

Pasienttilgang og pasientbehandling ved et regionsykehus

På grunnlag av data fra årsrapportene fra Regionsykehuset i Trondheim (nå St. Olavs Hospital) for perioden 1996–2000, samt registrerte nye omsorgsperioder i henhold til ventelisteregistreringen for den samme perioden, ble det foretatt en analyse av utviklingen i antall behandlede pasienter i relasjon til pasienttilgangen.

Undersøkelsen viser at sykehuset som helhet har hatt en økning i både innleggelser og polikliniske konsultasjoner. Imidlertid har pasienttilgangen ut fra registrerte nye omsorgsperioder som helhet falt med 15,1 %, for innleggelser med 44,4 % og for polikliniske konsultasjoner med 11,4 %. Parallelt med dette har det for sykehuset som helhet vært en nedgang i nyhenviste pasienter ved poliklinikkene på 1,2 %, mens antall kontrollpasienter har økt med 27,1 %. Volumøkningen ved poliklinikkene kan derfor i sin helhet tilskrives at pasientene kontrolleres oftere enn tidligere.

Undersøkelsen viser at pasienttilgang (markedets størrelse) ikke nødvendigvis er ubegrenset, og begrensninger i pasientgrunnet kan være av større betydning for aktiviteten ved sykehusene enn det man tidligere har antatt. Dessuten kan undersøkelsen tyde på at en av årsakene til at ventelistene ikke reduseres selv om ressursene og antall konsultasjoner øker, kan være at hyppigere kontroller av pasienter som allerede er innenfor systemet prioriteres fremfor det å ta imot nyhenviste pasienter.

I en tidligere artikkel (1) ble det pekt på det misforhold det er mellom den betydelige ressurstilførselen helsevesenet har fått i de senere år og de relativt stabile tall man har sett for pasientbehandling, med en beskjeden økning i antall behandlede pasienter og en relativt stabil ventelistesituasjon. En analyse av forholdene ved Regionsykehuset i Trondheim viste imidlertid at det heller ikke på dette punkt er riktig å generalisere (1). Selv om sykehuset totalt sett passet inn i den generelle nasjonale trend, var det til dels store forskjeller mellom de forskjellige avde-

Dag Bratlid

dag.bratlid@medisin.ntnu.no

Barneklubben

St. Olavs Hospital

7006 Trondheim

og

Senter for helseadministrasjon

Universitetet i Oslo

Bratlid D.

Patient referral and patient volume in a large regional hospital.

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 386–91.

Background. A general trend in health care is the increasing discrepancy between resources available and the volume of patients treated. Few studies have looked at a reduction in patient referral as a possible explanation for this situation.

Material and methods. The volume of hospital admissions and outpatient care 1996 through 2000 at a large regional hospital was related to the number of referrals over the same period.

Results. There was an overall increase in patient admissions as well as in outpatient care during the study period. However, while the number of new referrals seen as outpatients dropped by 1.2 %, the number of patients in for controls increased by 27.1 %. While some departments had an increase in both admissions and new outpatients, other departments had a dramatic decrease in new patient contacts but total patient volume was maintained by a comparable increase in control consultations. At the same time, there was a 15.1 % overall drop in new patient referrals (new referrals for admissions down 44.4 %, new referrals for outpatient care down 11.4 %), in some departments even more.

Interpretation. The study shows that patient demand for hospital care is not unlimited and should also be considered when more resources allocated to hospitals do not result in increased patient volume.

☞ Se også side 362

lingene. Noen avdelinger hadde til tross for liten ressursøkning betydelig økning i antall behandlede pasienter, andre avdelinger hadde et godt samsvar mellom ressursøkning og aktivitetsøkning, mens atter andre avdelinger hadde en betydelig nedgang i antall behandlede pasienter til tross for betydelig økning i ressurser. I artikkelen ble det diskutert flere mulige forklaringer både på den generelle nasjonale trend og på forskjellene mellom avdelingene. Et felles forklarende element lot seg imidlertid ikke påvise, selv om det ble understreket at makroanalyser neppe er tjenlige til et slikt formål.

I de tallrike diskusjoner omkring situasjonen i helsevesenet er det ett element som i liten grad har vært trukket med i diskusjonen, nemlig pasienten, eller rettere sagt pasienttilgangen. I diskusjonen omkring forholdene i helsevesenet tas det som en selvfølge at behovet for helsetjenester i befolkningen nærmest er ubegrenset, ikke minst fordi de medisinske og teknologiske nyvinningene i seg selv oppfattes som en viktig drivkraft i etterspørselen etter helsetjenester. Dette kan meget vel være riktig, men påstanden er i liten grad dokumentert.

Når en vanlig bedrift ikke klarer å øke omsetningen selv om den ansetter flere produksjonsarbeidere og moderniserer produksjonslokalene og teknologien, kan en av grunnene til dette være at markedet for bedriftens produkter faktisk ikke er stort nok. Det er ingen grunn til å tro at ikke det samme også kan være tilfellet innen helsevesenet. Kan det derfor tenkes at mangel på pasienter som etterspør sykehusets eller avdelingens tjenester er en av grunnene til at ressursøkning likevel ikke medfører en tilsvarende økning i pasientbehandlingen?

I 1991 ble det innført et nasjonalt system for registrering av ventelister ved landets sykehus. De fleste sykehus hadde også tidligere ført ventelister, men dette ble nå satt i et ensartet og detaljert system som senere dannede grunnlag for de månedlige nasjonale tall for ventetider og garantibrudd (2). Fra 1.1.1996 ble rapporteringsrutinene endret noe, og fra 1.7.1997 ble garantitiden endret fra seks måneder til tre måneder, men selve prinsippet for registreringen ble ikke endret. Gjennom innføringen av dette systemet, VENTSYS, er det for første gang blitt mulig å fremskaffe standardiserte mål på etterspørselen etter helsevesenets tjenester, eller pasienttilgangen. For å vurdere om det kan være en mulig sammenheng mellom etterspørsel (pasienttilgang) og pasientbehandling er tallene for Regionsykehuset i Trondheim analysert for femårsperioden 1996–2000.

Materiale og metode

Data over pasientbehandling ved Regionsykehuset i Trondheim for perioden 1996–2000 ble hentet fra sykehusets offisielle årsrapporter. Tall for pasientpåganger hentet fra oppgavene til Norsk Pasientregister (NPR) over registrerte nye omsorgsperioder for sykehuset totalt og for de enkelte avdelinger i henhold til VENTSYS (2).

Begrepet omsorgsperiode trenger imidlertid i denne sammenheng en forklaring. En omsorgsperiode blir registrert på en pasient når sykehuset mottar en søknad om innleggelse eller poliklinisk konsultasjon. Pasienten blir da registrert med en dato (som er grunnlag for vurdering av ventetid) og settes på venteliste. Det kan imidlertid tenkes at det i en og samme omsorgsperiode kan være flere ventelister, dersom pasienten har behov for tjenester fra flere tjenesteytere innad i sykehuset, og/eller fordi vedkommende etter først å ha vært på poliklinikken settes opp til innleggelse for en grundigere gjennomgang, ev. operasjon. Vanligvis vil imidlertid pasienten innen en enkelt omsorgsperiode ikke være registrert på mer enn én venteliste. Samtidig kan også en og samme pasient ha flere parallelle omsorgsperioder dersom pasienten er henvist for forskjellige problemstillinger. Ved Regionsykehuset i Trondheim har ca. 4% av pasientene ved poliklinikkene mer enn én omsorgsperiode (I. Romslo, personlig meddelelse). Pasientens omsorgsperiode blir heller ikke avsluttet i og med at pasienten har sin første innleggelse/konsultasjon ved sykehuset. Det er først når behandling er endelig iverksatt at omsorgsperioden avsluttes. Det er likevel blitt anbefalt at pasienten blir regnet som avklart og omsorgsperioden som avsluttet etter annen polikliniske konsultasjon. Pasienten kan imidlertid, selv om endelig behandling er iverksatt, fortsatt bli kontrollert ved sykehuset. For pasienter med kroniske lidelser kan det derfor være usikkerhet med henblikk på, når en omsorgsperiode begynner og slutter, og ikke minst når en ny omsorgsperiode skal registreres. Det er også grunn til å tro at vurderingen av dette kan variere fra sykehus til sykehus og fra avdeling til avdeling.

Registrering i omsorgsperioder vil også medføre at det blir et tilsynelatende misforhold mellom registrerte nye omsorgsperioder for innleggelse og registrerte elektive innleggelser. Dette skyldes at mange pasienter som elektivt legges inn i en sengeavdeling, ofte primært er blitt henvist til poliklinisk behandling eller vurdering, og ikke primært til innleggelse. Når den polikliniske vurderingen konkluderer med at pasienten bør legges inn til behandling, blir pasienten satt på en venteliste for dette, men uten at det må opprettes en ny omsorgsperiode. Elektive innleggelser vil derfor regelmessig være flere enn de omsorgsperiodene som primært er registrert for innleggelse. Antakelig er denne diskrepansen størst for de kirurgiske fagområdene.

Registrerte omsorgsperioder ved sykehuset som helhet er derfor ikke et direkte mål på pasienttilgang på den enkelte avdeling. For det første gjelder dette begrepet kun elektive pasienter, all øyeblikkelig hjelp kommer utenom. For det annet er heller ikke begrepet omsorgsperiode, sett fra sykehusets og avdelingenes side, et helt riktig mål for antall pasienter som venter på behand-

Tabell 1 Antall innleggelser og polikliniske konsultasjoner ved Regionsykehuset i Trondheim for perioden 1996–2000. Tallene er oppgitt for sykehuset uten virksomheten ved Akuttavdelingen (blandet kirurgisk/ortopedisk legevakt/poliklinikk), men også separat for denne virksomheten og totaltall for poliklinikkene med Akuttavdelingen inkludert

Pasientkategori	1996	1997	1998	1999	2000	Endring (%)
<i>Uten akuttavdelingen</i>						
<i>Innleggelser</i>						
Totalt	40 855	41 769	42 589	42 995	43 190	+5,7
Øyeblikkelig hjelp	25 739	25 897	26 461	26 657	25 914	+0,7
Øyeblikkelig hjelp (%)	63	62	62	62	60	-4,8
Elektive	15 116	15 872	16 218	16 338	17 276	+14,2
<i>Poliklinikk</i>						
Totalt	188 922	187 848	200 133	206 405	218 316	+15,5
Nyhenviste	75 571	75 110	79 545	77 275	74 285	-1,2
Kontrollpasienter	113 351	112 738	120 588	129 130	144 031	+27,1
<i>Akuttavdelingen</i>						
<i>Poliklinikk</i>						
Totalt	48 575	48 575	47 581	44 212	42 658	-12,2
Nyhenviste	31 776	33 232	31 463	36 822	26 950	-15,2
Kontrollpasienter	16 799	15 343	16 118	7 390	15 708	-6,5
<i>Poliklinikk inkludert Akuttavdelingen</i>						
Totalt	237 497	236 423	247 714	250 599	261 813	+10,2
Nyhenviste	107 347	108 342	111 008	114 079	102 074	-5,0
Kontrollpasienter	130 150	128 081	136 706	136 520	159 739	+22,7

ling ved de forskjellige avdelingene, siden samme pasient kan være registrert på flere ventelister innen den samme omsorgsperioden. Mange avdelinger vil derfor ikke kjenne igjen denne form for ventelisteregistrering ut fra sine egne lokale ventelister. Imidlertid vil ingen pasient etterspørre sykehusets tjenester (bli henvist fra en primærlege eller spesialist) uten at det er blitt registrert en omsorgsperiode for vedkommende ved sykehuset. Registrerte nye omsorgsperioder kan derfor brukes som et mål for det antall individer som i en periode er blitt henvist til sykehuset for diagnostikk eller behandling, uten at det nødvendigvis sier noe om omfanget (antall konsultasjoner/behandlinger og kompleksitet) av den tjenesten pasienten skal ha.

På grunn av at mange pasienter heller ikke får time til behandling før lenge etter at deres omsorgsperiode er registrert i sykehuset, kan heller ikke antall nyregistrerte omsorgsperioder i en bestemt tidsperiode direkte

sammenliknes med antall behandlede pasienter i den samme perioden. Siden denne undersøkelsen imidlertid tar for seg utviklingen gjennom flere sammenhengende år og analysen går mer på hovedtrekkene i utviklingen enn situasjonen i det enkelte år, har dette mindre betydning for analysene og konklusjonene

Resultater

Regionsykehuset som helhet

Antall innleggelser og polikliniske konsultasjoner for sykehuset som helhet i årene 1996–2000 er vist i tabell 1. I tabell 2 er oppgitt registrerte nye omsorgsperioder for den samme tidsperioden. Pasienttallene for sykehuset er oppgitt både med og uten sykehusets akuttavdeling. Akuttavdelingen har hovedsakelig en kirurgisk/ortopedisk legevaktfunksjon og er samlokalisert med og drives til en viss grad i fellesskap med den kommunale legevakten.

Som det fremgår av tabell 1 har det i perio-

Tabell 2 Antall registrerte nye omsorgsperioder ved Regionsykehuset i Trondheim i perioden 1996–2000

Pasientkategori	1996	1997	1998	1999	2000	Endring (%)
Innleggelse	8 693	4 727	4 469	4 517	4 830	-44,4
Poliklinikk	69 341	67 609	69 133	61 955	61 425	-11,4
Totalt	78 034	72 336	73 602	66 472	66 255	-15,1
Med garanti	34 973	28 870	15 891	14 632	14 211	-59,4
Uten garanti	43 061	43 466	57 711	51 840	52 044	+20,9

Tabell 3 Antall innleggelser og polikliniske konsultasjoner ved utvalgte avdelinger med overveiende medisinsk karakter ved Regionsykehuset i Trondheim i perioden 1996–2000

Avdeling	1996	1997	1998	1999	2000	Endring (%)
<i>Medisinsk avdeling</i>						
Innleggelser totalt	9 545	10 230	10 660	10 924	10 702	+12,1
Øyeblikkelig hjelp	9 259	9 616	9 700	9 941	9 846	+6,3
Elektive	286	614	960	983	856	+299
Poliklinikk totalt	27 527	28 425	32 010	35 707	37 148	+35,0
Nyhenviste	10 951	11 901	13 611	15 394	14 892	+35,9
Kontrollpasienter	16 576	16 524	18 399	20 313	22 256	+34,3
<i>Kreftavdelingen</i>						
Innleggelser totalt	1 836	2 008	2 177	2 332	2 293	+24,9
Øyeblikkelig hjelp	330	402	435	513	413	+25,2
Elektive	1 506	1 606	1 642	1 819	1 880	+24,8
Poliklinikk totalt	5 618	6 010	7 753	7 824	8 333	+48,3
Nyhenviste	444	637	764	515	550	+25,0
Kontrollpasienter	5 174	5 373	6 989	7 309	7 783	+50,4
<i>Barneklirikken</i>						
Innleggelser totalt	3 074	3 104	2 907	3 129	3 216	+4,6
Øyeblikkelig hjelp	2 029	1 924	1 919	2 003	1 930	-4,5
Elektive	1 045	1 180	988	1 126	1 286	+23,1
Poliklinikk totalt	10 913	11 669	13 222	13 477	15 156	+38,8
Nyhenviste	3 623	3 740	4 769	4 315	3 486	-4,3
Kontrollpasienter	7 290	7 929	8 453	9 162	11 688	+60,3
<i>Revmatologisk avdeling</i>						
Innleggelser totalt	547	453	552	571	645	+17,9
Øyeblikkelig hjelp	66	59	116	103	129	+95,5
Elektive	481	394	436	468	516	+7,3
Poliklinikk totalt	2 939	2 466	3 354	3 854	3 819	+29,9
Nyhenviste	944	813	1 069	1 105	775	-17,9
Kontrollpasienter	1 995	1 653	2 285	2 718	3 044	+52,6
<i>Hudavdelingen</i>						
Innleggelser totalt	278	335	344	342	413	+48,6
Øyeblikkelig hjelp	92	74	100	96	112	+21,7
Elektive	186	261	244	246	301	+61,8
Poliklinikk totalt	21 893	19 927	20 619	19 260	20 191	-7,8
Nyhenviste	3 390	2 876	3 364	2 847	2 865	-15,5
Kontrollpasienter	18 503	17 051	17 255	16 413	17 326	-6,4
<i>Nevrologisk avdeling</i>						
Innleggelser totalt	1 048	1 103	1 172	1 233	1 094	+4,4
Øyeblikkelig hjelp	838	893	973	999	919	+9,7
Elektive	210	210	199	234	175	-16,7
Poliklinikk totalt	6 012	6 813	5 852	5 949	5 678	-5,6
Nyhenviste	4 106	4 302	3 635	3 728	3 728	-9,9
Kontrollpasienter	1 906	2 511	2 217	2 221	1 950	+2,3

den 1996–2000 vært en økning i pasientbehandlingen over tid, som også tidligere rapportert (1). Overraskende nok har det bare vært en beskjeden økning i antall pasienter som legges inn som øyeblikkelig hjelp (0,7%), og økningen er mindre enn befolkningsveksten (2,6%) i den samme perioden (3). Det har imidlertid vært en noe sterkere økning i antall elektive innleggelser, og prosentandelen av pasienter som kommer til sykehuset som øyeblikkelig hjelp, er derfor blitt redusert gjennom perioden. Også den polikliniske virksomheten har vist en økning. Imidlertid har det vært en nedgang i antall nyhenviste pasienter som har vært be-

handlet ved poliklinikkene, mens det har vært en sterk økning i antall kontrollpasienter (+27,1%).

De registrerte nye omsorgsperiodene for den samme perioden for sykehuset som helhet er gjengitt i tabell 2. Når man ser bort fra pasienter som henvises til sykehuset som øyeblikkelig hjelp, viser tabellen at det har vært en nedgang i henviste pasienter til sykehuset i den samme perioden. Totalt var denne nedgangen på 15,1%, og relativt sett mest uttalt for pasienter til elektiv innleggelse (-44,4%), absolutt sett mest uttalt for pasienter henvist til poliklinikkene (-7 916 pasienter).

Avdelinger med overveiende medisinsk karakter

I tabell 3, 4 og 5 er tilsvarende tall oppgitt for utvalgte avdelinger ved sykehuset. Som det fremgår av tabell 3 og tabell 4 er det stor variasjon mellom de forskjellige avdelingene i antall innleggelser og polikliniske konsultasjoner i løpet av perioden. De avdelingene som har en overveiende medisinsk karakter (tab 3) har alle en økning i antall innleggelser, dette gjelder særlig Kreftavdelingen (+24,9%) og Hudavdelingen (+48,6%). De fleste avdelingene har også en økning i antall polikliniske konsultasjoner, særlig Kreftavdelingen (+48,3%), Barneklirikken (+38,8%), Medisinsk avdeling (+35,0%) og Revmatologisk avdeling (+29,9%). Imidlertid har både Barneklirikken og Revmatologisk avdeling, til tross for økningen i polikliniske konsultasjoner generelt, likevel en nedgang i antall nyhenviste pasienter ved poliklinikkene. Ved Barneklirikken har antall nyhenviste pasienter gått ned med 4,3%, mens antall kontrollpasienter har økt med 60,3%, ved Revmatologisk avdeling har antall nyhenviste pasienter gått ned med 17,9%, mens kontrollkonsultasjonene har økt med 52,6%. Ved Hudavdelingen og Nevrologisk avdeling er både antall polikliniske konsultasjoner totalt sett og antall nyhenviste pasienter blitt redusert, til dels betydelig.

Avdelinger med overveiende kirurgisk karakter

Ved de avdelingene som har en overveiende kirurgisk karakter (tab 4) er situasjonen noe annerledes. I motsetning til situasjonen ved de medisinske avdelingene (tab 3) er det ved noen av de kirurgiske avdelingene også en til dels betydelig nedgang i antall innleggelser, som ved Gynekologisk avdeling (-9,9%) og Øyeavdelingen (-20%). I tillegg er det ved de kirurgiske avdelingene heller ingen særlig økning i aktiviteten ved poliklinikkene. Imidlertid, på samme måte som ved de medisinske avdelingene, er det også ved de kirurgiske avdelingene en betydelig reduksjon i antall nyhenviste pasienter behandlet ved poliklinikkene. Ved Gynekologisk avdeling er f.eks. totalaktiviteten ved poliklinikkene i denne tidsperioden nærmest uendret (+1,2%), samtidig har antall nyhenviste pasienter gått ned med 21,9%, mens antall kontrollpasienter har økt med 65,5%. Ved Kirurgisk avdeling har antall nyhenviste pasienter ved poliklinikkene gått ned med 19,6%, mens antall kontrollpasienter har økt med 22,5% og totalaktiviteten viser en økning på 4,4%. De andre kirurgiske avdelingene passer også relativt godt inn i dette mønsteret.

Pasienttilgang

I tabell 5 er gjengitt de registrerte nye omsorgsperiodene for disse avdelingene for den samme tidsperioden. Vurdert ut fra de registrerte omsorgsperiodene er det store forskjeller i pasienttilgang til de forskjellige avdelingene. Samtlige avdelinger har en til

dels betydelig nedgang i pasienthenvelser som gjelder innleggelse, f.eks. Øyeavdelingen (-74,6%), Revmatologisk avdeling (-65,8%), Ortopedisk avdeling (-64,4%) og Kirurgisk avdeling (-56,0%), Nevrologisk avdeling (-44,9%), Barneavdelingen (-34,0%) og Gynekologisk avdeling (-27,6%). Når det gjelder henvisning til poliklinikkene, har noen avdelinger derimot en til dels betydelig økt pasienttilgang, som Revmatologisk avdeling (+28,8%), Hudavdelingen (+21,4%), Ortopedisk avdeling (+21,3%) og Øyeavdelingen (+17,7%), mens andre avdelinger har en til dels betydelig redusert pasienttilgang, som Gynekologisk avdeling (-31,8%), Nevrologisk avdeling (-29,4%), Øre-nese-hals-avdelingen (-24,8%) og Kirurgisk avdeling (-11,2%). Det er samtidig bare de avdelingene som har en økt pasienttilgang for poliklinisk behandling som også totalt sett har en økt pasienttilgang.

Diskusjon

I denne studien er antall nye omsorgsperioder brukt som mål på pasienttilgang, og tallene er derfor avhengig av at omsorgsperiodene er riktig registrert og rapportert. Som anført innledningsvis er dette en vanskelig rapporteringsform. Det er også mange eksempler på at ventelister registrert i VENTSYS har vært gale, men da som regel ved at de har inneholdt pasienter som enten allerede var ferdigbehandlet eller aldri skulle vært registrert. Dersom pasienter som er blitt henvist til sykehuset, ikke har fått opprettet en omsorgsperiode og venteliste og er blitt rapportert til Norsk Pasientregister slik ventelisteforskriftene krever, er imidlertid tallene som er brukt i denne undersøkelsen for lave. Det er imidlertid grunn til å tro at de registrerte omsorgsperiodene i stor grad reflekterer i hvor stor grad sykehusets tjenester etterspørres.

I en tidligere undersøkelse (1) ble det påvist betydelige forskjeller mellom ressurstilgang og utvikling når det gjelder pasientbehandling ved avdelingene ved Regionsykehuset i Trondheim i perioden 1995–99. De ulike utviklingstrekk i pasientbehandlingen i den forrige undersøkelsen gjenfinnes også i denne undersøkelsen, med generelt sett en beskjeden volumøkning i pasientbehandlingen, særlig når det gjelder polikliniske pasienter, og med store forskjeller mellom avdelingene. I tillegg påviser denne undersøkelsen til dels store forskjeller også når det gjelder tilgangen av pasienter til de forskjellige avdelingene ved sykehuset. Denne utviklingen har visse hovedtrekk som trenger noen kommentarer.

Forholdet mellom nyhenviste pasienter og kontrollpasienter ved poliklinikkene

Selv om aktiviteten ved sykehuset har økt gjennom tidsperioden 1996–2000, innleggelsene med 5,7% og polikliniske konsultasjoner med 15,5%, er det likevel et slående

Tabell 4 Antall innleggelse og polikliniske konsultasjoner ved utvalgte avdelinger med overveiende kirurgisk karakter ved Regionsykehuset i Trondheim i perioden 1996–2000

Avdeling	1996	1997	1998	1999	2000	Endring (%)
<i>Kirurgisk avdeling</i>						
Innleggelse totalt	5 614	5 807	6 078	5 954	6 180	+10,1
Øyeblikkelig hjelp	2 919	3 012	3 100	3 096	3 275	+12,2
Elektive	2 695	2 795	2 978	2 858	2 905	+7,8
Poliklinikk totalt	19 150	18 988	20 087	17 178	19 918	+4,4
Nyhenviste	8 419	7 816	8 290	5 884	6 771	-19,6
Kontrollpasienter	10 731	11 172	11 797	11 294	13 147	+22,5
<i>Ortopedisk avdeling</i>						
Innleggelse totalt	4 707	4 748	4 798	4 646	4 661	-1,0
Øyeblikkelig hjelp	2 447	2 659	2 590	3 020	2 657	+8,6
Elektive	2 260	2 089	2 208	1 626	2 004	-11,3
Poliklinikk totalt	21 113	20 912	21 176	22 732	21 176	+0,3
Nyhenviste	7 672	7 438	7 492	7 018	6 516	-15,1
Kontrollpasienter	13 441	13 474	13 684	15 705	14 660	+9,1
<i>Gynekologisk avdeling</i>						
Innleggelse totalt	1 995	1 899	1 877	1 825	1 813	-9,9
Øyeblikkelig hjelp	738	760	751	748	635	-14,0
Elektive	1 198	1 139	1 126	1 077	1 178	-1,2
Poliklinikk totalt	13 910	13 085	13 138	14 071	14 070	+1,2
Nyhenviste	10 237	10 036	9 707	9 627	7 990	-21,9
Kontrollpasienter	3 673	3 049	3 431	4 444	6 080	+65,5
<i>Øre-nese-hals-avdelingen</i>						
Innleggelse totalt	1 289	1 332	1 410	1 497	1 534	+19,0
Øyeblikkelig hjelp	361	373	423	389	384	+6,3
Elektive	928	959	987	1 108	1 150	+23,4
Poliklinikk totalt	11 378	11 186	14 508	11 535	11 765	+3,4
Nyhenviste	4 934	5 593	5 858	5 263	4 794	-2,9
Kontrollpasienter	6 444	5 593	8 650	6 272	6 971	+8,2
<i>Øyeavdelingen</i>						
Innleggelse totalt	1 095	1 069	1 201	1 065	876	-20,0
Øyeblikkelig hjelp	602	567	636	607	499	-11,1
Elektive	493	502	565	458	377	-2,0
Poliklinikk totalt	14 709	13 953	14 508	16 477	16 259	+10,5
Nyhenviste	5 974	5 254	5 186	5 267	3 615	-23,5
Kontrollpasienter	8 735	8 699	9 322	11 210	12 644	+44,8

trekk at økningen i den polikliniske aktiviteten ikke skyldes at flere nyhenviste pasienter er blitt behandlet ved sykehuset, men derimot skyldes at man i større grad har tatt pasientene tilbake til kontroll ved sykehuset. Mens antall nyhenviste pasienter ved poliklinikkene således har gått ned med 1,2% i perioden, har antall kontrollpasienter økt med 27,1%. Det er derfor et spørsmål om en mindre etterspørsel etter sykehusets tjenester (nedgang i antall nye omsorgsperioder for poliklinisk behandling på -11,4%) fører til at pasientene i økende grad blir tatt tilbake til kontroll. Ved enkelte avdelinger er dette trekket i utviklingen særlig tydelig, som f.eks. ved Gynekologisk avdeling. Mens antall nyhenviste pasienter som er behandlet ved Gynekologisk poliklinikk har vist en nedgang på 21,9%, har antall kontrollpasienter ved poliklinikk økt med 65%. I 1996 var det således nesten tre ganger så mange nyhenviste pasienter som kontroll-

pasienter ved Gynekologisk poliklinikk. I 2000 har volumet av disse to pasientgruppene i betydelig grad nærmet seg hverandre i størrelse. Liknende utvikling sees også ved Kirurgisk avdeling, Barneklivnikken og Revmatologisk avdeling (tab 3, tab 4).

Det er uklart hva denne utviklingen skyldes. I utgangspunktet kan dette være resultatet av en primær vurdering ved sykehuset at pasientene i denne perioden er blitt mer kompliserte medisinsk sett og derfor må kontrolleres lenger fremfor å tilbakeføres til henvisende lege. Det kan også være et uttrykk for at primærhelsetjenesten og/eller de privatpraktiserende spesialister/henvisende sykehus i denne perioden har fått økende problemer med å ta hånd om pasientene til etterkontroll og oppfølging etter at de har vært på regionsykehuset, enten på grunn av manglende kapasitet eller manglende kompetanse. Dersom dette var tilfellet, skulle man imidlertid også tro at de henvisende in-

Tabell 5 Registrerte nye omsorgsperioder ved forskjellige avdelinger ved Regionssykehuset i Trondheim i perioden 1996–2000

Avdeling	1996	1997	1998	1999	2000	Endring (%)
<i>Medisinsk avdeling</i>						
Totalt	10 436	9 832	10 155	10 644	11 157	+6,9
Innleggelse	413	304	311	418	360	-12,8
Poliklinikk	10 023	9 528	9 844	10 226	10 797	+7,7
<i>Kreftavdelingen</i>						
Totalt	1 174	799	967	950	1 186	+1,0
Innleggelse	644	431	535	529	610	-5,3
Poliklinikk	530	368	432	421	576	+8,7
<i>Barneklubben</i>						
Totalt	3 625	3 423	3 720	3 835	3 456	-4,7
Innleggelse	382	261	250	287	252	-34,0
Poliklinikk	3 243	3 162	3 470	3 548	3 204	-1,2
<i>Revmatologisk avdeling</i>						
Totalt	1 154	954	1 052	1 000	1 270	+10,1
Innleggelse	207	48	43	46	50	-65,8
Poliklinikk	947	906	1 009	954	1 220	+28,8
<i>Hudavdelingen</i>						
Totalt	2 592	2 698	2 657	2 602	3 112	+20,1
Innleggelse	113	123	104	96	103	-8,8
Poliklinikk	2 479	2 575	2 553	2 506	3 009	+21,4
<i>Nevrologisk avdeling</i>						
Totalt	4 722	3 462	3 189	3 160	3 318	-29,7
Innleggelse	89	62	50	56	49	-44,9
Poliklinikk	4 633	3 400	3 139	3 104	3 269	-29,4
<i>Kirurgisk avdeling</i>						
Totalt	10 602	8 770	8 780	9 322	8 600	-18,9
Innleggelse	1 823	783	812	927	806	-56,0
Poliklinikk	8 779	7 987	7 968	8 395	7 794	-11,2
<i>Ortopedisk avdeling</i>						
Totalt	9 437	8 505	8 116	8 454	9 840	+4,2
Innleggelse	1 876	1 175	745	446	668	-64,4
Poliklinikk	7 561	7 330	7 371	8 008	9 172	+21,3
<i>Gynekologisk avdeling</i>						
Totalt	7 148	5 960	5 834	5 165	4 901	-31,4
Innleggelse	652	322	348	346	472	-27,6
Poliklinikk	6 496	5 638	5 486	4 819	4 429	-31,8
<i>Øre-nese-hals-avdelingen</i>						
Totalt	4 475	3 476	4 342	3 367	3 186	-28,8
Innleggelse	798	546	535	469	422	-47,1
Poliklinikk	3 677	2 930	3 807	2 898	2 764	-24,8
<i>Øyeavdelingen</i>						
Totalt	4 536	4 567	5 211	5 404	5 025	+10,8
Innleggelse	337	85	121	121	83	-74,6
Poliklinikk	4 199	4 382	5 091	5 284	4 942	+17,7

stanser også generelt ville henvise et økende antall pasienter til sykehuset for nærmere vurdering. Imidlertid er det i den samme perioden registrert en nedgang i antall henvisninger til mange av disse avdelingene. Dette kan tyde på at primærleddet i større grad enn tidligere tar hånd om pasientene selv, slik at de som henvises til sykehusene, relativt sett er tyngre, men ikke nødvendigvis som enkeltpasienter. Trekkene i utviklingen er imidlertid altfor sammensatt til at det er mulig å trekke noen endelige konklusjoner om dette ut fra denne undersøkelsen. Nærmere

analyser av utviklingen for enkelte pasientgrupper vil kanskje kunne avklare om interne prioriteringer ved avdelingene av faglig og/eller administrativ art også kan ligge bak denne utviklingen. I slike undersøkelser må også mulige endringer i henvisningsrutiner fra primærhelsetjenesten kartlegges.

Dreiningen mot økt andel kontrollpasienter ved poliklinikkene har også en ressursmessig side. Dersom poliklinikkene ved Barneklubben, Gynekologisk avdeling og Kirurgisk avdeling i år 2000 hadde hatt det samme forhold mellom kontrollpasienter,

innlagte pasienter samt nyhenviste polikliniske pasienter som i 1996, ville antall kontrollpasienter i 2000 blitt redusert med henholdsvis 4 393, 3 244 og 3 136. For sykehuset som helhet ville dette medført 26 556 færre konsultasjoner ved poliklinikkene i 2000. En nylig publisert undersøkelse om legenes arbeidstid ved Regionsykehuset i Trondheim viser at 10–20% av legenes tid brukes til arbeid ved poliklinikkene (4). Man skal derfor ikke se bort fra at den økte kontrollhyppigheten av pasientene beslaglegger ressurser ved sykehuset og avdelingene som kunne vært frigjort til andre formål. På den annen side ville en raskere tilbakeføring av pasientene til primærhelsetjenesten medført at primærhelsetjenesten hadde måttet ta hånd om disse kontrollene og brukt ressurser på dette. Dette viser igjen hvor viktig det er at samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer godt og på en slik måte at pasientene til enhver tid behandles og kontrolleres på riktig kompetansenivå og ressursnivå. Det er således nylig fra en allmennlege blitt påpekt at sykehusenes tendens til å holde på pasientene, reduserer kapasiteten til å ta imot nye henvisninger (5).

I denne studien er det ikke sett spesielt på ventelistesituasjonen og garantibrudd i relasjon til pasientbehandling og pasienttilgang. Imidlertid har ventelistene grovt sett vært like lange gjennom perioden. Ved utgangen av hver måned har mellom 22 000 og 25 000 pasienter ventet på behandling, tilsvarende ca. 10–12% av sykehusets kapasitet (behandling) for elektive innleggelser og polikliniske konsultasjoner, med til dels store forskjeller mellom avdelingene. Antall pasienter på venteliste ved poliklinikkene har variert mellom 19 000 og 20 000 pasienter. I 1996 hadde sykehusets poliklinikker totalt 188 922 konsultasjoner, hvorav 75 571 var nyhenviste pasienter (tab 1). I 2000 var dette økt til 218 316 konsultasjoner, men bare 74 285 av disse gjaldt nyhenviste pasienter. Dette viser at de rutine den enkelte avdeling og det enkelte fagområde har for etterkontroll av pasienter, antakelig har like stor konsekvens for avdelingens kapasitet til å ta imot nye pasienter fra ventelistene som avdelingens ressursituasjon isolert sett. Dersom produksjonsøkningen ved poliklinikkene i perioden 1996–2000 hadde vært fordelt noenlunde likt mellom nyhenviste pasienter og kontrollpasienter, ville antakelig ventelistene for nyhenviste ved poliklinikkene vært betydelig redusert. Dette forutsetter imidlertid igjen et tett samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Har sykehusene nok pasienter?

Det er nærliggende å anta at det er en sammenheng mellom den registrerte reduserte pasienttilgangen til sykehuset og nedgang i nyhenviste pasienter til poliklinisk behandling. Det er også mulig at den beskjedne økningen i innleggelser man har sett, til tross

for betydelig ressurstilførsel (1), også kan ha sammenheng med at pasientmengden ikke har økt tilsvarende. I så fall tyder denne undersøkelsen på at markedet eller pasientpopulasjonens størrelse sannsynligvis spiller en større rolle for sykehusenes inntak av pasienter enn det man tidligere har trodd. Pasientmengden (behovet/etterspørselen) er ikke ubegrenset.

Man skal imidlertid være forsiktig med å generalisere utviklingen ved ett sykehus til å gjelde landet for øvrig. Det er tidligere blitt dokumentert at befolkningens bruk av sykehustjenester varierer mellom fylkene og at dette endrer seg over tid (6). Imidlertid synes ikke utviklingen ved Regionsykehuset i Trondheim, som er kartlagt i denne og tidligere undersøkelser (1), å være vesentlig forskjellig fra de nasjonale tall for perioden 1991–99, slik de fremkommer i SAMDATA-rapporten for utviklingen i sykehussektoren i 1990-årene (6). Også i denne rapporten er det en relativt liten økning i øyeblikkelig hjelp-innleggelser, og da i hovedsak ved ikke-kirurgiske avdelinger (medisinske DRG-er), slik det også fremkommer i denne undersøkelsen (tab 3, tab 4). I en nyere rapport fra SINTEF Unimed (7) er det faktisk på landsbasis også påvist en svak nedgang i antall pasienter som legges inn som øyeblikkelig hjelp. I den samme undersøkelsen påvises også den samme trenden nasjonalt for innleggelser som er påvist for poliklinisk behandling i denne undersøkelsen, nemlig at økningen i antall innleggelser ved norske sykehus i stor grad skyldes at de samme pasientene tas inn til flere innleggelser, ikke at nye pasienter rekrutteres. Således var det fra 1999–2000 på landsbasis en økning i antall innlagte pasienter (identifiserbare enkeltindivider) på bare 0,3 %, mens antall innleggelser økte med 1,8 %. Dette er en utvikling man også har sett gjennom 1990-årene (6). Når det gjelder dreiningen i aktivitet ved poliklinikkene fra nyhenviste pasienter til kontrollpasienter, finnes det derimot ikke nasjonale data som gjør det mulig å vurdere om dette også er en nasjonal trend.

I diskusjonene omkring ressursituasjonen i helsevesenet er det hittil blitt lagt liten vekt på at den generelle helsesituasjonen i befolkningen er i jevn bedring. Vi lever stadig sunnere og trener mer. Antall personer over 67 år vil dessuten være stabilt eller svakt fallende de neste 10–15 år, for først deretter å begynne å vokse (8), slik at eldrebølgens belastning på helsevesenet ikke behøver å bli så stor som antatt. En rekke andre helseindikatorer kan også tyde på at behovet for helsetjenester i befolkningen ikke er sterkt økende. I oppgaver fra Norsk Pasientregister over utskrevne pasienter (innleggelser) ved norske sykehus (9) ble det for perioden 1996–2000 registrert en nedgang i innleggelser for hjerneslag (–9,3 %) og hjerteinfarkt (–2,1 %), mens innleggelser for lårhalsbrudd viste en ubety-

delig økning (0,4 %). På den annen side var det en økning i innleggelser for lungebetennelse (+56,6 %) og hjertesvikt (+26,9 %). Samtidig vet vi at i løpet av de siste ti år har antall drepte i trafikken gått ned med ca. 10 %, mens antall skadede bare har økt med vel 3 % (10).

I et litt lengre tidsperspektiv kan det også tenkes at heller ikke den medisinsk-teknologiske utvikling vil føre til økt pasienttilgang. Resultatet kan like gjerne bli at pasienter i større grad kan og vil diagnostisere, behandle og kontrollere seg selv, slik at presset på de tradisjonelle ytere av helsetjenester snarere vil avta enn øke. Vi er allerede snart våre egne bankfunksjonærer, postfunksjonærer og strømavlesere, og det er ingen grunn til å tro at ikke en liknende utvikling også vil finne sted når det gjelder helse. Vi ser allerede en utvikling i denne retning for enkelte pasientgrupper med kroniske sykdommer, f.eks. diabetes. Samtidig vet vi at den teknologiske utviklingen ofte har ført til mindre behov for helsetjenester, f.eks. liggedøgn på sykehus, som ved kikkhullskirurgi i stedet for vanlig åpen operasjon og hjertebløkk (PTCA) i stedet for åpen hjerteoperasjon.

På denne bakgrunn kan det være nærliggende å stille spørsmål ved om vi nå nærmer oss et stadium i utviklingen der pasienttilgangen for enkelte avdelinger vil være mindre enn den behandlingsskapasiteten som er bygd opp. Denne utviklingen må møtes med kontinuerlige vurderinger av den interne fordelingen av ressurser mellom fagområdene i sykehusene samt mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Jeg takker Thomas Lie og Frank Krogh ved SINTEF Unimed for verdifull hjelp og stimulerende diskusjoner.

Litteratur

1. Bratlid D. Personellressurser og pasientbehandling ved et regionsykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3021–6.
2. Forskrifter om ventelisteregister og prioritering av pasienter. Rundskriv I-43/90. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1990.
3. <http://www.ssb.no/emner/02/01/10/folkemengde/> (juni 2001)
4. Røhme K, Kjekshus LE. Når tiden telles – sykehuslegers tidsbruk og arbeidsoppgaver. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1458–61.
5. Werner EL. Ikke rør fastlegeordningen. Aftenposten (morgen) 23.10. 2001: 14.
6. Hansen FH, red. Sykehussektoren på 1990-tallet. Sterk vekst – stabile fylkesvise forskjeller. Samdata sykehus NIS-rapport 1/00. Trondheim: SINTEF Unimed NIS Samdata, 2000.
7. Jørgenvåg J. Innsatsstyrt finansiering 2000. Aktivitetsutvikling, DRG-indeks og ISF-refusjoner til fylkeskommunene. SINTEF-rapport STF78 AO15801. Trondheim: SINTEF Unimed, 2001.
8. <http://www.ssb.no/emner/02/03/folkfram/> (juni 2001).
9. Utskrivingstall for pasientgrupper. NPRid: 7192. Trondheim: Norsk Pasientregister, SINTEF-Unimed, 2001.
10. Bil og veistatistikk. Oslo: Opplysningsrådet for Veitrafikken, 2001. ○

Summaries in English



- 364 Holte H, Smeland S, Blystad AK, Kvaløy S, Hammerstrøm J, Tjønnfjord GE
Intensive chemotherapy in Burkitt's lymphoma and aggressive non-Hodgkin's lymphoma
- 370 Wergeland H, Alagic E, Løkvik B
The B-Lynch suture technique in postpartum haemorrhage
- 374 Dalgaard J, Brinch L, Tjønnfjord GE
Paroxysmal nocturnal haemoglobinuria – a rare disease with many faces
- 379 Farbu E, Bindoff LA
Dopa-responsive dystonia – a hereditary dystonia with easy treatment
- 382 Aarskog NK, Vedeler CA
Molecular genetic testing of Charcot-Marie-Tooth disease (CMT) and hereditary neuropathy with liability to pressure palsies (HNPP)
- 386 Bratlid D
Patient referral and patient volume in a large regional hospital
- 394 Trumpy JH
Should hospital patients get copies of their medical reports?
- 397 Fiane AE, Geiran OR, Mollnes TE
Ethical aspects of xenotransplantation
- 403 Jøsendal O, Aarø LE
Evaluation of an intervention programme for smokefree schools
- 408 Lund KE, Lühr E, Jøsendal O
BE smokeFREE – a juvenile tobacco education programme from trials to national implementation
- 415 Aronsen L, Løchen M-L, Lund E
Smoking is associated with increased risk of ectopic pregnancy – a population based study