

Tilbud og forbruk av helsetjeneste – hva kan vi lære av forskjellene mellom Oslo og Akershus?

Artikkelforfatterne drøfter hvilke faktorer som påvirker etterspørselen etter helsetjenester og hvilken holdning vi bør ha til ventelister i helsevesenet. Konklusjonen er at vi sannsynligvis aldri kan bygge oss ut av et etterspørselspress rettet mot helsetjenester. Det må gjøres et valg om hvilket nivå og hvilken sammensetning av helsetjenestetilbudet vi vil ha, der også forhold utenfor det tradisjonelle helsevesenet blir trukket inn. I denne prosessen er ventelister en usikker veileder.

Som praktisk eksempel sammenligner vi tilbudet av helsetjenester i Oslo og Akershus, to nabofylker som er svært like unntatt på to områder. Oslo har en dobbelt så høy andel av eldre på 70 år og over som Akershus. I tilbudet av institusjonssenger ligger Oslo på den desiderte Norges-toppen, mens Akershus ligger i bunn. Utgiften pr. innbygger til helsevesenet er dobbelt så høy i Oslo som i Akershus, og artikkelen hevder at befolkningen i Akershus får mer igjen for sitt utlegg.

Oslo og Akershus er nabofylker og svært like på mange områder. I tilbudet av helsetjenester er de imidlertid vidt forskjellige. Oslo har 32 % flere normerte sykehussenger pr. 1 000 innbyggere enn landsgjennomsnittet. Akershus har 46 % færre. Helsetjenesten i Oslo er også langt dyrere pr. innbygger. Får Oslo tilsvarende flere goder igjen? Kan en sammenligning mellom Oslo og Akershus si noe om hvordan vårt fremtidige helsevesen bør være?

Helse- og sosialtjenesten for de eldre står sentralt i undersøkelsen. Derfor starter vi med et praktisk eksempel fra Oslo.

J. J. er nå 89 år. Han hadde god helse til han i 1976 falt på gulvet og ble liggende. Han ble lagt inn i sykehus, digitalisert for atrieflimmer, fikk diagnosen «pleiepasient», men kom seg hjem. I juli 1979 falt han igjen og ble lagt inn på nytt. Han var senil og inkontinent og «så skrupelig at det ikke kan komme på tale å prøve ham hjemme». I oktober 1979 ble han derfor overflyttet til sykehjem som pleiepasient.

Ved undersøkelsen i sykehjemmet var han en kjempe av en mann, solid

Tarald Rohde
Peter F. Hjort

NAVFs Gruppe for
helsetjenesteforskning
Frederik Stangs gate 11/13
Oslo 2

plantet i blå joggesko nr. 47. Bortsett fra en langsom atrieflimmer, viste undersøkelsen ikke tegn til sykdom. Han var slunken og redusert, men gjorde klart rede for seg. Han bodde i en liten funkisvilla sammen med sin kone og hennes søster, ikke langt fra sykehjemmet. Han fikk reise hjem i helgene, og andre gangen nektet han å bli med tilbake til sykehjemmet da sykepleieren kom for å hente ham. Stilt overfor tre gråtende gamle med 5 stokker, lot sykepleieren ham bli – først i hemmelighet, senere i triumf. Da legen kom på hjemmebesøk, ble han vist til husets nest beste stol. Selv satte pasienten seg i den beste, under en enorm premiesamling (mangeårig norgesmester i svømming). Alle medisiner var seponert, atrieflimmeren var fremdeles langsom, og han hadde ingen hjertesvikt. Han fordrev tiden med Morgen Kane og sigarer, og de tre gamle var åpenbart lykkelige. Det er nå gått 1½ år. Konas søster er død hjemme, og ektefellene klarer seg. Hjemmesykepleieren kommer på ukentlige besøk og bader dem («hun er enestående»). Hjemmehjelpen kommer 3 ganger i uken, og slektninger og naboer ser til dem daglig. Pasienten går fortsatt i sine enorme blå joggesko og venter med sinnsro «på sin time».

Ett eksempel beviser ingen ting. Men vårt eksempel viser at det er lett å undervurdere gamle i institusjon, at trangten til å bo hjemme er sterk, at det kan være mulig å organisere hjemmetjeneste for eldre og at det er tale om mange penger: Ved sin stahet har mannen i de blå joggeskoene spart kommunen for ca. 150 000 kroner.

Materiale og metoder

Datamaterialet er i hovedsak hentet fra fylkeskommunale budsjetter og publikasjoner fra Statistisk Sentralbyrå. Disse opplysningene er supplert med upublisert materiale om sykehjemsbruken i Akershus og legedekningen i Oslo

og Akershus. Vi har ikke klart å få en fullstendig oppdeling av gjestepasientstrømmen for Oslo. I budsjettet regner Oslo med en netto utgift på gjestepasienter. Vi klarte bare å splitte opp denne totalsummen for deler av den somatiske sykehussektoren. Disse tallene viste at Oslo er en netto mottager av gjestepasienter. Uansett, dreier det seg her om små tall i forhold til totalutgiftene. Vi har derfor regnet Oslo for å være i balanse på dette området. Da undervurderer vi trolig forbruket av institusjonssenger i Oslo litt. Opplysningene om sykehjemsbruken i Oslo er heller ikke tilfredsstillende. Når vi likevel presenterer materialet, er det fordi vi i denne artikkelen først og fremst vil undersøke enkelte hypoteser. Til det trenger vi bare grove riss av helsetjenesten i Oslo og Akershus. Det har vi, og forskjellene mellom de to fylkene er så store at manglene ved datamaterialet spiller liten rolle.

For å sammenligne helsetjenestetilbudet mellom de to områdene, må vi ta hensyn til de faktorene som virker inn på befolkningens helsetilstand. Vi har valgt å korrigere for alderssammensetning (1, 4, 6) og andel uføre. Vi har brukt samme korreksjonsmetode som departementet bruker i fordelingsnøkkel for rammetilskudd til helseinstitusjoner (10). Det betyr at befolkningen er delt opp i fire grupper – alle under 50 år, alle fra 50 til 69 år og henholdsvis menn og kvinner fra 70 år og over. Vi regner med at uføretrygdede bruker like mye helsetjenester som menn på 70 år og over, og at de fordeler seg med halvparten over og halvparten under 50 år. På dette grunnlaget kan vi regne ut hvor stort forbruket av institusjonshelsetjenester skulle ha vært, hvis Oslo og Akershus brukte tjenester på linje med landsgjennomsnittet.

I den eksisterende fordelingsnøgelen er også andre faktorer trukket inn. Det er dødelighet, avstand til sentralsykehus og andelen mottagere av utføringspenger. Vi har utelatt disse faktorene, fordi det gjør utregningen enklere og fordi de ville hatt ubetydelig effekt på sluttresultatet. Vi får også bedre frem det som klarest taler for at Oslo trenger et større tilbud av institu-

sjonshelsetjenester enn Akershus, den klart eldre befolkningen. Korreksjonen er bare foretatt for de institusjonene som går inn under helsesektoren. For aldershjem og ulike former hjemme- hjelp regner vi med at tilbudet uteluk- kende går til den befolkningen vi defi- nerer som eldre, dvs. 70 år og over.

Når vi bruker 70 år som grense, er det fordi det til nå har vært vanlig. Mange ville kanskje ønske at andelen på 80 år og over også ble tatt hensyn til. I Oslo er 29,9% av den gamle befolk- ningen 80 år og eldre. I Akershus er an- delen 28,3%. Vi tror derfor ikke vi ta- per noe ved å slå alle eldre sammen i én gruppe. Det finnes nasjonale normtall for hvilke sengefaktorer fylkene bør strebe etter på ulike områder (12). Etter vår mening er disse normtallene relativt tilfeldige. I denne artikkelen har vi der- for valgt å bruke Akershus som norm. Ingenting tyder på at befolkningen i Akershus totalt sett lider under en for- holdsvis lav sengefaktor, sammenlignet med befolkningen i andre fylker. Det gjelder ikke minst sammenlignet med befolkningen i Oslo. Vi regner det som en regel at alle som ligger over en norm vil lete frem argumenter for hvorfor de må det. Hvis avstanden ned til normen er stor, setter det større krav til gehalten i disse argumentene.

Vi har ingen gode mål for helsetil- standen i ulike befolkningsgrupper. Bruker vi den alderskorrigerede dødelig- heten som mål, er den høyest i Oslo. Det skyldes den relativt høye dødelig- heten for menn i Oslo, målt etter norske forhold. For kvinner ligger dødelighe- ten lavere i Oslo enn i Akershus, men forskjellen er liten. Grovt sett kan vi si at det dør én mer pr. 1 000 innbyggere i Oslo enn i Akershus om vi tar hensyn til den eldre befolkningen i Oslo. Dette er ikke nok til å si at helsetilstanden for befolkningen i de to fylkene er forskjel- lig.

Resultater

Faktorer som kan påvirke forbruket av helsetjenester. Vi har summert opp en del faktorer som kan virke inn på be- folkningens helsetilstand. Vi har delt dem i to grupper alt etter som de faller likt eller ulikt ut for de to fylkene (tab 1).

I tabell 1 har vi ikke tatt med omfan- get av såkalte «sosiale tilfelle» som trekker inn mot Oslo sentrum. Vi vet for lite om antallet og hvilke kommu- nale tjenester de belaster. Forskjellene i sosialt nettverk har vi heller ikke tatt med. De fleste vil vel mene at det fun- gerer bedre i Akershus enn i Oslo. Vi er ikke så sikre på en slik konklusjon i dag. Store deler av Akershus er nå do-

Tabell 1 Faktorer som påvirker tilbudet av helsetjenester til befolkningen i Oslo og Akershus

| Likheter | Ulikheter |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Klima | Andelen gamle størst i Oslo |
| Inntektsnivå og inntektsfordeling | Andelen enslige størst i Oslo |
| Yrkesstruktur | Andelen uføre størst i Oslo |
| Liten arbeidsløshet | Boligtettheten størst i Oslo |
| Boligareal pr. innbygger | Mange pendler fra Akershus til Oslo |
| Stor totalbefolkning | |
| Andelen enslige forsørgere | |

Tabell 2 Befolkningen i Oslo og Akershus i 1980 etter alder og kjønn. Antall uføre i 1978^{1,2}

| | Oslo | | Akershus | |
|-----------------|---------|---------|----------|---------|
| | Totalt | Prosent | Totalt | Prosent |
| I alt | 458 094 | 100,0 | 365 083 | 100,0 |
| 0-49 år | 279 824 | 61,1 | 269 516 | 73,8 |
| 50-69 år | 115 784 | 25,3 | 71 704 | 19,6 |
| ≤ 70 år kvinner | 41 413 | 9,0 | 13 737 | 3,8 |
| ≥ 70 år menn | 21 073 | 4,6 | 10 126 | 2,8 |
| Uføre | 27 098 | 5,9 | 16 020 | 4,4 |

¹Fra NOS - Framskrivning av folkemengden 1977-2010, LO77 (Lavt alternativ uten flytting)

²Fra RTV - Årsmelding og regnskap 1978

minert av innflyttere og nybyggerstrøk, en utvikling som fortsetter. Det er der- for ikke sikkert at forskjellen mellom fylkene er så stor på dette området.

Tabell 2 viser aldersstrukturen i de to fylkene. Oslo har en markert høyere andel eldre og middelaldrende. Tabell 3 viser at Oslo har flere enslige i alle aldersgrupper. Forskjellen er relativt størst i de yngre årsklassene. I Oslo bor 95% av de enslige over 70 år alene. Også denne andelen er noe høyere enn i Akershus.

Institusjonssenger. Tabell 4 viser til- budet av normerte institusjonssenger. Tallene i tredje linje har vi beregnet slik: Vi har først regnet ut hva forholdet mellom Oslo og Akershus skulle vært om begge brukte tjenester etter lands- gjennomsnittet. Så har vi satt Akershus som normen og brukt forholdstallet vi fant først, til å regne ut hva Oslo da skulle hatt av institusjonstjenester. Ta- bell 4 viser at Oslo har «for mange» sy- kehus- og sykehjemssenger, men «for få» senger i aldershjem og innen helse- vernet for psykisk utviklingshemmede og psykiatri som går under «andre sy- kehus og klinikker».

Tjenester utenfor institusjon. Tabell 5 viser en del tjenester utenfor institu- sjon. Tallene for legedekning er noe misvisende. Ikke minst Oslo har en stor gruppe spesialister som arbeider på

Tabell 3 Andel enslige i ulike alders- grupper 1977, prosent¹

| | Oslo | Akershus |
|-------------|------|----------|
| Totalt | 26,0 | 11,0 |
| under 20 år | 2,7 | 1,3 |
| 20-39 år | 28,9 | 11,5 |
| 40-69 år | 26,0 | 13,2 |
| 70-79 år | 54,9 | 45,9 |
| ≥ 80 år | 75,5 | 67,6 |

¹Fra NOS - Familiestatistikk 1977

heltid. Dessuten har sykehusansatte le- ger ulike former for deltidspolis, som spesialister og almenpraktikere. Totalt er det 176 almenpraktikere på heltid i Oslo, 99 spesialister på heltid og 212 al- menpraktikere og spesialister på deltid. Deltiden kan variere fra noen timer til en vesentlig bistilling. Når vi i tabell 5 bare har tatt med heltidspraktiserende almenpraktikere, er det fordi dette er det primærlegetilbudet som er tilgjen- gelig for alle. Det er likevel viktig å vite at Oslo har en stor legereserve, som til nå er forholdsvis dårlig organisert i for- hold til behovene i byens befolkning. Akershus har også en del deltidstjenes- ter. Omfanget vet vi ikke noe om, vi kan bare anta at det er noe mindre enn i Oslo.

Velferdssentrene er sosiale tilbud til de eldre. Tilbudet er et sted å være og har dessuten tjenester som aktivisering,

middagsservering og fot- og hårpleie. Kostnadene kan være forskjellige, avhengig av hvordan personalet blir betalt. Oslo kommune hadde et utlegg på 11,2 millioner kroner på sine 28 sentre i 1980. Hvis hele Akershus har samme utlegg pr. senter som Bærum kommune, vil utlegget til fylkets 18 sentre ligge rundt 10 millioner kroner. Oslo har planer om ytterligere 20 sentre, mens Bærum kommune med sine 7 sentre er ferdig utbygd. Hvordan situasjonen er i de andre Akershuskommunene, har vi ikke tall for.

Oversikt over tjenester for eldre. I tabell 6 har vi samlet de tjenestene

som er beregnet på de eldre, i Oslo og Akershus.

Tabell 6 har bare med husholdninger som får hjemmehjelp, fordi vi antar at de som får hjemmesykepleie i all hovedsak også får hjemmehjelp. For å unngå dobbelttelling og for at tabell 6 skal gi et inntrykk av hvor mange eldre som blir nådd med ulike tjenester, har vi ikke tatt med antall husholdninger som får hjemmesykepleie. Tabell 6 undervurderer forskjellen mellom Oslo og Akershus dersom vi ønsker å vite hvor mange eldre som nås med tjenester hvert år. Det er flere eldre som bor alene i Oslo enn i Akershus. Derfor omfatter en husholdning i Akershus

gjennomsnittlig flere personer enn i Oslo.

Det effektive tilbudet av sykehjemssenger er avhengig av liggetiden i disse. I Oslo blir ca. 1/3 av sykehjemssengene ledig hvert år på grunn av dødsfall. I tillegg har vi tatt med korttidssengene ved sykehjem. Hvis de blir benyttet etter forutsetningene (4 ukers liggetid), blir mellom 10 og 15% nye senger frigjort hvert år. Totalt gir dette en gjennomsnittlig liggetid i Oslos sykehjem på 2 1/2 år. I Akershus er liggetiden like over ett år. Omkring 7% av sengene blir frigjort ved at pasientene overføres til sykehus, mens 40% blir frigjort ved dødsfall. Resten blir frigjort ved at pasientene blir tilbakeført til hjemmet eller overført til et annet lavere omsorgsnivå. Ved en gjennomsnittlig liggetid på 2 1/2 år har Oslo hvert år et reelt tilbud av sykehjemssenger tilsvarende 3,3 senger pr. 100 av befolkningen på 70 år og eldre. Liggetiden ved somatiske sykehus er også lavest i Akershus (9, 3). Oslo forklarer den lange liggetiden med en streng utvelgelsesprosess. Siden andelen som dør hvert år er større i Akershus enn i Oslo, må vi imidlertid anta at den gjennomsnittlige pleiepasienten i Akershus ikke er friskere enn den i Oslo.

Kostnader. Den markerte forskjellen i tilbudsprofilen mellom Oslo og Akershus slår kraftig ut på kostnadene. I tillegg er hver enkelt tjeneste dyrere å drive i Oslo. Akershus har bare 77% av Oslos utlegg pr. seng i sykehus og 85% av Oslos utlegg pr. seng i sykehjem. I Oslo var utgiftene pr. innbygger til helseinstitusjoner, hjemmesykepleie, hjemmehjelp og husmorvikarer i 1979 5 100 kroner, mens en innbygger i Akershus slapp unna med 2 400 kroner.

Diskusjon

Engelskmennene var kanskje de første som oppdaget at etterspørselen etter helsetjenester ikke gjenspeiler behovet i befolkningen. Utbyggingen av deres nasjonale helsetjeneste førte ikke til en gradvis reduksjon av ventelistene. Det virket som om etterspørselen økte med en enhet for hver enhet tilbudet økte. Enkelte hevdet at det måtte gjelde en formel: $\text{Etterspørsel} = \text{Tilbud} + 10\%$ (2). På det grunnlaget mente de det var umulig å bygge seg ut av etterspørselspresset, og at køer således var noe man måtte leve med.

Har det vært et lignende forhold i Norge? Noe tyder på det. Siden 1950 er utgiftene til helsetjenester her i landet femdoblet (13) selv om vi tar hensyn til prisstigning og demografiske endringer. På tross av dette snakker vi i 1981

Tabell 4 Antall normerte senger i Oslo og Akershus i 1980 og hva Oslo skulle hatt om Akershus var normgivende. (Statlige sykehus ikke med i tallene fra Oslo)¹

| | Somatiske sykehus | Andre sykehus og klinikker | Somatiske sykehjem | Aldershjem |
|--|-------------------|----------------------------|--------------------|------------|
| Akershus | 1 241 | 2 081 | 1 632 | 653 |
| Oslo | 3 245 | 2 686 | 4 949 | 1 044 |
| Oslo hvis Akershus er norm «For mange» senger i Oslo | 1 852 | 3 153 | 3 627 | 1 625 |
| | 1 393 | - 467 | 1 322 | - 581 |

¹Fra Oslo kommune, Sykehusrådmannen, Budsjettforslag for 1981, Akershus Fylkeskommune, Sykehusdirektøren, Langtidsbudsjettet 1981-84. Ot.prp. nr. 1 (1978-79)

Tabell 5 Primær helse- og sosialtjeneste i Oslo og Akershus¹

| | Oslo | Akershus |
|---|--------------------|--------------------|
| Innbyggere pr. heltids almenpraktiker | 3 300 ² | 2 122 ³ |
| Timer hjemmehjelp pr. innbygger 70 år og eldre pr. år | 24,0 | 36,9 |
| Timer hjemmesykepleie pr. innbygger 70 år og eldre pr. år | 2,4 | 7,9 |
| Antall 70 år og eldre pr. velferdssenter, 1979 | 1 440 | 1 330 |

¹Opplysninger fra fylkeslegen i Akershus og Helsrerådet i Oslo. Skriv fra Oslo kommune, Kontoret for eldreomsorg, 1. april 1981, Sosialstatistikk 1979

²Pr. 1/3 1981

³Pr. juli 1981

Tabell 6 Tilbud pr. 100 av befolkningen på 70 år og eldre i Oslo og Akershus 1980¹

| | Oslo | Akershus |
|--|------|----------|
| Somatiske sykehus ² | 2,3 | 1,1 |
| Somatiske sykehjem | 8,2 | 6,8 |
| Aldershjem | 1,7 | 2,6 |
| Sum institusjonsplasser | 12,2 | 10,5 |
| Husholdninger nådd med hjelp i hjemmet | 14,8 | 22,7 |

¹Fra fylkeskommunale budsjetter, NOS: Sosialstatistikk 1977

²Ved utregning av sykesenger har vi tatt hensyn til at forbruket øker med alderen og forutsatt at det er en lineær sammenheng mellom andelen eldre og andelen sykehussenger som blir brukt av dem (1)

om en krise i helsevesenet. Noe av økningen er spist opp av kortere arbeidstid. Et annet forhold er den reduksjonen som har funnet sted i det arbeid familiemedlemmer og naboer gjør for hverandre. Likevel har det, selv med disse korrigeringsene, funnet sted en formidabel vekst. Siden det økte etterspørselspresset er en realitet, tyder det på at formelen foran kan gjelde også i Norge. Et litt naivt eksempel kan vise mekanismen: I 1960 ble 384 000 pasienter behandlet ved alminnelige sykehus her i landet (7). I 1977 var tallet steget til 627 000 (8). Tar vi formelen foran bokstavelig, skulle ventelistene i dette tidsrommet ha økt til nesten det dobbelte. Kan så sammenligningen mellom Oslo og Akershus si oss noe mer om hvilke mekanismer som eventuelt ligger bak denne formelen?

Vårt utgangspunkt er at det er et større press på helsetjenestetilbudet i Oslo enn i Akershus. Grunnlaget for dette standpunktet er et generelt inntrykk gjennom avislesning, og at beleggprosenten ved Oslo-sykehusene ligger godt over den i Akershus. For Aker og Ullevål sykehus var beleggprosenten henholdsvis 109,9 og 89,4% i 1979 (9), mens den i Akershus-sykehusene i 1978 var 81,4% (3). I det siste har Stensby sykehus i Akershus måttet sende ut forespørsel etter flere pasienter både til indremedisinsk og kirurgisk avdeling. Vi tror det er tre forhold som ligger til grunn for det større presset i Oslo.

Balansen i tilbudet av helsetjenester er bedre i Akershus. Kjø foran et tilbud kan komme av at det tilbudet kjøstærne egentlig ønsker, ikke eksisterer. Det er vanlig å begrunne Oslos store forbruk med at byen har så mange særegne storbyproblemer. Familiene er splittet opp, mange bor alene, bostandarden er dårlig, spesielt for de eldre. Argumentene kan være gode nok, men det er tvilsomt om sykehus og sykehjem er løsningen på dem. Det har lenge vært en «sannhet» at Oslo har for lav dekning av sykehjemsplasser. Våre tall viser at Oslo ligger langt bedre an enn Akershus på dette området, selv når vi korrigerer for en eldre befolkning. Likevel er liggetiden 2½ gang så lang ved sykehjemmene i Oslo. Den store forskjellen til fordel for Akershus, finner vi på sektoren for hjelp i hjemmene. Mye tyder på at Akershus når flere eldre med sitt tilbud og samtidig bruker mindre ressurser på det. Egentlig skulle forholdene i Oslo ligge bedre til rette for å skape en riktig balanse i tjenestetilbudet. Oslo er både fylke og kommune. Det betyr at samme ledelse rår over

helse-, sosial- og boligsektoren. Overføringer mellom sektorene skulle derfor være lettere enn i Akershus. Oslos befolkning bor tettere, og det er innenfor små områder store variasjoner i boligens utforming. Muligheten for å organisere et gunstig bomønster og et effektivt hjemmehjelpstilbud skulle være bedre enn i et område der befolkningen bor mer spredt.

Saken skulle etter dette synes klar. Ved å bygge ut de mer primære tjenestene og rette opp boligsituasjonen for de eldre, skulle presset på helseinstitusjonene i Oslo gå ned. De to gjenstående årsaksforholdene vil forklare hvorfor dette ikke nødvendigvis vil skje.

Gratis helsetjenester gjør at det er ventelistene som regulerer forbruket. Med gratis mener vi at pasientene stort sett slipper å betale for de tjenestene de bruker. Dette er ikke helt korrekt, men ser vi den private betalingen i forhold til de totale utgiftene, er det slik vårt helsesystem fungerer. Siden det ikke er en ubegrenset tilgang på helsetjenester, må tjenestene rasjoneres på annet vis. Hos oss skjer det ved hjelp av ventelistene. Om pasienten anser disse listene for en høy eller lav pris, avhenger av hvordan pasienten verdsetter tid. Storfbrukerne av helsetjenester, de gamle og uføre, disponerer mye tid. For dem er kostnaden ved å stå i kø liten. For yrkesaktive er det annerledes. De ville kanskje foretrukket å betale noe ekstra for å kunne hoppe over køen. Vi må derfor vente at en utbygging av tjenestene i første rekke vil øke forbruket til dem som allerede er brukere. Populært kan vi si at de vil stille seg i flere køer. En engelsk undersøkelse fant ut at 80% av dem som sto på venteliste ikke opplevde noe ubehag av den grunn (11). En finsk undersøkelse underbygger denne hypotesen (5). Den har funnet at når helsetjenestetilbudet øker, er det de som allerede er innenfor systemet som bruker det mer. Andelen av befolkningen som oppsøker helsevesenet, holder seg noenlunde konstant.

Tilbud skaper sin egen etterspørsel. For det første må en person kjenne et tilbud før vedkommende kan avgjøre om det dekker et behov. Bæreposen av plast kom ikke fordi folk krevde slike poser, men de kjøv fort alle andre bager og vesker til side. Når man har gått og hanglet med forkjølelse i en uke, vil avstanden til legekantoret og ventetiden hos legen bety mye for hvorvidt lege blir oppsøkt eller ikke. Åreknuter er det siste eksemplet. I bysentra er veien til sykehuset kort, og det er kjent

at slike knuter kan opereres bort. I landdistrikter er et slikt tilbud mindre kjent og vanskeligere tilgjengelig. Operasjonsfrekvensen er derfor større i byer enn i landdistrikter.

For det andre vil de som tilbyr tjenester kanalisere folks etterspørsel i retning av deres tilbud. Det skyldes tre forhold:

- Faglig overbevisning om at deres tilbud er bra og nødvendig
- En frykt for at liten etterspørsel vil true arbeidsplassene deres
- Liten fantasi til å finne frem til nye behandlingsformer.

Konklusjonen er at tilbud som til enhver tid eksisterer, vil bli brukt, og det er usikkert om etterspørselspresset vil avta om alternative tjenester blir bygget ut. Teoretisk sett finnes det nok en terskel for utbyggingen av de primære helsetjenestene. Beveger vi oss over den, vil presset på institusjonstjenestene avta. Spørsmålet er hvor vi i praksis finner denne terskelen. Jakten på en slik terskel kan fortone seg som jakten på enden av en regnbue. Vi tror at effekten av tilnærmet gratis helsetjenester og tilbudets evne til å skape etterspørsel, er så stor at vi ikke vil ha råd til å lete opp denne terskel.

Konklusjon

Vår påstand er at Akershus for halve prisen har et bedre tilbud av helsetjenester enn Oslo, først og fremst fordi det er bedre balanse mellom institusjonstjenestene og primære helsetjenester. Når denne balansen skal vurderes, må man se på hele helsetjenestetilbudet. Man kommer feil ut om man stirrer seg blind på køene fra sykehus til sykehjem, og sier at det er sykehjemsplasser vi mangler. Vi har tro på utbygging av det primære helsevesenet, men tror ikke at en slik utbygging nødvendigvis vil lette presset på institusjonene. Vi tror de ansvarlige for helsestellet må foreta to avveininger.

For det første må de bestemme seg for hvor store ressurser de vil satse på helsevesenet totalt, og deretter bestemme seg for hvilken balanse de vil ha mellom de forskjellige tjenestetilbud. For Oslos vedkommende vil det bety en kraftig reduksjon av antall institusjonssenger. Vi tror en slik nedbygging vil bedre tilbudet av helsetjenester for Oslos befolkning, om det samtidig blir bygd opp primære helse- og sosialtilbud. Vi tror det er galt å fokusere på å opprettholde sykehusavdelinger. Den marginale helseeffekten av at Aker Sykehus går med 10% overbelegg, vil vi anta like gjerne er negativ som positiv.

I arbeidet med å finne en riktig balanse i helsetjenestetilbudet, er det riktig å være spesielt varsom med vurderinger av ventelister og deres lengde. Lengden av en venteliste er påvirket av minst fem faktorer: Den er uttrykk for et reelt behov, de som arbeider i den aktuelle tjenesten er tjent med en viss lengde på ventelisten, enkelte av køstærne ville primært ha ønsket seg et annet tilbud, enkelte står der som en forsikring ifall de skulle få behov for vedkommende tjeneste, og til sist – vårt helsestell forutsetter køer.

Litteratur

1. Christensen, G. & Dalgaard, O. Z.: De ældres andel i den somatiske sygehusbehandling i Københavns kom-

mune fremskrevet fra 1977 til 1982. Ugeskr Læger 1981, 21, 1353-1356.

2. Cooper, M. H.: Rationing Health Care. Croom Helm, London 1975.

3. Direktøren for Akershus sykehusstell. Melding om virksomheten 1978 – Del 1.

4. Gjørup, S.: Elementære livsfunksjoner hos akut indlagte medicinske pasienter i hovedstadsområdet. Ugeskr Læger 1979, 31, 2142.

5. Kekki, P.: Analysis of relationships between resources and use of health services in Finland. Publications of the social insurance institution, Finland. Helsinki 1979.

6. Lorentsen, E., Slaastad, R. A. & Bye, A.: Analyse av 200 pasienter fortløpende innlagt i en ordinær indremedisinsk avdeling i hovedstadsområdet. Tidsskr Nor Lægeforen 1981, 101, 767-772.

7. Sunnhetstilstanden og medisinalforholdene. NOS 1960.

8. Sykehusstatistikk. NOS 1977.

9. Oslo kommune, Sykehusrådmannen, Budsjettforslag for 1981.

10. Ot.prp. nr. 1 (1978-79): Om lov om endringer i lov av 19. juni 1969 om sykehus m.v. og i andre lover, i forbindelse med forslag om ny finansieringsordning for helseinstitusjoner.

11. Royal Commission on the National Health Services: Report, London 1979.

12. Stortingsmelding nr. 9 (1974-75), Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen.

13. Waaler, H. Th., Hjort, P. F. & Grund, J.: Helseøkonomi – Venn eller fiende for helsetjenesten? Tidsskr Nor Lægeforen 1977, 97, 1370-1376.

The supply and use of health services – what can we learn from the difference between the counties of Oslo and Akershus?

*Tarald Rohde, cand. oecon., and
Peter F. Hjort, MD*

The counties of Oslo and Akershus are neighbours. They are similar, except that Oslo has twice as many old people as Akershus – 13.6 vs. 6.6% of the population is 70 years or older.

The health services are different in the two counties. Oslo has many more beds in hospitals and nursing homes, but less developed home services. Per capita, Oslo pays twice as much as Akershus for its health services.

We conclude that waiting lists are an unreliable guide for a health plan. It is not possible to solve the «crisis» in the health service by an ever increasing number of beds. The health plan must be based on an optimum mix of all services, included social services.