

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 beleggprosenten 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 utnytting 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 beleggprosent 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 headinjury» 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 undersøkelsesmetode 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.