



Kommentar

Debattinnlegg på inntil 800 ord sendes til
tidsskriftet@legeforeningen.no

Har sykehusene for få pasienter?

Det er tidligere blitt påvist at økningen i aktiviteten ved poliklinikkene kan skyldes at den samme pasienten er blitt kontrollert flere ganger, fremfor at nye pasienter er blitt behandlet fra ventelistene. Nylig er det fra Norsk Pasientregister/SINTEF Unimed blitt hevdet at dette ikke medfører riktighet. En gjennomgang av artikkelen der dette hevdes, viser imidlertid at man delvis har misforstått begrepet omsorgsperioder og at den rutinemessige kvalitetssikringen av de innrapporterte sykehusdata har ekskludert mellom 10–20 % av de pasientene som ble behandlet. Konklusjonen er derfor ikke holdbar. Flere sykehus bør analysere utviklingen i pasientprofil og aktivitetsprofil for å skaffe et bredere grunnlag for nasjonale strategier og prioriteringer.

Problemstillingene vedrørende ressurstilførsel og aktivitetsutvikling i våre sykehus er kanskje blant de viktigste oppgavene helsevesenet står overfor. Etter at det ble påvist at en stor del av aktivitetsøkningen ved poliklinikkene ved St. Olavs Hospital skyldtes økte kontroller fremfor økt behandling av nye pasienter (1, 2), har det kommet en rekke tilbakemeldinger på at dette er en utvikling mange kjenner igjen. Imidlertid er det hittil ikke blitt publisert noen tilsvarende bred undersøkelse fra andre sykehus. Dette bidrar til at disse problemstillingene og tolkingen av dataene fortsatt blir hengende litt i luften.

Dataene som ble presentert av Jon Magnussen og medarbeidere ved SINTEF Unimed i Tidsskriftet nr. 2/2003 (3) er nødvendige bidrag i denne debatten. Som

påvist nedenfor har imidlertid arbeidet klare vitenskapelige svakheter. Det svekkes dessuten ved at man fremhever og diskuterer medienes tolking av de tidligere presenterte forskningsresultatene (2) i nesten større grad enn resultatet av de tidligere studiene.

Magnussen og medarbeidere tar i sitt arbeid utgangspunkt i to problemstillinger som de prøver å motbevise, nemlig at det behandles stadig færre nye pasienter ved sengeavdelingene, og at det utføres stadig flere kontroller av pasientene på poliklinikkene.

Behandles det færre pasienter i sengeavdelingene?

Dette er en problemstilling som faktisk ikke ble vurdert ved gjennomgangen av utviklingen ved St. Olavs Hospital (2, 4). På grunnlag av de dataene, som var registrert lokalt ved sykehuset, var det nemlig ikke mulig å gjøre en tilsvarende undersøkelse for sengeavdelingene som den som ble gjort ved poliklinikkene, dvs. forholdet mellom primærinntak (nyhenviste) og reinnleggelser (kontroller). Imidlertid viste tallene at økningen i antall pasienter lagt inn som øyeblikkelig hjelp i 1996–2000 faktisk var mindre enn befolkningstilveksten i den samme perioden. I den generelle diskusjonen av alle dataene ble det også referert til tall som SINTEF Unimed tidligere selv hadde publisert (5), der det ble påpekt at det i 1999–2000 på landsbasis var en 1,8 % økning i antall innleggelser i sykehusene, mens antall pasienter (enkeltindivider) som ble lagt inn, bare økte med 0,3 %. Dette er prinsipielt den samme utvikling som ved poliklinikkene ved St. Olavs Hospital.

I tillegg foreligger det en feiltolking og/eller misforståelse av tidligere data. Magnussen og medarbeidere skriver at det ble påvist en 55,1 % nedgang i «nye» elektive pasienter, mens de finner en 13 % vekst uten å gi nærmere beskrivelse av hva de egentlig mener (pasientgruppe) eller har beregnet. Tallene fra St. Olavs Hospital gjaldt imidlertid nye mottatte søknader (omsorgsperioder), altså ikke pasienter. Det



Hovedbudskap

- Den rutinemessige kvalitetskontrollen av sykehusdata ved Norsk Pasientregister/SINTEF Unimed fjerner 10–20 % av konsultasjonene ved poliklinikkene før de analyseres
- Analysene kan derfor ha alvorlige feil når det gjelder forholdet mellom nyhenviste pasienter og kontrollpasienter
- Utviklingen i aktivitet og aktivitetsprofil ved sykehusene vurderes best på grunnlag av sykehusenes egne data

var, som tidligere nevnt, ikke mulig å trekke den konklusjonen at antallet nye innleggelser også gikk ned, og den konklusjonen ble heller ikke trukket.

Utføres det stadig flere pasientkontroller?

Denne problemstillingen er altså den eneste av de to som Magnussen og medarbeidere nevner, som kan sammenliknes. De konkluderer altså med at antall polikliniske konsultasjoner per pasient ved St. Olavs Hospital er uendret fra 1996 til 2001, og at aktivitetsøkningen ved sykehusets poliklinikk ikke kan forklares gjennom økt antall kontroller.

I gjennomgangen av dataene fra St. Olavs Hospital (2) ble det imidlertid funnet at en stor del av økningen i pasientbehandlingen ved poliklinikkene i perioden 1996–2000 kunne forklares ved at det hadde vært en betydelig økning i antall kontrollpasienter, mens det som poliklinikkene registrerte som antall «nyhenviste pasienter» hadde vist en liten nedgang. Samtidig viste tallene at dette samsvarte med at sykehuset i den samme tidsperioden hadde sett en omtrent tilsvarende årlig nedgang i antall pasienter registrert som nyhenviste til sykehuset, såkalte nye omsorgsperioder (2, 4). Det ble også funnet klare forskjeller mellom avdelingene.

Hvorfor passer ikke resultatene fra SINTEF Unimed?

Tilsynelatende står konklusjonen som SINTEF Unimed nå presenterer (3), i sterk kontrast til den som fremkommer ved analyse av sykehusets egne data (2). Men Magnussen og medarbeidere presenterer i sin analyse nesten ingen av de aktivitets-typene (pasientgruppene) som er blitt analysert og diskutert i den tidligere studien (2). En sammenlikning mellom disse to studiene blir derfor i utgangspunktet som å sammenlikne hvordan eplene fordeler seg i én kasse og pærene i en annen. Dessuten, for den eneste aktivitetsgruppen som er definert likt i de to studiene, og derfor burde være sammenliknbare, nemlig «polikliniske konsultasjoner», avviker grunnlagstallene som SINTEF Unimed bruker, sterkt fra sykehusets egne tall. Dette fremgår tydelig av tabell 1.

I de opprinnelige publikasjonene (1, 2) ble det oppgitt tall hentet fra sykehusets årsrapport for poliklinisk aktivitet ved sykehuset gjennom hele perioden 1996–2000. Magnussen og medarbeidere har analysert perioden 1996–2001. Tallene som SINTEF Unimed legger til grunn, er vesentlig lavere enn sykehusets egne tall (tab 1), og de gjenspeiler heller ikke den økningen i antall polikliniske konsultasjoner som sykehuset vitterlig hadde. Det er overraskende at Magnussen og medarbeidere i sin artikkel ikke kommenterer denne betydelige forskjellen i tallmaterialet og ikke diskuterer om dette avviket kan være forklaring på at de kommer til andre resultater.

I sin diskusjon av forskjellene i resultater trekker de derimot frem to forklaringer, nemlig feil i ventelisteregistreringen og gal registrering av konsultasjonstype. Den første forklaringen er ikke holdbar. Pasienten får nemlig ikke en ny omsorgsperiode ved skifte av behandlingsnivå f.eks. fra poliklinikk til innleggelse, slik de hevder. Man kan faktisk ha flere ventelister i samme omsorgsperiode (4 % av pasientene ved St. Olavs Hospital hadde det (2)), men man kan ikke ha flere omsorgsperioder på samme venteliste. Ventelistesituasjonen har da heller ikke vært noe sentralt punkt i de tidligere analysene. Når det gjelder muligheter for feil i registrering av pasienter, peker Magnussen og medarbeidere på et sentralt punkt. Som tidligere vist rammer imidlertid dette argumentet deres egen studie med full tyngde. En analyse basert på et materiale der 10–20 % av pasientkontaktene er ekskludert (tab 1), kan umulig gi riktige resultater.

Hvorfor er tallene fra SINTEF Unimed så gale?

Magnussen og medarbeidere burde ha diskutert grundigere om de store avvikene mellom deres egne og sykehusets grunn-

Tabell 1 Antall polikliniske konsultasjoner ved St. Olavs Hospital i 1996 og i 2001. Tabellen viser grunnlagstall brukt av Magnussen og medarbeidere (3) og tall fra sykehusets årsrapporter for beregning av aktivitetsutvikling ved sykehuset

Tallgrunnlag	1996	2001	Endring (%)
Magnussen og medarbeidere (3)	210 129	225 842	+7,5
St. Olavs Hospital	237 479	280 042	+17,9
Forskjell (%)	10,5	19,4	58,1

lagstall kan være relatert til hvordan Norsk Pasientregister (SINTEF Unimed) behandler de tallene som sykehusene rapporterer. Som de selv påpeker (3) anser Norsk Pasientregister at sykehusenes rådata er av svært variabel kvalitet. De blir derfor ikke godtatt uten videre, men blir gjenstand for kvalitetssikring og videreføring (F. Krogh, SINTEF Unimed, personlig meddelelse), der rapporterte pasientkon-

- takter ekskluderes etter følgende kriterier:
- Registrering som ikke har gyldig verdi for omsorgsnivå (felt 7), dvs. de har verdi blank, verdier ulik 1, 2 eller 3
 - Registrering som har blank verdi i avviklingsmåte (felt 18)
 - Registrering som har ugyldig status (felt 19), dvs. de har verdi ulik 1 og 2
 - Registrering som har avdeling lik medisinske serviceavdelinger * Avdeling (felt 2) større enn 7 999
 - Registrering som har avdeling lik rene fødeavdelinger * Avdeling (felt 2) større eller lik 2 600 og samtidig mindre eller lik 2 699.
 - Registrering som har ugyldig alder * Alder (felt 6) mindre enn 0 eller større enn 115 og samtidig er ulik 999 (= mangler alder)
 - Registrering som har blank nyhenvisningsdato eller ansiennitetsdato
 - Nyhenvisningsdato (felt 15) er blank og «mottatt fra annet sykehus»-feltet (felt 14) har verdi 2 (= nei)
 - Ansiennitetsdato (felt 17) er blank og «mottatt fra annet sykehus»-feltet (felt 14) har verdi 1 (= ja)
 - Registrering som har blank avviklingsdato
 - Avviklingsdato (felt 20) er blank og status lik 2 (felt 19)
 - Registrering som har ventetid mindre enn to dager

Magnussen og medarbeidere har i sin studie ikke redegjort for hvor mange pasientkon-

takter mellom 27 350 pasienter (1996) og 54 200 (2001) pasientkontakter som er holdt utenfor i analysen. De pasientene som enten har «ugyldig alder» eller mangler «ansiennitetsdato», enn si «avviklingsdato», har vitterlig vært pasienter ved sykehuset, enten Norsk Pasientregister har godtatt det eller ei. Dette understreker at man i slike undersøkelser og sammenlikninger skal være meget forsiktig med å korrigere og vekte råttall. Riktignok er heller ikke råttall alltid pålitelige, men kvalitetssikring og videreføring av grunnlagstallene kan faktisk føre til enda større feiltolkninger, som også påvist i annen sammenheng (6).

Er sykehusene ineffektive?

Magnussen og medarbeidere tar også feil når de påstår at tidligere undersøkelser har vist at «det stadig behandles færre nye pasienter ved sengeavdelingen». Også i råttallene fra St. Olavs Hospital er det en jevn økning i antall innleggelser (1, 2). Imidlertid står denne økningen ikke i forhold til økningen i stillinger. Når det er blitt stilt spørsmål ved sykehusenes effektivitet, er det på grunnlag av det faktum at i den aktuelle perioden utførte hver enkelt helsearbeider stadig mindre pasientarbeid til en stadig økende kostnad (4). Magnussen og medarbeidere presenterer selv ingen data som rokker ved den konklusjonen.

Hvor står vi nå?

Inntil det foreligger flere studier over utviklingen ved flere sykehus og avdelinger, er det ingen grunn til å tro at de konklusjonene som opprinnelig ble trukket på grunnlag av data fra St. Olavs Hospital, er gale (1, 2, 4). Det er imidlertid viktig at flere sykehus og avdelinger gjennomfører liknende analyser av sin egen aktivitet som de som er utført ved St. Olavs Hospital. Jeg er derfor enig med Magnussen og medarbeidere i at det snarest må åpnes opp for at sykehusene får anledning til å registrere personnummer for pasientkontaktene. Dette er viktig for å kunne få pålitelig statistikk over utviklingen i pasientprofil og aktivitetsprofil. Slike data vil også kunne brukes til å definere pasientgrupper som er storforbrukere av helsevesenet, bl.a. med tanke på å kunne gi disse et bedre tilbud og å identifisere grupper som kan være underforbrukere av de samme tjenestene.

Hvilken hypotese bør ligge til grunn?

Ett forhold ved denne problemstillingen har Magnussen og medarbeidere ikke diskutert. Er det virkelig grunn til å tro at det hvert år er stadig flere nordmenn som blir så syke at de må være i årlig kontakt med sykehusvesenet, slik at vi til sjuende og sist blir sykehuspasienter hvert år alle sammen? Er det kanskje heller slik at utviklingen i samfunnet og folks livsstil gradvis fører til en generelt sunnere befolkning, som i større

grad får dekket sine medisinske behov hos fastlegen eller ved egenbehandling og alternativ medisin? Dette vil kunne frigjøre ressurser, slik at de som trenger sykehuskontakt og spesialisthelsetjeneste lettere vil kunne få dette uten å vente altfor lenge og få hyppigere kontroller om det er ønskelig. Min arbeidshypotese er det siste, og utviklingen ved St. Olavs Hospital og tidligere tall fra SINTEF Unimed peker også i den retningen.

Dag Bratlid

dag.bratlid@medisin.ntnu.no
St. Olavs Hospital
7006 Trondheim

Litteratur

1. Bratlid D. Personellressurser og pasientbehandling ved et regionsykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3021–6.
2. Bratlid D. Pasienttilgang og pasientbehandling ved et regionsykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 386–91.
3. Magnussen J, Petersen SØ, Kiviluoto L. Har sykehusene for få pasienter? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 209–10.
4. Bratlid D. Har sykehusene for få pasienter? En kritisk gjennomgang av ressursbruk og pasientbehandling ved norske sykehus. Økonomisk Forum 2002; 56: 32–7.
5. Hansen FF, red. Sykehussektoren på 90-tallet. Sterk vekst – stabile fylkesvise forskjeller. Samdata sykehus NIS-rapport 1/00. Trondheim: SINTEF Unimed NIS Samdata, 2000.
6. Bratlid D. Dødelighet i norske sykehus – en kritisk kommentar. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3329–32.



Brev til redaktøren

Kommentarer på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes til tidsskriftet@legeforeningen.no

Sengebehovet i medisinske avdelinger

Tidsskriftet har hatt en interessant diskusjon omkring sengebehovet i medisinske avdelinger (1–3). Det er gledelig at det nå omsider synes å være en økende forståelse for at sengetallet i de medisinske avdelingene må opp. Ved St. Olavs Hospital har legestillingene og sykepleierstillingene økt med hhv. 37 % og 30 % fra 1995 til 2001, samtidig som sengetallet er blitt redusert med 2 % (4). Forutsatt at pasienttyngden ikke har endret seg, skulle man i 2001 ha kunnet dekke legetjenesten for 1 089 innlagte pasienter, mens det gjennomsnittlige belegget bare var 793 pasienter. Når sykehuset i 2001 likevel bare hadde 939 normerte senger og totalt 308 751 disponible sengedøgn (gjennomsnittlig 846 senger), sier det seg selv at beleggsprosenten ved de mest pressede avdelinger må bli høy, og at det blir mange korridorpasienter.

Nå er det ikke primært antallet innleggelser som er av betydning for dette behovet (2), men snarere den økningen i liggedøgn som denne økningen eventuelt fører med seg. Ved St. Olavs Hospital har antall innleggelser de siste ti årene økt med 35,5 %. Fra 1999 til 2001 har imidlertid antallet liggedøgn (behov for senger) faktisk gått ned. Overbelegget på årsbasis skyldes særlig manglende utnyttning av eksisterende sengerressurser under ferieavvikling og høytider. Dette viser at det ikke er noen direkte sammenheng mellom økningen i antall innleggelser og behovet for senger, bl.a. fordi antallet korridorpasienter er vel så avhengig av hvor effektivt vi klarer å få pasientene gjennom behandlingsforløpet.

På den annen side ville det kunne bedre kvaliteten på behandlingen og kanskje også den medisinske effektiviteten, dersom liggetiden var mer «romslig». Antakelig brukes det uforholdsmessig mye ressurser på å administrere pasientene i en overfylt avdeling. Slike ressurser kunne vært brukt på behandling av et større antall pasienter, dersom disse pasientene hadde ligget i en avdeling med et sengetall som gav et normalt belegg. Ikke minst fordi svært mange pasienter i en indremedisinsk avdeling er gamle med sammensatte lidelser og lengre tilhelingsprosess (1), kan dette være et viktig kvalitetsforbedrende tiltak. Det er vel bl.a. ut fra slike vurderinger at man har ansett en beleggsprosent på 85 som optimal

i en avdeling med mye øyeblikkelig hjelp. Samtidig ville en slik økning i liggetiden representere en minimal kostnadsøkning.

Dag Bratlid

Trondheim

Litteratur

1. Wyller TB. Sengebehov og tallakrobatikk. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2591.
2. Friis P. Sengebehovet i medisinske avdelinger. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 81–2.
3. Wyller TB. Sengebehovet i medisinske avdelinger. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 82.
4. Bratlid D. Har sykehusene for få pasienter? En kritisk gjennomgang av ressursbruk og pasientbehandling ved norske sykehus. Økonomisk Forum 2002; 56: 32–7.

Ultralyd – en historisk anekdote

Etter flere innlegg i avisene om ultralyd, husket jeg en historie fra 1960-årene.

I årene 1964–66 arbeidet jeg ved barnekirurgisk avdeling ved The Children's Hospital i Boston. Der hadde de nylig anskaffet et ultralydapparat. Selv om bildene var temmelig uskarpe, klarte jeg å fremstille hjernesvulster, blødninger i hjernen og vannhode hos barn. Jeg skrev et manuskript om mine funn, og etter at den svenske nevrokirurgen L. Leksell i 1955 publiserte sin artikkel «Echo-encephalography I. Detection of intracranial complications following head injury» i *Acta Chirurgica Scandinavica* (1), tenkte jeg det var passende at mitt arbeid kunne bli utgitt i det samme tidsskriftet. Jeg sendte det derfor til en professor ved nevrokirurgisk avdeling, Rigshospitalet i København.

Til min store forbauselse ble min artikkel refusert med følgende begrunnelse: «Ultralyd vil aldri bli aktuell undersøkelsesmetodikk i medisinen!» Hvor feil kunne han ta!

Nå fikk jeg artikkelen utgitt i tidsskriftet *Neurology* (2). Arbeidet var for øvrig det første som beskrev ultralyd hos barn med vannhode.

Det er ikke første gang en såkalt kapasitet innen medisinen har tatt feil.

Karl H. Hovind

Asker

Litteratur

1. Leksell LG. Echo-encephalography I. Detection of intracranial complications following head injury. *Acta Chir Scand* 1955; 110: 301.
2. Hovind KH, Galicich JH, Matson DD. Normal and pathological intracranial anatomy revealed by two-dimensional echoencephalography. *Neurology* 1967; 17: 253–62.