



Kommentar

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

Har sykehusene for få pasienter?

Det har vært hevdet at sykehusene opplever en reduksjon i henvisningen av «nye» pasienter, og at de for å holde et høyt aktivitetsnivå i økende grad bruker tiden på å kontrollere. Dersom dette er tilfelle, ville vi ventet å finne at antall kontakter per pasienter øker kraftig. En gjennomgang av aktivitetsdata fra St. Olavs Hospital i Trondheim for perioden 1996–2001 viser at antall kontakter per pasient på poliklinikkene er uendret, mens antall innleggelser per pasient ved sengeavdelingene øker med 3 %. Det er imidlertid også en vekst i antall pasienter ved både sengeavdelingene og poliklinikkene. Vi argumenterer for at en økning i antall kontakter per pasient vil være en naturlig følge av så vel den medisinsk-tekniske utviklingen som endring i behandlingsregimer og registreringspraksis. Basert på de tallene som her presenteres finner vi ikke grunnlag for å konkludere med at det er mangel på pasienter ved sykehusene i Norge.

Dag Bratlid har i flere arbeider (1–3) hevdet at sykehusene i de senere årene til tross for sterk vekst i ressursinnsatsen ikke makter å behandle flere pasienter. Tvert imot er vi nå inne i en situasjon med begynnende pasientmangel, en pasientmangel som av sykehusene kamufleres gjennom en økende resirkulering av pasienter (3).

Hvis Bratlid har rett, har dette store konsekvenser både med hensyn til utforming av fremtidige finansieringssystemer og med hensyn til hvordan myndighetene bør forholde seg til rapporter om ressursknapphet i sektoren. Ikke uventet har derfor også konklusjonene fått betydelig medieoppmerksomhet. Nettopp fordi Bratlids resultater har sterke (og uventede?) implikasjoner for utformingen av helsepolitikken, er det særlig viktig at de gjøres til gjenstand for en kvalitetssikring, både når det gjelder datakvalitet, metode og teorigrunnlag. Denne kommentaren er et forsøk på en slik kvalitetssikring.

Den resirkulerte pasient

I hovedtrekk er Bratlids argument slik: Sykehusene behandler ikke flere pasienter. Den økende ressurstilgangen resulterer dermed i økende ineffektivitet og gjenbruk av pasienter. Dette argumentet baseres videre i hovedsak på to observerte størrelser: antall nyhenviste pasienter og antall kontroller. En gjennomgang av tall fra St. Olavs Hospital i Trondheim viser, ifølge Bratlid, en samlet nedgang i antall nyhenviste pasienter på 13,7 % fra 1996 til 2001: tallene for poliklinikk og innleggelser er henholdsvis – 8,4 % og – 55,5 % (3). Samtidig øker antall polikliniske konsultasjoner med 22,8 %, men hele denne aktivitetsøkningen skyldes, ifølge Bratlid, en økning i antall kontroller. Selv om det er flere diskrepanser mellom de tall Bratlid benytter og tall fra Norsk Pasientregister, er ikke dette hovedpoenget her. Vi skal forsøksvis argumentere for at Bratlids observasjoner kan ha flere forklaringer som kan endre konklusjonene. I tråd med Bratlid formulerer vi to hypoteser:

- Det behandles stadig færre nye pasienter ved sengeavdelingene
- Det utføres stadig flere kontroller av pasientene ved poliklinikkene

Hos Bratlid «testes» den første hypotesen gjennom å sammenholde utvikling i antall behandlede pasienter med antall nyhenviste pasienter ved sengeavdelingene. Den andre «testes» ved å se på frekvensen av kontrollpasienter ved poliklinikkene. Det gis ikke noen definisjon av hva en kontrollpasient er.

Vi foreslår en alternativ fremgangsmåte. Den baseres på følgende enkle sammenheng: Anta at det kommer færre nye pasienter inn i systemet, men uten at dette gir seg utslag i en tilsvarende reduksjon i antall registrerte aktivitetssenheter (opphold, konsultasjoner) som kommer ut av systemet. Dette må nå gi seg utslag i at antall aktivitetssenheter per pasient øker. Færre pasienter inn må derfor bety flere kontakter per pasient dersom antall opphold eller antall konsultasjoner ut skal være det samme eller eventuelt vokse. Dette lar seg nå relativt enkelt etterprøve gjennom å se på utviklingen i antall opphold per pasient ved sengeavdelingene og i antall konsultasjoner per pasient ved poliklinikkene. Datagrunnlaget er de aktivitetsdata som rapporteres til Norsk Pasientregister. For hver pasient innrapporteres et unikt pasientnummer som følger pasienten gjennom året. Basert på

! Fakta

- Det er vekst i antall behandlede pasienter fra 1996 til 2001
- Antall polikliniske konsultasjoner per pasient er uendret fra 1996 til 2001
- Aktivitetsveksten ved sengeavdelingene forklares ikke gjennom økt resirkulering av pasienter
- Aktivitetsveksten ved poliklinikkene forklares ikke gjennom økt antall kontroller

dette kan vi beregne antall kontakter per pasient.

To forhold skal nevnes. For det første er data fra poliklinikkene ikke koblet med data fra sengeavdelingene. Vi kan dermed ikke følge pasientene mellom disse to nivåene. For det andre er ikke dataene koblet mellom år, dvs. at en reinnleggelse/ny kontakt i nytt år vil bli registrert som et nytt opphold. Begge disse forholdene skyldes at vi i Norge ikke har personidentifiserbare data. Dersom slike data hadde vært tilgjengelige, ville man både kunne fulgt samme pasient innenfor samme institusjon over tid, og fulgt samme pasient mellom institusjoner. Den type diskusjoner som vi her er inne i, ville dermed også kunne vært unngått! Vi forholder oss, som Bratlid, til utviklingen ved St. Olavs Hospital i Trondheim. I tabell 1 oppsummeres aktivitetutviklingen ved dette sykehuset i perioden 1996–2001. Merk at det ikke tas hensyn til endringer i pasientsammensetning, dvs. at en generell økning i pasienttyngde ikke regnes med. Tabellen gir grunnlag for følgende observasjoner:

- Det er vekst i samlet antall heldøgnsopphold på 9 %. To tredeler av denne veksten skyldes flere behandlede pasienter, en tredel skyldes flere opphold per pasient.
- Det er en vekst i antall elektive heldøgnsopphold på 17 %, igjen fordelt med om lag to tredeler som flere pasienter og en tredel som flere opphold per pasient. Fra 1999 kan vi også inkludere dagopphold i disse analysene. Dette endrer ikke konklusjonene.
- Det er en vekst i samlet antall polikliniske konsultasjoner i perioden på 7 %, dette skyldes praktisk talt i sin helhet en vekst i antall pasienter.

- Det er en vekst i antall polikliniske elektive konsultasjoner i perioden på 10 %, igjen skyldes dette omtrent i sin helhet en vekst i antall pasienter.

Med bakgrunn i disse tallene synes dermed konklusjonen å være at det har vært en reell vekst i så vel antall behandlede pasienter ved sengeavdelingene som antall behandlede pasienter ved poliklinikkene. Ved sengeavdelingene har videre vel en tredel av volumveksten kommet i form av et økt antall kontakter per pasient, ved poliklinikkene finner vi ingen slik økning. Der Bratlid finner en nedgang på 55,5 % i «nye» elektive pasienter, finner vi en vekst på 13 %. Der Bratlid finner at all økning ved poliklinikkene skyldes økt kontrollaktivitet, finner vi at antall kontakter per pasient ved poliklinikkene er uforandret i denne perioden. Basert på våre tall er vi derfor tilbøyelig til å forkaste begge hypotesene.

Hvorfor avviker så våre tall så drastisk fra Bratlids? Vi kan foreslå i alle fall to momenter. For det første baserer Bratlid sine konklusjoner på en sammenlikning av antall nyhenviste med antall sykehusopphold. Der som det er feil i registreringen av antall nyhenviste, vil dette i stor grad påvirke resultatene. Kvaliteten på ventelistedata har ikke alltid vært god. En mulig forklaring på fallet i antall nyhenviste kan f.eks. være at man i mindre grad registrerer en pasient som flyttes fra venteliste for poliklinikk til venteliste for innleggelse med en ny omsorgsperiode. For det andre baseres (antar vi) utviklingen i forholdet mellom kontroller og nyhenviste på registrering i feltet «konsultasjonstype» i de poliklinikkdataene sykehusene avgir til Norsk Pasientregister. Denne variabelen er av svært ujevn kvalitet (R. Jørgenvåg, personlig meddelelse), og neppe egnet til å gi et bilde av det reelle forholdet mellom førstegangs og senere konsultasjoner.

I de tallene som vi har presentert, er usikkerheten i hovedsak knyttet til to forhold. Der som det i større grad enn før er de samme pasientene som behandles ved poliklinikkene som ved sengeavdelingene, vil antall kontakter per pasient kunne øke uten at vi har fanget opp dette. I tillegg vil økt antall overføringer mellom sykehus lede til flere kontakter per pasient uten at vi kan fange opp dette. Igjen er det verdt å påpeke at personidentifiserbare data ville ha fjernet usikkerheten knyttet til begge forholdene.

Er økt antall kontakter nødvendigvis et onde?

Selv om våre resultater er betydelig mindre dramatiske enn Bratlids, finner også vi at antall opphold per pasient øker. Betrakter vi utviklingen i poliklinisk aktivitet på nasjonalt nivå, finner vi også at antall konsultasjoner per pasient øker fra 2,15 til 2,25 i perioden

Tabell 1 Aktivitetsutvikling ved St. Olavs Hospital. 1996–2001

Aktivitetstype	1996	2001	Endring (%)
Heldøgnsopphold	37 475	40 796	9
Innlagte pasienter	27 188	28 779	6
Opphold per pasient	1,38	1,42	3
Elektive heldøgnsopphold	13 114	15 282	17
Elektive innlagte pasienter	10 100	11 229	11
Elektive opphold per pasient	1,30	1,36	5
Polikliniske konsultasjoner	210 129	225 842	7
Polikliniske pasienter	80 032	85 848	7
Konsultasjon per pasient	2,63	2,63	0
Elektive polikliniske konsultasjoner	176 030	193 996	10
Elektive polikliniske pasienter	67 343	74 802	11
Elektive konsultasjoner per pasient	2,61	2,59	–1

1996–2001. Om det ikke er en nedgang i «nye» pasienter, er vi i alle fall inne i en utvikling hvor antall kontakter per pasient øker. Spørsmålet er om dette er et utslag av «resirkulering» eller «bevisst ineffektiv drift». Dette krever analyser på et helt annet nivå enn hva både Bratlid og vi har grunnlag for å gjøre på et svært aggregert nivå. Noen momenter bør imidlertid trekkes inn i diskusjonen:

Den medisinsk-tekniske utviklingen vil gi økt omfang av dagbehandling og dagkirurgi og dermed i seg selv lede til at pasientene bruker mindre tid inne i sykehuset og mer tid på forundersøkelser og etterkontroll. I mange tilfeller vil dette være et resultat av at behandlingen er bedre tilpasset pasientenes behov, og dermed også mer effektiv, enn av en bevisst resirkulering. Dessuten har det de siste årene (dels pga. innføringen av innsatsstyrt finansiering) skjedd en endring i registreringspraksis. Et eksempel er dialysepasienter som før kunne være registrert med ett langt sykehusopphold, men nå er registrert med en serie polikliniske konsultasjoner. Vi har også for noen behandlingsformer fått endret omsorgsnivået; et eksempel er cytostatikabehandling som nå utføres poliklinisk og dermed erstatter innleggelse. Vi har der nest en utvikling hvor stadig flere eldre behandles ved sykehusene, og dette fører i seg selv til flere reinnleggelser. Her er det ikke snakk om resirkulering, snarere om en utvidelse av «markedspotensielt» for sykehusene. Denne problematikken er for øvrig grundig analysert andre steder (4, 5).

Implikasjoner for utforming av helsepolitikken

De problemstillinger som Bratlid reiser, er interessante og relevante. Analyser som beskriver virkeligheten i sykehusene er også nødvendige. Vi konstaterer også at Bratlids resultater har fått stor medieomtale (6). Det synes her å bli slått fast at det bevilges for mye penger til sykehusene, at sykehusene er bevisst ineffektive og at finansieringssyste-

met ikke gir tilstrekkelige incitamenter til å sikre en effektiv ressursbruk. Vi vil imidlertid advare mot å trekke så drastiske konklusjoner på grunnlag av såpass usikre tall som det Bratlid presenterer. Andre analyser (7) trekker også i motsatt retning av Bratlid, og beskriver en sykehussektor som blir mer effektiv i utnyttelse av sine personellressurser. Det eneste stedet hvor vi finner å kunne støtte Bratlid, er i at utformingen av finansieringssystemet gir uheldige incitamenter i forhold til både kontrollhyppighet og til hyppige innleggelser av samme pasient. Som potensielle problemer er derfor de forhold som Bratlid omtaler av relevans. Spørsmålet er imidlertid om ikke den formen disse utspillene har fått skygger for en nødvendig debatt.

Jon Magnussen
Stein Ø. Petersen
Leena Kiviluoto
SINTEF Unimed
7465 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. Bratlid D. Har sykehusene for få pasienter? En kritisk gjennomgang av ressursbruk og pasientbehandling ved norske sykehus. Økonomisk Forum 2002; 56: 32–7.
4. Heggstad T. Do hospital length of stay and staffing ratios affect elderly patients risk of readmission? Health Serv Res 2002; 37: 647–65.
5. Huseby B. Aktivitetsutviklingen ved somatiske sykehus 1996–2001: økt aktivitet med flere reinnleggelser. I: Huseby B, red. Helseregionenes utfordringer. Rapport 3/02. Trondheim: SINTEF Unimed, 2002.
6. Bjørnstad S. Flere leger og penger – færre pasienter. Aftenposten 1.11.2002. www.aftenposten.no/forbruker/helse/article.jhtml?articleID=428002 (14.11.2002).
7. Bjørn E, Hagen T, Iversen T, Magnussen J. The effect of activity based financing on hospital efficiency: a panel data analysis: HERO Working paper 2001: 5. Oslo: Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo, 2001.