på pasientens behov for tjenester. Det er derfor ønskelig at analyser av behov og planlegging av tjenestetilbud og kapasitet kan baseres på behandlingsforløpet som grunnenhet, og ikke som i dag isolerte enkelttjenester som sykehusopphold, konsultasjoner osv. Manglende adgang til å koble sammen data om samme person fra ulike tjenesteytere, og manglende eller mangelfull rapportering, gjør at dette ikke er mulig i dag.

Bedre integrasjon av private aktører

Det meste av spesialisthelsetjenestens virksomhet er samlet i store institusjoner som eies av helseforetakene. I tillegg kommer en rekke mindre enheter med forskjellige former for privat eierskap, og med ulike tilknytningsformer til de regionale helseforetakene. Dette gjelder bl.a. avtalespesialister, private sykehus og laboratorier, opptreningsinstitusjoner og rusinstitusjoner. Disse enhetene disponerer både kapasitet og kompetanse som spesialisthelsetjenesten har behov for, og yter et verdifullt bidrag til den samlede virksomhet.

De fleste av de enheter det her er snakk om er et resultat av private initiativ, og ikke planlagt som en del av et helhetlig system av tjenesteytere. Avtalespesialistene tar for eksempel hånd om en betydelig del av spesialistkonsultasjonene, men de regionale helseforetakene har i dag liten oversikt over, og liten innflytelse på deres virksomhet og prioriteringer.

De regionale helseforetakene arbeider for å integrere de private tjenesteyternes virksomhet på en effektiv måte som deler av den samlede virksomhet, basert på en klargjøring av hvilke roller og oppgaver de best kan ivareta innenfor det samlede tjenestetilbud. Dette gjelder både rusinstitusjoner, opptreningsinstitusjoner og avtalespesialister. Et viktig forutsetning for at dette skal kunne skje, er at disse enhetene rapporterer sin aktivitet på samme måte som tilsvarende enheter innenfor helseforetakene.

6. Kapasitet og struktur i somatisk sektor

Noen hovedtrekk ved utviklingen i somatisk sektor er oppsummert i kapittel 1. Aktiviteten er raskt økende, og har i de senere år økt i et raskere tempo enn den bygningsmessige og personellmessige kapasitet. Kapasitetsutnyttelsen har økt, og dette har vært tilstrekkelig til å dekke de løpende behov. Her skal vi se nærmere på disse forholdene, og på hva som kan forventes i årene som kommer. I dette kapitlet vil oppmerksomheten særlig bli rettet mot arealbehov og senger.

6.1 Arealbehov eksklusive sengearealer

Den sterke økningen i poliklinisk virksomhet og dagbehandling innebærer at behovet for kapasitet for slik virksomhet øker tilsvarende. De fleste sykehus som er i drift i dag er ikke opprinnelig planlagt med dette for øye, men man har likevel vært i stand til å tilpasse virksomheten til de endrede behov og fremskaffet den nødvendige kapasitet for denne utviklingen.

Vi må regne med at dreiningen fra behandlingsforløp som krever døgnopphold mot forløp hvor dette ikke er nødvendig, vil fortsette. Vi har imidlertid ingen oversikt over hvorvidt, og evt. i hvilket omfang dette vil kreve økte arealer. I mange tilfeller kan det være mulig å øke arealutnyttelsen eller flytte ut deler av virksomheten, jfr. okt 3.2. I den grad denne utviklingen skulle kreve nye arealer, vil omfanget neppe være større enn at det ikke kan ivaretas innenfor rammene av vanlig bygningsmessig fornyelse og utvikling.

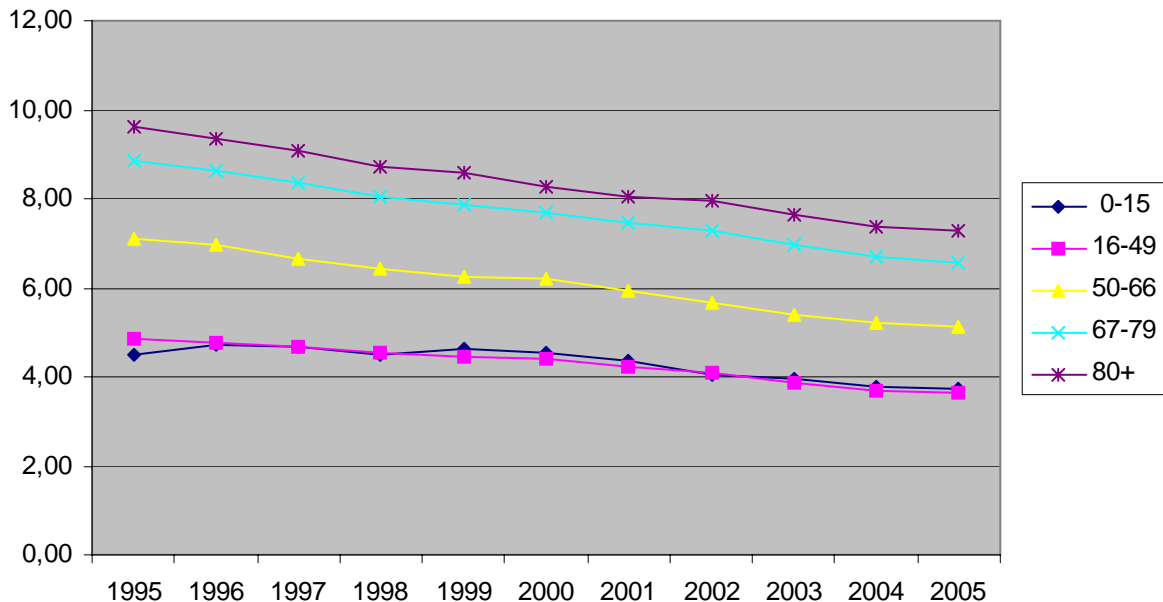
6.2 Sengebehov for døgnpasienter

Liggetider og sengebehov

Sengebehovet er bestemt av antall liggedager per år. Antall liggedager per år er lik antall pasientopphold per år multiplisert med den gjennomsnittlige liggetid per pasientopphold. Sengebehovet er altså proporsjonalt med gjennomsnittlig liggetid.

Figur 7 viser at den gjennomsnittlige liggetid i somatiske sykehus, heretter bare kalt liggetiden, ble betydelig redusert i alle aldersgrupper fra 1998 til 2005.

Figur 7. Gjennomsnittlig liggetid i norske somatiske sykehus 1995-2005. Etter alder

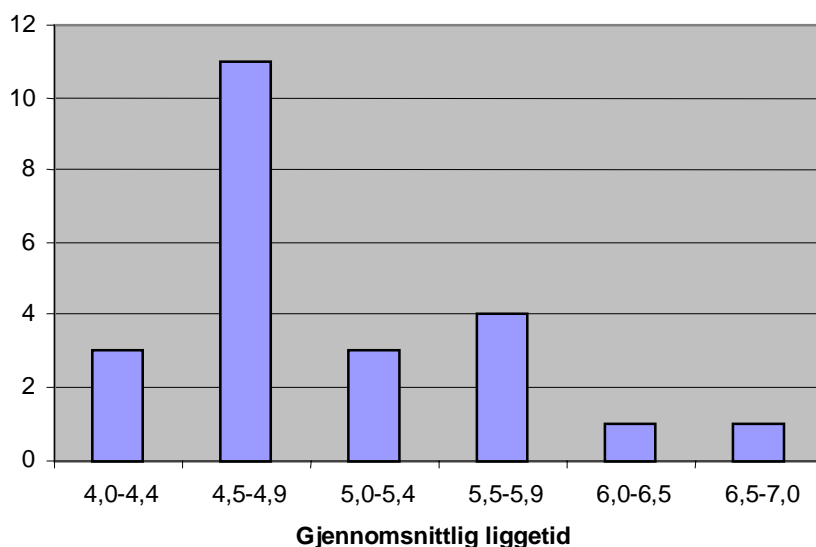


Antall senger i somatiske sykehus lå på praktisk talt samme nivå gjennom hele perioden 1995-2005, og utnyttelsesgraden lå på et normalt, noen lunde konstant nivå. At sengetallet ikke ble redusert, skyldes trolig at utnyttelsesgraden ble ansett som tilfredsstillende. At det ikke ble økt, skyldes trolig at antallet ble ansett som tilstrekkelig.

Det er lite sannsynlig at det virkelige sengebehov, det som kreves av medisinske og driftstekniske grunner, skulle ligge konstant gjennom en periode på 10 år, preget av sterk aktivitetsvekst og omstilling. En mer sannsynlig forklaring er at det gjennom perioden har vært noe overkapasitet, og at den er benyttet til å gi pasientene flere liggedager enn strengt nødvendig, jfr. pkt. 3.3.

Variasjonene i liggetid mellom sykehus indikerer også at det er noe å gå på, selv om det ikke kan forventes at den optimale liggetid er den samme alle steder. Figur 8 viser hvordan liggetidene varierte mellom de 23 største sykehusene i 2005. Spesialsykehus og sykehus med mindre enn 10 000 døgnopphold i 2005 er ikke tatt med..

Figur 8. Liggetidsfordeling i vanlige somatiske sykehus med minst 10000 døgnopphold i 2005 .



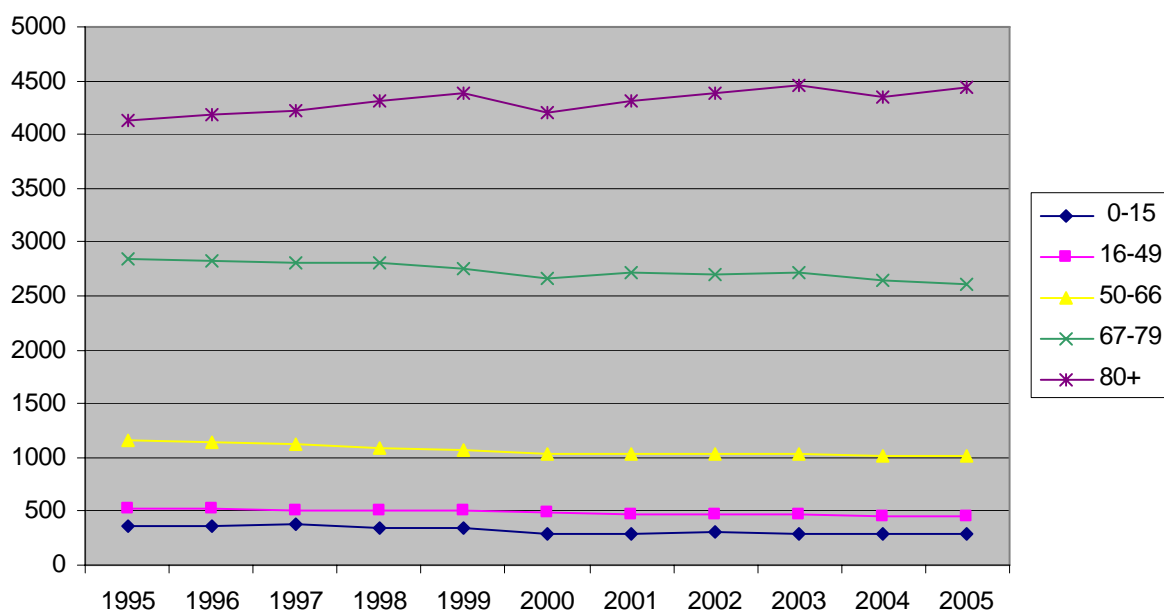
Vi har sett at liggetidene ble redusert fra år til år i perioden 1995-2005. Vi kan se på forskjellene i figur 8 som uttrykk for at noen fører an i denne utviklingen mens andre følger etter litt senere. Avstanden fra en stolpe til den neste i diagrammet tilsvarer et etterslep på tre ca år.

Vi vet ikke hvor langt det vil være medisinsk forsvarlig og driftsøkonomisk fordelaktig å redusere sykehusenes liggetider, men antar at det er noe å gå på. Dersom de sykehusene som i 2005 hadde liggetider over 4,56 døgn (nedre kvartil) i stedet hadde hatt en gjennomsnittlig liggetid på 4,56, ville behovet for senger i de sykehusene som inngår i dette materialet blitt redusert med 1350, som tilsvarer 10 prosent av det totale sengetall i somatiske sykehus. Lengre liggetider enn nødvendig kamuflerer en betydelig kapasitetsreserve i mange sykehus.

Fremtidig sengebehov generelt

Det fremtidige behov kan bedømmes med utgangspunkt i liggedagsrater, dvs. antall liggedager per år per 1000 innbygger, og befolkningsutviklingen. Figur 8. viser hvordan liggedagsratene har utviklet seg i de siste 10 årene. Ratene er avtagende i alle aldersgrupper til og med gruppen 67-79 år. Eldres sengebehov blir drøftet i neste avsnitt.

Figur 8. Antall liggedager per 1000 innbygger etter alder og år. Somatiske sykehus 1995-2005



At ratene er synkende betyr at liggetidsreduksjonen fra år til år har vært mer enn stor nok til å kompensere for at stadig flere er blitt innlagt. Vi kjenner ingen forhold som skulle tilsi at dette mønsteret vil bli brutt og trendene snu så mye at det kan få konsekvenser for sengebehovet frem til 2010.

Tabell 2 viser resultatet av to fremskrivninger av sengebehovet. Den ene er en rent mekanisk fremskrivning basert på liggedagsratene for 2005 som er vist i figur 8 og SSBs fremskrivning av folkemengden fra 2005 til 2060, alternativt middels nasjonal vekst (MMMM). Den forutsetter at reduksjonene i liggedagsrater stopper opp, og viser at det i så fall vil bli behov for 2200 flere senger i 2020 enn i det vi hadde i 2005.

Også den modellbaserte fremskrivning viser en viss økning i sengebehovet. Økningen frem til 2020 er på drøyt 700 senger. Om vi i dag har en kapasitetsreserve på grunn av lange liggetider i størrelsesorden 1350 senger, jfr. forrige avsnitt, vil imidlertid den kunne dekke denne økningen i behov med god margin – en slik reserve dekker vil også dekke den vekst som den mekaniske fremskrivning viser i de ti år fremover.

Tabell 2. Alternative fremskrivninger av behovet for somatiske sykehussenger

	2005	2010	2020
Mekanisk fremskrevet sengebehov	13 331	13 782	15 570
Avansert fremskrivning	13 331	13 444	14 065

Vi oppfatter ikke det fremtidsbilde som fremkommer ved mekanisk fremskrivningen som sannsynlig. Det forutsetter at de klare trender som har preget utviklingen frem til i dag, stopper opp. Også den modellbaserte fremskrivningen er beheftet med usikkerhet, jfr. figur 6. Å bedømme behovet mer enn 15 år inn i fremtiden vil bli ren spekulasjon.

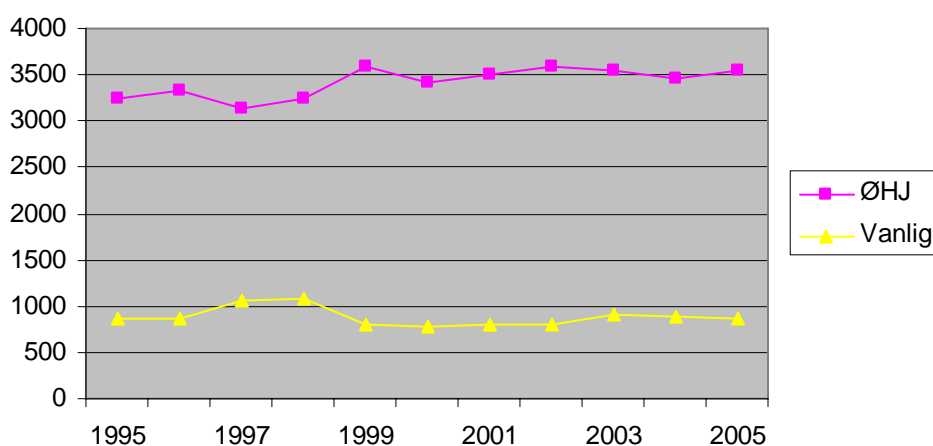
I diskusjonene ovenfor har vi ikke skilt mellom ulike typer senger når det gjelder fremtidige behov. Redusert bruk av senger medfører imidlertid at det er de sykeste pasientene som blir igjen i sykehuset. En sannsynlig virkning av dette er at en relativt større en del av sengene vil være intensivsenger.

Eldres pasienter og øyeblikkelig hjelp

Som vi har sett, har bruken av somatiske senger blitt redusert i alle aldersgrupper unntatt gruppen 80 år eller mer. Mange i denne gruppen innlegges i sykehus for øyeblikkelig hjelp, og det er en vanlig oppfatning at tendensen er økende.

I perioden 1995-2005 var det en svak økning i det totale antall liggedager for pasienter innlagt for øyeblikkelig hjelp, mens antall liggedager for elektivt innlagte gikk ned omtrent like mye. Blant pasienter på 80 år eller mer var det imidlertid en betydelig økning i antall liggedager for ø.hj.-innlagte. Årsaken til dette er primært at det i disse årene var en betydelig vekst i denne aldersgruppen – antallet økte med 22 prosent. Figur 9 viser at innleggelsesraten for denne gruppen lå på samme nivå fra 1999 til 2005.

Figur 9. Antall liggedager per 1000 innbygger i aldersgruppen 80 år eller mer etter innleggelsesmåte



I gruppen 80 år eller mer er det mange som blir liggende i sykehuset etter at de medisinsk sett er utskrivningsklare. Vi har ikke sikre tall for omfanget av dette, og kjenner heller ikke til om problemet er økende. For mange av de eldre som legges inn for øyeblikkelig hjelp, er ikke opphold i sykehus noen god løsning. Det arbeides på flere fronter for å finne frem til bedre tilbud til syke eldre, basert på samhandling mellom sykehus, primærlege og den kommunale pleie- og omsorgstjeneste. Det er forventet at nye og bedre løsninger vil bety færre liggedager i sykehus, og det vil derfor være lite hensiktsmessig å planlegge fremtidig sykehuskapasitet for denne gruppen med utgangspunkt i dagens forbruksmønster.

Konklusjon

Mange forhold taler for at vi i dag har et tilstrekkelig antall somatiske sykehussenger, og at dagens sengetall vil dekke behovene frem mot 2010. Heller ikke perioden 2010 til 2020 ventes det store endringer, og spesielt ikke en økning av et slikt omfang at det må tas særlige forholdsregler i dag, men vurderinger av behovet mot slutten av denne perioden er beheftet med betydelig usikkerhet.

I perioden 2020-2030 vil de store etterkrigskullene nå høy alder, og det er viktig at man da har på plass et godt tjenestetilbud til denne gruppen. Et godt tilbud vil trolig bety mindre bruk av somatiske sykesenger enn det som er praksis i dag.

6.3 Struktur

Sentralisering og desentralisering

Den somatiske spesialisthelsetjenesten er preget av en stadig økende spesialisering som i seg selv har en klart sentraliserende effekt. Fagpersonalets preferanser når det gjelder bosted og arbeidssted har samme virkning: tilgangen på spesialisiter er best i store sykehus, i større byer og på øst- og sørlandet. I enkelte områder ser det også ut til at pasienter i økende grad velger seg til de største sykehusene fremfor å bli behandlet lokalt.

Den utvikling mot økt sentralisering som er nevnt ovenfor, er en selvgående og til dels selvforsterkende prosess som kan svekke de mindre sykehusene både faglig og omdømmemessig. Dette er særlig uheldig i dag, fordi mange av de høytest prioriterte og raskest voksende pasientgrupper har helseproblemer som best kan løses lokalt. Alle de regionale helseforetakene arbeider nå med strategier for å styrke lokalsykehusene og å gi lokalsykehusfunksjonene et nytt innhold. Skal man få dette til, vil det kreves en betydelig og målbevisst satsning.

Struktur i tjenestetilbudet

Den nasjonale helseplan som kom på 1970-tallet, St.mld.nr. 9 (1974-75), lanserte LEON-prinsippet som grunnlag for strukturen i spesialisthelsetjenesten. Den var basert på en klassifisering av sykehus med forskjellig kompetansenivå, et varierende antall lokalsykehus og ett sentralsykehus per fylke, og ett regionsykehus i hver av de fem regioner. Pasientene sognet til sitt lokalsykehus, og bruk av sykehus på høyere nivå forutsatte henvisning på medisinske indikasjoner. Dette var enkelt og ryddig, og ikke minst med tanke på planlegging.

LEON-prinsippet slik de ble lansert på 1970-tallet er ikke anvendelig i dag, både den raske faglige utvikling og innføring av pasientens rett til valg av sykehus gjør det uaktuelt. Det er imidlertid ikke kommet nye prinsipper eller mekanismer i stedet, og i mange sammenhenger er dette et savn. Et alternativ kunne være å gi LEON-prinsippet et nytt innhold, tilpasset dagens forhold, som kan støtte opp under arbeidet for å utvikle en hensiktsmessig struktur i somatisk sykehustjeneste.

I pasientrettighetsloven § 2-4 om rett til valg av sykehus heter det at pasienten ikke kan velge behandlingsnivå. I gamle dager ville tolkningen av denne bestemmelsen vært enkel. I dag er den blitt problematisk, og praktiseres ikke. F.eks. kan fødende som ut fra en risikovurdering kunne føde i en fødestue, velge å føde ved kvinneklinikken i et universitetssykehus langt fra sitt bosted, og konkurrere om plass med fødende som primært sogner til denne klinikken, og som ut fra en risikovurdering bør føde ved en kvinneklinikk.

For fødsler har vi en inndeling i ulike behandlingsnivå for pasienter som i utgangspunktet har samme behov – fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk. På dette området har man derfor et utgangspunkt for å vurdere en fornyelse av LEON-prinsippet og til å gi lovens begrensning i rett til valg av sykehus et konkret innhold. Samme prinsipp vil etter behov kunne anvendes på andre områder.

Funksjons- og oppgavedeling

Funksjons- og oppgavedelingen mellom sykehus og andre aktører er et viktig og krevende ansvar for de regionale helseforetakene, og det pågår et løpende arbeid for å utvikle en bedre og mer effektiv struktur. Dette er et ikke arbeid som kan forventes å gi store økonomiske gevinster på kort sikt, det dreier seg mer om investeringer i en struktur som vil være tjenelig og bærekraftig i et lengre perspektiv.

Selv om funksjons- og oppgavedeling er et tema som omfatter hele virksomheten, er det først og fremst organisering av akuttberedskapen i de ulike regioner som vekker bred interesse. Forslag om nedbygging av fødeavdeling og kirurgisk akuttberedskap ved lokalsykehus har mange steder i landet vakt store konflikter både politisk og i berørte fagmiljø og institusjoner, og i noen tilfeller kan dette komme til å prege tillitsforhold og samarbeidsklima i mange år fremover.

I forlengelse av arbeidet med nasjonal helseplan og i tilknytning til det strategiarbeid som nå pågår i helseregionene bør det utvikles en felles forståelse mellom departementet og de regionale helseforetak for hva som kreves av akuttberedskap, og for hvordan vanskelige spørsmål om akuttberedskap skal håndteres.

7. Kapasitet og struktur i psykisk helsevern

7.1 Opptappingsplanen for psykisk helse

Et særtrekk innenfor psykisk helsevern er den statlige opptappingsplanen for perioden 1999-2008, som har ført til en målrettet prioritering av sektoren. I sin evaluering av status og resultater for den første halvdel av perioden, viser Sintef Helse at man på de fleste av satsingsområdene ser ut til å nå målsettingene innen planperioden er ute. Det understrekes likevel at man på enkelte områder finner en utvikling med økende forskjell mellom regionene.

Styrking av personelltilgang og kompetansebygging

Ett av satsingsområdene med gode resultater så langt, er styrking av bemanningssituasjonen. Planen angir en økning i antall årsverk totalt i perioden på 9 274, med 4 500 i spesialisthelsetjenesten. Som figur 3 viste, er økningen i årsverk betydelig fram til i dag. Dessuten har man oppnådd en kompetansebygging, der personelløkningen i særlig grad er knyttet til de høyest kvalifiserte faggruppene. En slik personellstyrking har vært en nødvendig forutsetning for å oppnå aktivitetsveksten.

Flere behandlingsepisoder

Aktivitetsutviklingen innenfor psykisk helsevern som er vist i figur 2, har i stor grad fulgt de samme dimensjonene som innenfor annen spesialisthelsetjeneste: stadig flere behandlingsepisoder og kortere oppholdstider, samtidig som sengetallet er redusert. Ikke minst uttalt er den sterke økningen i poliklinisk virksomhet.

Omstrukturering

Planene har, i alle fall for tilbudet til voksne, i sterk grad vært preget av en omstrukturering, med en nedbygging av langtidsplasser og en mer intensiv desentralisert behandlingsinnsats. Utbygging av Distriktpsikiatriske sentre og økt satsing på polikliniske tilbud, har skapt et fundament for mer aktiv intervensjon og bedre tilgjengelighet.

Samhandling og funksjonsdeling mellom nivåer

Samtidig med en styrket spesialisthelsetjeneste, har det parallelt vært satset betydelig på å bedre det kommunale tilbudet. Oppbygging av kommunale boligtilbud og styrking av personellsiden både i volum og kompetanse, er sentrale faktorer.

7.2 Psykisk helsevern for barn- og ungdom (BUP)

Dekningsgrad og tallet på ventende

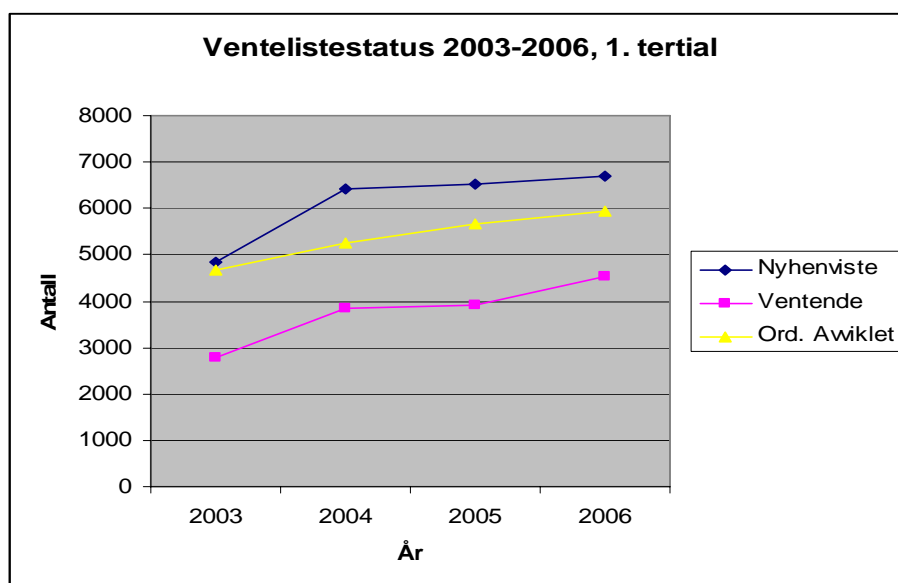
I opptrappingsplanen er det satt som målsetting en dekningsgrad på 5% målt i andel av barnepopulasjonen som har hatt et behandlingstilbud i perioden. De sist publiserte tallene fra 2005 viser at andelen er stigende fra 3,6% på landsbasis i 2004 til 4,0% i 2005. Målet er altså ennå ikke nådd, i tillegg finner man relativt store regionale variasjoner (tabell 3). Slike regionale forskjeller finner man også ved å analysere et annet mål på etterspørsel og potensielt udekkede behov, nemlig volumet av de som står på venteliste.

Tabell 3 Dekningsgrad for behandling og antall ventende innen psykisk helsevern for barn- og unge etter helseregion, 2005. (Kilde: Norsk Pasientregister).

Helseregion	Dekningsgrad i pst av befolkning under 18 år	Antall ventende per 1000 innbygger under 18 år
Helse Nord	5,6	5,4
Helse Midt Norge	3,7	3,7
Helse Vest	3,2	3,7
Helse Sør	4,6	2,3
Helse Øst	3,9	3,0
Landet	4,0	3,3

Betrakter man målene i sammenheng, kan det være grunn til å understreke at også behov (inklusive vurdert behov) og etterspørsel kan variere mellom områder: Helse Nord har f eks i følge disse tallene både høyest dekningsgrad og relativt flest på venteliste. Andelen av de henviste pasientene som blir tildelt rett til nødvendig helsehjelp, viser også ikke ubetydelige geografiske variasjoner.

Ser man nærmere på dynamikken i ventelistesituasjonen for perioden 2003-2006 (figur 11), finner man at selv om flere får behandling, har likevel tilstrømningen vært økende. Resultatet av en slik utvikling, er et økende antall på venteliste. Når det gjelder ventetidene, kan gjennomsnittstallene tyde på lett økning siste året fra 86 til 89 dager. Samtidig er antallet ventende som har stått på liste over ett år, redusert. En slik målt reduksjon av langtidsventende kan imidlertid også skyldes ryddig i ventelister og bedre datakvalitet. Samlet sett gir det tilgjengelige datamaterialet grunnlag for å hevde at det fortsatt finnes udekkede behov innenfor psykisk helsevern for barn- og unge. Det finnes også ikke ubetydelige regionale variasjoner.



Figur 11: utvikling av antall nyhenviste, ordinært avviklede og ventende i perioden 2003-2006, 1. tertial. Kilde: Norsk Pasientregister

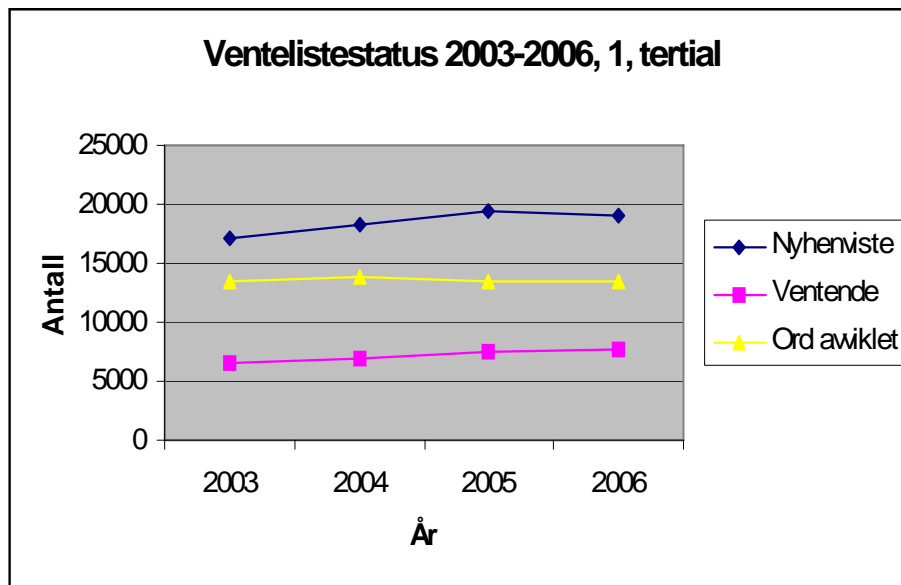
En slik statusbeskrivelse finnes altså til tross for at personelløkningen innenfor psykisk helsevern for barn og unge var på 41% i perioden 1999 til 2004, mot 14% innenfor vokssensektoren. I tillegg har man hatt en ønsket produktivitetsøkning ved poliklinikkene på over 50% i den første halvdel av planperioden (Sintef Helse 2005). Resultater fra studier av utviklingen tyder likevel på at produktivitetsveksten i større grad har ført til flere tiltak per pasient enn til inntak av flere nye pasienter.

En styrket satsing på rekruttering av fagpersonell til sektoren blir en kritisk faktor for å sikre en videre utvikling av tilgjengeligheten til tjenester og til utjevning av de geografiske forskjellene.

7.3 Psykisk helsevern voksne

Ventelister og behovsdekning

Etterspørsel og behovsdekning kan i noen grad belyses ved å analysere ventelistesituasjonen. Innenfor voksenpsykiatrien synes man å ha fått en utvikling i retning av en mer stabil situasjon siste året, med en utflating både i antall nyhenviste og ventende (figur 12).



Figur 12: utvikling av antall nyhenviste, ordinært avviklede og ventende i perioden 2003-2006, 1. tertial. Kilde: Norsk Pasientregister

Døgnplassbehovet og endret pasientflyt

Ventelistesituasjonen gir imidlertid ikke et godt uttrykk for det helhetlige bildet innenfor psykisk helsevern for voksne. Majoriteten av innleggelsene er nemlig knyttet til øyeblikkelig hjelp. På landsbasis er det fortsatt slik at hovedtyngden av ø-hjelpsoppholdene foregår på sykehusavdelinger. Overbelegg og korridorpatienter på akuttenehetene er velkjente problemstillinger.

Løsningen på problemet er likevel ikke entydig knyttet til flere døgnplasser på sykehus. Resultater fra de nasjonale pasienttellingene viser at behandlerne vurderer stadig flere pasienter til å ha et ikke-optimalt behandlingssted: i 1999 tilsvarte vurderingene at 30% av sykehuspasientene heller burde hatt tilbud på et lavere omsorgsnivå, i 2003 var dette tallet steget til 52% (Sintef Helse 2005). De fleste (40%) ble vurdert til å kunne få et mer tilpasset tilbud på kommunalt nivå: i døgnhet eller egen bolig. Analyserer man situasjonen med utgangspunkt i pasientene på akuttavdelingene i sykehus, ga studien som resultat at om lag $\frac{3}{4}$ ville hatt et mer optimalt tilbud ved et annet behandlingssted, med $\frac{1}{4}$ på kommunalt nivå og og henholdsvis $\frac{1}{4}$ på annen sykehusavdeling og $\frac{1}{4}$ på DPS. Det må understrekes at resultatene må tolkes med varsomhet, og at det ikke foreligger tilsvarende undersøkelser av hvor mange pasienter det finnes på kommunalt nivå som heller burde fått tilbud fra spesialisthelsetjensten.

I utredningen foretatt av Sosial- og helsedirektoratet våren 2006 i samarbeid med de regionale helseforetakene, finner man heller ingen klare anbefalinger om økte plasser innenfor akuttpsykiatrien. Utfordringene som beskrives er i stor grad knyttet til vansker med å få pasienter overført til det kommunale nivået, og til pasientflyten internt i sykehusene eller mellom sykehus og DPS. Fortsatt styrking av det faglige nivået på DPS-ene og utvidede åpningstider for mottak av øyeblikkelig hjelp, understrekes.

For Helse Øst er det foretatt en framskriving av døgnplassbehovet til år 2025, der man baserer beregningene på gjennomføring av en desentralisert behandlingsstruktur i hele regionen etter

modell fra Vestfold (Sintef Helse 2006). Beregningene anslår da et økt døgnplassbehov i 2025 på kun 2% i forhold til status for 2004, om lag like mye for henholdsvis sykehus og DPS-nivå. En av forutsetningene for konklusjonene er imidlertid økt tilgang på dagbehandling og polikliniske tjenester, samt at det kommunale nivået tar sitt tiltenkte ansvar. Det må også nevnes at Helse Øst var den regionen i landet med nest flest døgnplasser per innbygger i 2004, med 15,5 plasser per 10 000 over 18 år, mens spredningen mellom de andre regionene var fra 12,9 til 15,9.

Man finner altså ulike utredninger og tilnærminger som peker i samme retning: at hovedutfordringen framover ikke er å etablere flere døgnplasser, men å gjennomføre en redesign av det helhetlige tjenestetilbudet. Hvis konklusjonen om døgnplassbehovet skal være gyldig, er det flere nødvendige forutsetninger som må oppfylles:

- at det kommunale tilbudet utbygges og utvikles til å ta imot de pasientene som bør ivaretas på dette nivået
- en bedre flyt av pasienter innad i institusjonene, og mellom sykehus og DPS
- at DPS-ene blir etablert med tilstrekkelig faglig kompetanse, og er tilgjengelige også for ø-hjelp
- en oppbygging av alternative modeller for akutt intervensjon som: ambulante team og dagsentre for akuttbehandling
- at man i utviklingen av rusomsorgen også tar høyde for etablering av egne tilbud for akutt avrusing, slik at ikke denne typen problematikk må håndteres i vanlige akuttavdelinger

Differensierte behov og sammensatte tilbud

Et annet moment som er vesentlig å få fram for å kunne strukturere et best mulig totaltilbud, er den store spredningen i typen pasienter og behov. Flertallet av pasientene som får et tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten, får bare poliklinisk behandling. I en studie av alle pasienter som var i kontakt med tjenesten i ett fylke i en toårsperiode, fant man at hele 80% kun hadde poliklinisk kontakt. I den andre enden av spekteret finner man høyforbruksgruppen, i den nevnte studien brukte de 9% av pasientene som var innlagt mer en enn gang i perioden hele 64% av de samlede oppholds døgnene og 74% av alle døgnoppholdene (Heggstad, Lilleeng, Ruud, upubl.). Det kan være grunn til å nevne at studien ble utført på grunnlag av data fra Vestfold, altså fra et område som regnes å ha et velutviklet desentralisert tjenestetilbud. En lignende forbruksprofil ble for øvrig funnet i en annen studie der man analyserte ett års tjenesteforbruk innenfor åtte helseforetak: 72% med kun poliklinisk kontakt, mens 5% av de innlagte hadde 5 opphold eller mer i løpet av året (Sintef Helse 2005). Selv om en stadig større andel av pasientene behandles kun med polikliniske tilbud og dagbehandling, må man også ta hensyn til at en mindre gruppe av de alvorligst syke pasientene har behov for en betydelig behandlingsinnsats over tid. Hvordan man organiserer tilbudet til denne gruppen med de største behovene, får avgjørende betydning for den samlede ressursforvaltningen.

De alvorligst syke vil også trenge både dagtilbud og poliklinisk oppfølging. Dessuten vil behovet for samhandling med det kommunale nivået være uttalt for denne gruppen. Generelt i et prioriterings- og kapasitetsperspektiv vil grenseflatene og avgrensingen mot de kommunale tjenestene være vesentlige. For volumet av de lettere tilfellene vil det være av betydning i hvilken grad spesialisthelsetjenesten inkluderer behandling av ulike typer livskriser og tilpasningsproblemer. Her vil også bruken av og tilgangen på private spesialister være viktig.

Økende behov for konsultative tjenester ovenfor samarbeidspartnere i kommunene og innenfor de andre sektorene må påregnes. Innenfor somatisk helsetjeneste med en framtidig

utvikling med stadig flere eldre pasienter, vil det bli behov for bistand til å håndtere sammensatte lidelser der demens og stemningslidelser inngår. Grenseflaten mot rusomsorgen vil også bli krevende, inklusive styrkingen av tilbudet til pasienter med såkalt dobbeldiagnose. Studier av dagens tilbud til denne pasientgruppen, indikerer at de ikke får en tilfredsstillende behandling innen psykisk helsevern, og at det er et stort behov for behandlingskompetanse innen feltet (Gråwe, Hagen, Mueser, upubl.).

I de fleste scenarier av framtidige helsetjenestebehov, er befolkningsutviklingen med økende omfang av eldre, vektlagt. Hittil har situasjonen vært slik at aldersfordelingen for pasienter som får døgntilbud, er helt forskjellig for somatisk sektor og psykisk helsevern. Mens eldre har de høyeste innleggelsesratene i somatikken, er det de yngre middelaldrende som har det høyeste nivået i psykisk helsevern. Forutsetter man en økende prevalens av stemningslidelser og demenstilstander hos den økende eldre befolkningen, kan dette også i noen grad føre til økende behov for døgnplasser på noe lengre sikt.

Fra en episodebasert til en forløpsbasert tenking

For gruppen med de største behovene blir det vesentlig å utforme modeller som tar hensyn til pasientforløp over tid og mellom nivåer. Mange trenger sammensatte tilbud fra flere instanser, og tilbud som varer over tid og er vekslende i intensitet. Fokus må være på kontinuitet, langsiktighet og økt mestring. Utvikling av gode modeller for forpliktende samhandling, samarbeid og kompetanseoverføring mellom nivåene, blir en vesentlig utfordring for å lykkes.

I tillegg anser vi det som en nødvendig forutsetning at framtidige finansieringsmodeller bygger på dimensjoner som kan understøtte langsiktighet og tversgående tiltak. Både indikatorer og styringsdata bør tilrettelegges for å synliggjøre forløpsdimensjonen. En bedre og mer pålitelig registrering og dokumentasjon av dagbehandlingen er også en forutsetning for å kunne si noe mer om utvikling og behovsdekning på dette området.

Kvalitetsheving og produktivitetsøkning

Mye av aktivitetsøkningen som påregnes, er planlagt å dekkes ved økning av den polikliniske virksomheten. Innenfor Opptrappingsplanen finner man også målfestet en sterk økning av produktiviteten. Resultatene så langt, tyder imidlertid på at en slik produktivitetsvekst har uteblitt innenfor psykisk helsevern for voksne, (mens en produktivitetsvekst på 50% er oppnådd innenfor BUP). Det synes altså fortsatt være rom for forbedring, f.eks. ved at alle enheter hever seg til nivået for de mest produktive poliklinikkene. Samtidig er det vesentlig å skille mellom om produktivitetsøkningen består i å gi flere konsultasjoner til de som allerede er innenfor behandlingssystemet, eller til å øke tilgjengeligheten.

Utviklingen av DPS-ene til å yte differensierte allmennpsykiatriske tjenester til sine nærområder, er en av forutsetningene for en fortsatt økt aktivitet. Hvor langt prosessen med reell funksjonell omstrukturering har kommet, varierer imidlertid mellom ulike områder i landet. I rapporten "Distriktpsikiatriske sentre i Norge 2003" (Ruud et al), beskriver man store forskjeller i personelldekning, med ubesatte lege-/psykologstillinger var vanlig forekommende. Det er altså fortsatt nødvendig ha fokus på rekruttering og kompetansehevede tiltak.

Mye fokus kan synes være rettet mot volum av tjenester og aktivitetsnivå mer enn innholdet i tilbudene. Det kan også være grunn til nevne at pasientens tilfredshet ikke nødvendigvis øker, selv om tilbudene etter enkelte objektive kriterier vurderes som forbedret. I en studie fra DPS-nivå i 2003 og 2005, fant man ingen signifikant endring i hvordan pasientene som benyttet

tjenestene opplevde tilbudet (Sintef Helse 2006). Pasientene var fortsatt mindre fornøyd med informasjonen og muligheten til å ha innflytelse på tilbudet. Man fant heller ingen sammenheng mellom livskvalitet og utbygging av tilbudene ved DPS-ene.

I en så sterk omstrukturering som fortsatt forventes, er det viktig å sikre innholdet i tilbudene. Sikring av brukermedvirkning og tjenestekvalitet kan ha betydning for kapasitet. Krav til dokumentasjon av effekt og kunnskapsbasert utprøving av alternative behandlingsregimer, bør understøttes.

8. Kapasitet og struktur i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddel-misbrukere

De regionale helseforetakene overtok ansvaret for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2004. Målsettingen med Rusreformen var å styrke behandlingsapparatet, øke tilgjengeligheten til øvrig spesialisthelsetjeneste, bedre samarbeidet med kommunene og bedre kvaliteten på behandlingstilbudene.

For denne delen av spesialisthelsetjenesten har man mangelfulle data om befolkningens behov for behandling. Det antas imidlertid at de generelle betraktninger i kapitlene foran også gjelder for dette området.

Det antas også at det på dette området er behov for større kapasitet enn den som er tilgjengelig i dag. Dette bekreftes gjennom de regionale helseforetakenes innspill til arbeidet med statsbudsjett for 2006 og 2007 og i arbeidet med en nasjonal opptrappingsplan for rusfeltet.

Alle regionale helseforetak har gjennomgått tjenestene og lagt planer for videre utvikling. Det er behov for styrking og utbygging innen deler av tjenesten, samtidig som det er nødvendig med omstilling av dagens tilbud. I likhet med andre tjenesteområder forventes en utvikling hvor døgnbasert behandling dreies mot poliklinikk og ambulant virksomhet og at bruken av langtidsopphold reduseres.

8.1 Tilstandsbeskrivelse

Vi har ennå ikke sammenlignbare nasjonale tall for utviklingen i aktivitet og ventetid for rusfeltet.

Rammeoverføringene til regionale helseforetak på rus har i hovedsak gått til å opprettholde kapasitet. Det har vært mye fokus på innfrielse av pasientrettigheter. Selv om strukturen på dagens behandlingstilbud er ulik mellom helseregionene, så er det gjennomgående behov for styrking av kapasiteten på avrusning og utredning, samt ambulante og polikliniske tilbud. Det er videre et særskilt behov for å styrke tilbudene til ungdom, og pasienter med dobbeltdiagnoseproblematikk.

På russektoren er bruken av individuell plan viktig på grunn av store og sammensatte problemer hos de fleste rusmiddelmisbrukere, noe som gjør det er nødvendig med et bredspektret tilbud fra både helse- og sosialtjenesten over tid. Det er behov for å utvikle nye desentraliserte alternative behandlingstilbud til dagens tradisjonelle langtidsinstitusjoner i nært samarbeid med kommunene.

Som en direkte konsekvens av reformen med krav til helsefaglig kompetanse må eksisterende tjenester gjennomgående styrkes med økt lege- og psykologbemanning, og annen helsefaglig bemanning der det er behov. Her vil det også være behov for å øke antall legehjemler, og å iverksette tiltak for rekruttering av helsepersonell til tjenestene.

Det er behov for en flerårig opptrappingsplan for tiltak overfor rusmiddelmissbrukere som retter seg mot både første- og annenlinjetjenesten. Det er herunder behov for nybygg og opprustning av eksisterende lokaliteter i et betydelig omfang.

Tjenesteområdet særpreges av en stor andel private tjenestetilbydere, hvorav mange av tilbudene er lokalisert langt unna pasientenes bosted. Kjøp av tjenester fra disse skjer enten gjennom anbud eller former for bilaterale forhandlinger. Selv om det i avtalene fastsettes krav til kvalitet, innhold og samarbeid, anses styringen som utfordrende. Det er videre krevende å etablere god nok koordinering og samordning av den samlede tilbudsportefølje slik at pasientene gis et riktig tilbud og at den samlede kapasitet utnyttes optimalt.

8.2 Behov for omstrukturering og kapasitetsøkning

Det er en bekymringsfull økning i det totale alkoholkonsumet i befolkningen, noe som har en sammenheng med utviklingen av kontinentale drikkemønstre. I tillegg eksperimenterer ungdom i større grad enn tidligere med de nye ”partydop”. Antallet stoffmisbrukere er høyt, men stabilt med anslagsvis 11-15.000 injiserende stoffmisbrukere. Det er en klar økning i omfanget av blandingsmisbruk. Det er videre en alarmerende økning i antallet spilleavhengige knyttet til spilleautomater.

I tillegg forventes følgende forhold å påvirke behov / etterspørsel:

- Økning i etterspørsel etter tjenester på flere områder bl.a. som følge av pasientrettighetslov og annen helselovgivning
- Økte kvalitetskrav
- Oppfølging av nasjonale mål og strategier om styrking av tilbudene til rusmiddelmissbrukere.

Mange av forutsetningene for et godt tjenestetilbud kan bare oppfylles lokalt i tett samarbeid med kommunene. Dette gjelder særlig forutsetningen om individuelt tilrettelagte tilbud. Effekten av tverrfaglig spesialisert behandling vil ofte være avhengig av hvor gode oppfølgings tiltak kommunene er i stand til å sette inn.

Ut fra dagens situasjon og forventet utvikling synes det særlig å være behov for styrking på følgende områder:

Avrusning

Det er manglende kapasitet på avrusning, herunder tilbud som er særskilt tilpasset ungdom. Det er ønskelig med avrusningsenheter som i tillegg kan fungere som akutt krise/stabiliseringsenheter. I tillegg er det behov for raskt å kunne fange opp pasienter som faller ut av ulike tiltak i spesialisthelsetjenesten.

Poliklinikk og døgntilbud

Det synes også å være gjennomgående behov for en styrking av den polikliniske virksomheten. Poliklinikkene er tenkt som ressursenheter med utstrakt utadrettet virksomhet, både innad ved somatiske og psykiatriske avdelinger, og utad mot kommunene. Det er nødvendig med en mer fleksibel bruk av poliklinikk og korttids døgntilbud lokalt, inkludert bruk av ambulerende team, som et alternativ til dagens praksis med bruk av generelle langtids døgntilbud. En forutsetning for at dette skal lykkes er nødvendig oppfølging fra kommunene parallelt med behandling i spesialisthelsetjenesten.

Dobbeltdiagnosepasienter

De distriktpsikiatriske sentrene (DPS-ene) må ruste opp sin kompetanse til å ta hoveddelen av de pasientene som både har en psykiatrisk lidelse og et rusavhengighetsproblem. Men kompetanseheving er nødvendig i DPS'ene, i tillegg til styrking gjennom ambulerende team fra de spesialiserte ruspoliklinikkene.

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Det er i dag om lag 3500 pasienter som i Legemiddelassistert rehabilitering, hvor av 2/3 bor innenfor ansvarsområdet til Helse Øst. Dersom den varslede endringen i kriteriene for LAR blir gjennomført vil antallet som får dette behandlingstilbudet kunne dobles. Dette vil føre til behov for en betydelig opprustning både av spesialisthelsetjenesten og av de kommunale helse- og sosialtjenestene, hvis ikke vil tilbudet bære mer preg av skaderedusering enn behandling og rehabilitering.

8.3 Forutsetninger for god kapasitetsutnyttelse

I gjennomgangen ovenfor har en identifisert de faktorene som en antar har størst betydning for kapasitetsbehov og god kapasitetsutnyttelse:

- Gode data som grunnlag for fremskrivning av behov, beregning av fremtidig behandlingsskapasitet, kapasitetsutnyttelse mv. Eksisterende data og status for omstillingsarbeidet gir ikke tilstrekkelig grunnlag for å fremtidig dimensjonering av behandlingstilbudet.
- Bruk av kvalitetsindikatorer samt systemer for dokumentasjon av behandlingseffekt. Det er behov for betydelig kvalitetsheving og metodeutvikling.
- Utvikling av gode tiltakskjeder. Endret organisering, koordinering og samspill mellom behandlingsnivåer og tjenesteområder. Styrke samhandlingen i forhold til den kommunale sosialtjenesten, samt bruk av individuell plan. Det er behov for et mer fleksibelt, individuelt tilpasset behandlingsapparat for at behandlingseffektiviteten skal øke.
- Tydelige og åpne prioriteringer på alle nivåer, som grunnlag for utvikling av tjenestene. Det er behov for økt ressursinnsats i form av en nasjonal opptrappingsplan som ikke minst fokuserer det kommunale tiltaksapparatet.

- Målrettet personellinnsats. Helsefaglig kompetanse må styrkes gjennom økt lege- og psykologbemanning, og annen helsefaglig bemanning der det er behov.
- Økt fysisk behandlingsskapasitet. Det er behov for nybygg og opprustning av eksisterende lokalteter i et betydelig omfang.

9 Kapasitet og struktur for rehabilitering

9.1 Innledning

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. i Avgrensning av området er utfordrende, det gjelder både grenseflatene mellom spesialisthelsetjeneste og kommunale tjenester og mellom rehabilitering og opptrening. Der er også en grenseflate til tilbud til eldre (geriatri), og til spesifikke tilbud til bestemte grupper med kroniske lidelser.

Medisinsk faglig er rehabilitering blir knyttet til spesialiteten ”Fysikalsk medisin og rehabilitering”, som har egne sykehusavdelinger. Habiliteringstjenesten har ingen slik tilknytning.

Opptreningsinstitusjonene er en del av rehabiliteringsfeltet. Institusjonene er privateid og har inntil 2006 vært finansiert både gjennom kurlpenger fra Rikstrygdeverket og rammeoverføringer fra de regionale helseforetakene. Fra 2006 vil bestilling og finansiering i hovedsak skje innenfor avtaler inngått av de regionale helseforetakene.

For rehabilitering har man mangelfulle data om befolkningens behov for behandling og hvordan en skal beskrive den aktiviteten som er. Det er lettere å beskrive aktiviteten innenfor rehabilitering enn innenfor habilitering.

Når det gjelder behovet for rehabilitering blir det ofte vist til følgende forutsetninger:

WHO: til enhver tid har 1,5 % av befolkningen behov for rehabilitering
 Legeforeningens Generalplan for fysikalsk medisin og rehabilitering: Spesialisert rehabilitering har behov for 30 senger/100 000 innbygger

Alle regionale helseforetak har gjennomgått eller er i ferd med å gjennomgå tjenestene og legge planer for videre utvikling. Det er behov for styrking og utbygging innen deler av tjenesten, samtidig som det er nødvendig med omstilling av dagens tilbud.

De regionale helseforetakenes innspill til arbeidet med en nasjonal strategi for rehabilitering tyder på at det også på dette området er behov for en geografisk utjevning av kapasiteten og bedre samordning enn hva tilfellet er i dag.

I løpet av året forventes helsedepartementet komme med en ”Nasjonal strategi for rehabilitering”.

9.2 Status

Kapasitet, aktivitet og ventetider

Tabell 1 viser antall rehabiliteringssenger per 100 000 innbygger i hver region, inndelt etter institusjonstype. Det er store variasjoner mellom regionene både når det gjelder plasser i opptreningsinstitusjoner og sykehus. Helse Vest har en betydelig lavere sengefaktor enn de øvrige regionene både for opptreningsinstitusjoner og sykehus.

Tabell 1. Sengeplasser per 100 000 innbygger for rehabilitering i opptreningsinstitusjoner og sykehus i 2004. Etter helseregion 2004.

Region	Opptreningsinstitusjon			Sos.med. & fys.med.	Totalt
	Gruppe 1	Gruppe 2	Totalt		
Helse Øst	44	27	71	14	85
Helse Sør	46	11	57	17	74
Helse Vest	7	20	27	5	32
Helse Midt-Norge	54	6	60	10	70
Helse Nord	51	7	58	11	69

Også de regionale oppholdsrunder for kompleks og vanlig rehabilitering viser store regionale ulikheter (Tabell 2). Helse Sør og Helse Nord ligger spesielt høyt, noe som skyldes mange dagopphold for vanlig rehabilitering. På tross av at Helse Midt-Norge har dobbelt så høy sengefaktor som Helse Vest, har Helse Vest nesten dobbelt så mange sykehusopphold per 1000 innbygger som Midt-Norge. Vi har ikke pålitelige aktivitetstall for opptreningsinstitusjonene.

Tabell 2. Antall døgn og dagopphold per 1000 innbygger for kompleks og vanlig rehabilitering i sykehus i 2005. Etter region.

Region	Kompleks rehabilitering, DRG 462A			Vanlig rehabilitering, DRG 462B			Totalt
	Døgn	Dag	Totalt	Døgn	Dag	Totalt	
Helse Øst	2	0,2	2,2	1,3	6	7,3	9,5
Helse Sør	3,2	0	3,2	3,1	41,4	44,5	47,7
Helse Vest	0,7	0,4	1,1	2,5	4,2	6,7	7,8
Helse Midt-Norge	1,1	0	1,1	1	1,9	2,9	4
Helse Nord	0,5	0,2	0,7	2,7	16,9	19,6	20,3

I perioden 2002-2005 var det i alle regioner en betydelig økning i antall nyhenvisninger til fagområdet fysisk medisin og rehabilitering (Tabell 3), og mest i Helse Vest. Henvisningsratene i vest ligger likevel langt under ratene i de øvrige regioner, og Vest har de klart lengste ventetidene. Dette må ses i sammenheng med sengefaktor og oppholdsrunder i tabellene ovenfor. Også i Helse Midt-Norge har ventetidene økt. Vi har ikke tall for nyhenvisninger og ventetider ved opptreningsinstitusjonene.

Tabell 3. Antall nyhenviste per 1000 innbygger og gjennomsnittlig ventetid for ventende i 2002 og 2005; prosentvis endring 2002-2005. Fagområde fysisk medisin og rehabilitering.

Region	Antall nyhenviste per 1000			Gjennomsnittlig ventetid ventende		
	2002	2005	% endring	2002	2005	% endring
Helse Øst RHF	3,07	3,82	24,4	114	55,3	-51,5
Helse Sør RHF	8,09	11,28	39,4	104,3	38,7	-62,9
Helse Vest RHF	0,57	1,91	233,2	102,3	113,7	11,1
Helse Midt-Norge RHF	3,68	6,96	88,9	42,3	55,7	31,7
Helse Nord RHF	2,86	5,27	84,1	194	155	-20,1

Organisering/tilbud

Svært ulike organisatoriske løsninger mellom områder. Rehabilitering og habilitering er i ulik grad integrert i resten av behandlingstilbudet til de ulike pasientgruppene – eller organisert som egne, spesifikke enheter/klinikker. Opptreningsinstitusjonene er, som nevnt ovenfor, stort sett private med svært ulik geografisk spredning.

Helse Øst har en overdekning av opptreningsinstitusjoner i relasjon til Helse Vest.

Kompetanse/kvalitet

Selv de spesialiserte sykehusenhetene har vansker med å rekruttere/beholde et tilstrekkelig antall spesialister i fysikalsk medisin/rehabilitering. Noen anslår også et stort behov for geriater.

Det er behov for flere leger og psykologer til habiliteringstjenesten.

Det synes å være behov for bedre dokumentasjon av aktiviteten (omfang og innhold), behov for bedre utviklede nettverk mot kommunene og utvidet ambulante virksomhet.

DRG/Finansieringsløsninger

Dagens ISF-ordning for sykehustjenester fremmer sentralisering, gir vanskelige kår for ambulante virksomhet, nettverksarbeid og opplæring/kursing på gruppenivå.

Stortinget har bedt om at ICF blir en del DRG systemet fra 2009.

Arbeidet med individuell plan, koordinerende enhet og ambulante team er en viktig utfordring.

Rehabilitering/opptrening

Tabell 7 viser forskjeller mellom behandling, opptrening og rehabilitering/rehabilitering langs en del dimensjoner. Hentet fra Utkast fra Nasjonal plan for rehabilitering 28.09. 2005

Tabell 7. Karakteristiske forskjeller mellom behandling, opptrening og rehabilitering.

Dimensjon	Behandling	Opptrening	Rehabilitering
<i>Mål i henhold til ICF/</i>	Normalisere/bedre kroppsfunksjoner	Normalisere/bedre eller vedlikeholde kropps- og aktivitetsfunksjoner	Deltakelse i aktiviteter i hverdagen og samfunnet
<i>Brukermedvirkning</i>	Passiv -> aktiv	Aktiv	Aktiv og styrende
<i>Faglig tilnærming</i>	Enfaglig -> flerfaglig	Enfaglig -> Flerfaglig	Tverrfaglig
<i>Samordnings Strategier</i>	Informasjon	Samarbeid	Samhandling
<i>Tidsperspektiv</i>	Kortvarig -> livsvarig	Kortvarig	Tidsavgrensede forløp

9.3 Utfordringer

Økende behov knyttet til flere eldre i befolkningen, flere med langvarig sykdom, kroniske lidelser. Behov for økt kapasitet, og for bedre strukturer for samhandling og sømløse, sammenhengende tiltakskjeder.

Sammensatte behov/koordineringsbehov er nøkkelbegreper.

Kapasitetsfaktorer

I gjennomgangen ovenfor har en identifisert de faktorene som en antar har størst betydning for kapasitetsbehov og god kapasitetsutnyttelse:

- Gode data som grunnlag for fremskrivning av behov, beregning av fremtidig behandlingsskapasitet, kapasitetsutnyttelse mv. Eksisterende data og status for omstillingsarbeidet gir ikke tilstrekkelig grunnlag for å fremtidig dimensjonering av behandlingstilbudet.
- Bruk av kvalitetsindikatorer samt systemer for dokumentasjon av behandlingseffekt. Det er behov for betydelig kvalitetsheving og metodeutvikling.
- Utvikling av gode tiltakskjeder. Endret organisering, koordinering og samspill mellom behandlingsnivåer og tjenesteområder. Styrke samhandlingen i forhold til den kommunale sosialtjenesten, samt bruk av individuell plan. Det er behov for et mer fleksibelt, individuelt tilpasset behandlingsapparat for at behandlingseffektiviteten skal øke.
- Tydelige og åpne prioriteringer på alle nivåer, som grunnlag for utvikling av tjenestene. Det er behov for økt ressursinnsats i form av en nasjonal opptrappingsplan som ikke minst fokuserer det kommunale tiltaksapparatet.
- Målrettet personellinnsats. Helsefaglig kompetanse må styrkes gjennom økt lege- og psykologbemanning, og annen helsefaglig bemanning der det er behov.