

Toni Kvalø

Flere behandlede pasienter i somatiske sykehus

Det har vært et økt aktivitetsnivå i de somatiske sykehusene i løpet av perioden fra 1990 til 2000, fordi atskillig flere pasienter har fått behandling. Dette har imidlertid ikke hatt særlig virkning på ventelistene idet behovet for somatisk behandling har blitt større.

Et av hovedmålene i Nasjonal helseplan (St.meld. nr. 41, 1987-1988) var forbedret effektivitet og ressursutnyttelse innenfor helsesektoren. Dette skulle bidra til at flere pasienter ble behandlet, og at helsekøene ble kortere. To år senere ble det dessuten innført behandlingsgaranti¹ som skulle sikre at prioriterte pasienter som ventet på behandling i sykehus, fikk et tilbud innen en gitt tid. Gjennom 1990-tallet har denne garantien blitt ytterligere forbedret, samtidig som bevilgningene til sykehusene har økt. De somatiske sykehusene mottar om lag 80 prosent av disse bevilgningene.

Hvilke resultater har så denne satsingen gitt? Har de somatiske sykehusene blitt mer effektive og helsekøene kortere?

Flere utskrivinger og kortere liggetid

Ser vi på aktivitetstallene for døgnbehandling innenfor somatiske sykehus, finner vi at antall utskrivinger har økt med nær 13 prosent fra 1990 til 2000.

Denne økningen utgjør nesten 80 000 flere behandlede pasienter (se figur 1). I samme periode har imidlertid antall døgnplasser ved somatiske sykehus blitt redusert fra drøyt 16 000 til i underkant av 14 000.

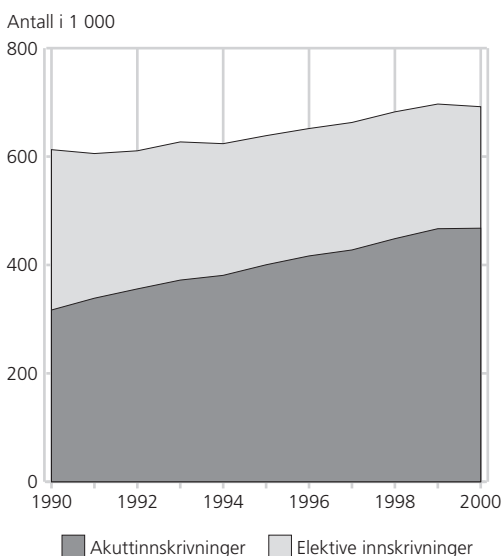
Til tross for nedgangen i plasser har det, som nevnt ovenfor, vært en økning i antall behandlede døgnpasienter. Dette har vært mulig fordi ny teknologi og nye behandlingsformer har redusert den gjennomsnittlige liggetiden per sykehusopphold og dermed lagt grunnlaget for mer effektiv utnyttelse av plassene. Samtidig har innføringen av innsatsstyrt finansiering gitt sykehusene et insentiv til å behandle flest mulig pasienter så effektivt som mulig. I 1990 lå døgnpasienter gjennomsnittlig 7,4 dager på sykehus, og i 2000 var det tilsvarende tallet 6,0. Sykehusene behandler med andre ord flere døgnpasienter fordelt på færre senger ved å skrive ut pasientene tidlige. Samtidig med nedgangen i gjennomsnittlig liggetid har imidlertid antall

¹ Garantien er hjemlet i forskrift om ventelisteregistre og prioritering av pasienter av 25. juli 1990 nr. 620.

re-innleggelser økt. I perioden fra 1990 til 2000 har 9 prosent flere pasienter blitt re-innlagt² etter et sykehusopphold. Det var 33 715 re-innleggelser i 1990, og 36 808 i 2000. Det kan med andre ord se ut til at nedgangen i gjennomsnittlig liggetid har medført at antall re-innleggelser har økt. Men samtidig som antallet re-innlagte pasienter har blitt større, har også den totale pasientmassen økt. I 1990 utgjorde re-innleggelsene 5,5 prosent av alle innleggelsene, og i 2000 utgjorde dette 5,3 prosent. Slik sett kan det ikke trekkes noen entydig sammenheng mellom nedgangen i gjennomsnittlig liggetid og antall re-innleggelser.

Med en økning på rundt 80 000 flere behandlede døgnpasienter, vil en kunne anta at det nå er færre pasienter som venter på behandling enn tidligere. Økningen i behandlede pasienter består imidlertid utelukkende av pasienter som har blitt innskrevet i forbindelse med akutt sykdom eller skade, såkalte akuttinnskrivinger (se figur 1). Venteliste-pasienter, på sin side, har fått eller venter på å få tildelt tid og sted for behandling. Det er med andre ord tale om en *elektiv* (planlagt) innleggelse for disse, og som figur 1 viser, har antall utskrivinger for denne pasientgruppen gått ned i perioden fra 1990 til 2000. Det økte antallet behandlede pasienter vil slik sett ikke ha påvirket helsekøen i større grad. En del av pasientene som har ventet på behandling, kan dog ha fått forverret sin tilstand i køen, og dermed blitt innlagt akutt. Dette utgjør imidlertid neppe en stor andel av akuttinnskrivingene.

Figur 1. Antall utskrivinger i somatiske sykehus, etter innskrivningstype¹. 1990-2000. 1 000



¹ I antall elektive innskrivinger er også de som er kodet som "født på sykehus" og "død i mottak" inkludert. Dette utgjorde litt over 1 prosent av totalt antall utskrivinger i 2000.

Kilde: Norsk pasientregister/pasientstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Økning i antall polikliniske konsultasjoner

Selv om behandling av døgnpasienter er en stor og viktig del av de somatiske sykehusenes virksomhetsområde, utgjør det på langt nær hele tilbudet. Behandling av pasienter som ikke overnatter på sykehuset er stadig økende. Antall polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger har økt med over 1 million i løpet av det siste tiåret, som figur 2 viser. Dette er en økning på mer enn en tredjedel.

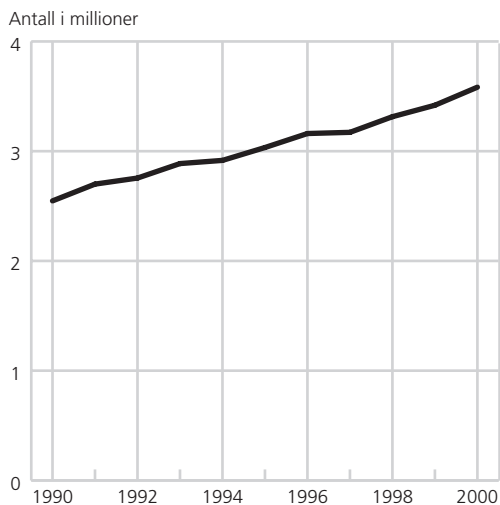
² Tallene for re-innleggelser omfatter pasienter som legges inn med samme hoveddiagnose på samme institusjon innen 31 dager etter siste sykehusopphold. Pasientstatistikken opererer uten personnummer, det er derfor kun mulig å følge pasienter innenfor ett og samme sykehus. Pasienter som re-innlegges på et annet sykehus, vil med andre ord ikke være inkludert i tallene, og det vil følgelig være en viss under-rapportering her.

Pasientdata: Fra regional til nasjonal statistikk

For SSB har arbeidet med å utvikle en landsomfattende statistikk på individnivå pågått siden begynnelsen av 1970-tallet. Da ble "det økonomiske og medisinske informasjonssystem" (ØMI) tatt i bruk av enkelte sykehus. På grunnlag av anonymiserte data fra dette EDB-systemet ble det for årene 1973 til 1982 utarbeidet statistikk for pasienter på somatiske sykehus. I starten var det bare to fylker som hadde sykehus med dette systemet, men antallet fylker økte over tid, og i 1982 omfattet statistikken utskrivninger fra alminnelige somatiske sykehus i 13 av fylkene.

En vesentlig mangel ved den tidligere ØMI-statistikken var at den på langt nær var landsomfattende, samtidig som datakvaliteten var sterkt varierende. I løpet av 1980-årene ble det imidlertid tatt i bruk flere nye EDB-baserte registreringssystemer, og fra slutten av tiåret registrerte så å si alle somatiske sykehus pasientdata på EDB. Dette har gjort det mulig å innhente et tilnærmelesvis landsomfattende datasett om sykehuspasienter uten altfor store innhentingskostnader. Selv om datakvaliteten på slutten av 1980-tallet fortsatt var varierende, og selv om ulikheter i registreringssystemene skapte visse problemer, kunne vi likevel si at vi endelig hadde fått et brukbart grunnlag for utarbeiding av landsomfattende statistikk om sykehuspasienter. Den første årgangen av SSBs nye pasientstatistikk gjaldt pasienter utskrevet fra somatiske sykehus i 1989. Datakvaliteten har bedret seg ytterligere utover i 1990-årene, og sykehusenes registrering av data har også blitt noe mer komplett i forbindelse med innføringen av innsatsstyrt finansiering av sykehusene i 1997 og opprettelsen av Norsk pasientregister (NPR). I og med innføringen av innsatsstyrt finansiering, har sykehusene nå fått et økonomisk insentiv til å kode mer nøyaktig, da blant annet bi-diagnoser også gir uttelling. For å hindre en for sterk vekst i utgiftene, ble det samtidig innført et system som gjør at sykehusene ikke kan øke sine driftsutgifter mer enn 1 prosent per år.

Figur 2. Antall polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger ved somatiske sykehus. 1990-2000. Millioner



Kilde: Norsk pasientregister/pasientstatistikk og spesialisthelsetjenesten, somatikk, Statistisk sentralbyrå.

Tallet i figur 2 inkluderer både polikliniske konsultasjoner og polikliniske dagbehandlinger. De typer behandlinger som pasienter venter på å få utført, er både dagbehandlinger og døgnbehandlinger. Den sterke økningen i antall behandlinger på dagtid vil slik sett ha innvirket positivt på helsekøen.

Et annet aspekt som bør trekkes inn i denne sammenhengen, er hva slags *type* behandling økningen består i. For enkelte typer behandlinger er det flere pasienter på venteliste enn andre. Kirurgiske inngrep er et eksempel på en slik type behandling.

Som sagt, er tallene i figur 2 et mål på de samlede antall behandlinger på dagtid, og det foreligger heller ikke aktivitetstall som er spesifisert etter behandlingsform. Slik sett er det vanskelig å si hvorvidt økningen kun består av økt volum av den

type behandling som tradisjonelt har foregått på dagtid, eller om det har skjedd en *overføring* av oppgaver fra døgnetil dag.

SINTEF Unimed NIS har dog samlet inn noe datamateriale som kan bidra til å belyse dette. SINTEF har plukket ut tre indikatoroperasjoner og fulgt utviklingen over hvor stor andel som har blitt utført som dagkirurgi i forhold til ved døgninnleggelse ved sykehusene. Operasjonene opplysningene gjelder, er åreknuteoperasjoner, grå stær-operasjon og brokkoperasjon. Tallene fra SINTEF viser at det har vært en markant økning i hvor stor andel av disse inngrepene som utføres dagkirurgisk. I 1991 ble 57 prosent av åreknuteoperasjonene utført som dagkirurgi, og i 1999 var dette tallet økt til 77 prosent. Andel brokkoperasjoner utført på dagtid har økt fra 26 til 50 prosent. For grå stær-operasjoner har tallet økt fra 47 til 88 prosent (SAMDATA sykehusrapport 3/95 og 1/00).

Selv om dette datamaterialet kun omfatter enkelte inngrep og ikke bygger på tall fra alle landets sykehus, er det en klar tendens til at en stadig større andel kirurgiske inngrep utføres på dagtid. Ifølge SAMDATA sykehusrapport 1/00 utgjorde dagkirurgi halvparten av alle kirurgiske inngrep i 1999. Dagkirurgi er en mer kostnadseffektiv behandlingsmåte enn innleggelse. Overføringen av disse oppgavene til dagtid vil slik sett ha hatt en positiv innvirkning på behandlingsskapiteten til sykehusene. Som tidligere nevnt, er det stort behov for kirurgisk behandling. Bedret behandlingsskapitet på dette området vil følgelig ha bidratt til å redusere ventelistene her. I tillegg kommer selvfølgelig den økte polikliniske aktivitetens virkning på ventelistene for

alle de andre behandlingsområdene som utføres på dagtid.

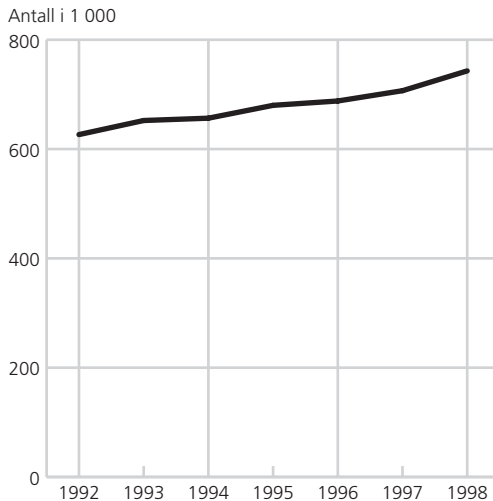
Pasientsammensetning

Et aspekt som også bør trekkes inn i en diskusjon om sykehusenes aktivitet og effektivitet er sammensetningen av pasientene. Ulike sykdommer krever ulike ressursinnsats. En utskrivning av en pasient som har fått utført en åreknuteoperasjon, er med andre ord ikke direkte sammenlignbar med en som har fått utført en lungetransplantasjon. For å korrigere for slike ulikheter i ressursbruk, benyttes DRG-systemet. DRG står for "Diagnose Relaterte Grupper" og er et klassifiseringssystem hvor sykehusoppholdene blir gruppert i medisinsk meningsfulle grupper som er mest mulig homogene i forhold til ressursbruk. Den enkelte DRG har en kostnadsvekt som er beregnet ut fra fire hovedkomponenter: røntgen-, laboratorie-, operasjons- og liggetidsavhengige kostnader. I dette systemet er den gjennomsnittlige ressursbruken per pasient vektet til 1,0.

Sykehusenes DRG-poeng beregnes av summen av kostnadsvektene for alle oppholdene ved sykehusene. Dersom alle pasientene har DRG-vekt lik 1, vil DRG-poengene være likt antall opphold ved sykehusene. Sykehus som har en høy andel pasienter med mer ressurskrevende sykdommer, vil ha flere DRG-poeng enn utskrivninger, og det motsatte vil være tilfelle for de sykehusene som har en høy andel pasienter med "lettere" sykdommer. På denne måten kan DRG-systemet være et bedre mål på sykehusenes aktivitet enn antallet utskrivninger, samtidig som resultatene fra ulike sykehus vil være mer sammenlignbare.

Det økte antallet utskrivninger betyr med andre ord ikke nødvendigvis at

Figur 3. Antall DRG-poeng ved somatiske sykehus. 1992-1998. 1 000



Kilde: Norsk pasientregister/pasientstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

sykehusene har blitt så veldig mye mer effektive. Bakgrunnen kan også være at de har behandlet flere pasienter med "lettere" diagnoser. De nasjonale tallene for DRG-poeng er dessverre ikke sammenlignbare i hele perioden fra 1990 til

2000, da ikke alle sykehusene har vært inkludert i tallene hele tiden. I tillegg er DRG-poeng for dagbehandling inkludert de siste årene. Det er dog mulig å sammenligne tallene fra 1992 til 1998 som presenteres i figur 3. Som vi ser herfra, var antallet DRG-poeng 626 470 i 1992 og 743 028 i 1998.

Denne økningen utgjør 18,6 prosent. Til sammenligning økte antall utskrivinger med nesten 12 prosent i tilsvarende periode. Det har altså vært en høyere prosentvis vekst i antall DRG-poeng enn i antall utskrivinger.

Så langt har vi sett at det har vært en vesentlig aktivitetsøkning ved de somatiske sykehusene, både i akuttbehandling og behandlinger som vil ha bidratt til å redusere helsekøen. Hvordan har så dette innvirket på ventelistene? Har ventetiden for pasientene blitt kortere?

Endring i ventetid?

I St.meld. nr. 41, 1987-88 ble det påpekt at det eksisterer svært varierende rutiner

DRG-systemet

DRG-systemet ble utviklet ved slutten av 1960-tallet av forskere ved Yale-universitetet i USA.

I Norge har DRG-systemet blitt benyttet i somatiske sykehus siden 1988. Her har det blitt brukt for å korrigere for pasientsammensetning i produktivets- og aktivitetsanalyser. I tillegg har det vært en del av finansieringssystemet for sykehusene. Dette skjedde første gang i forbindelse med det statlige stykkprisforsøket på begynnelsen av 1990-tallet. Senere ble det brukt som grunnlag for toppfinansieringen på 1990-tallet, og når innsatsstyrt finansiering (ISF) ble igangsatt 1. juli 1997, utgjorde DRG-systemet basis for dette.

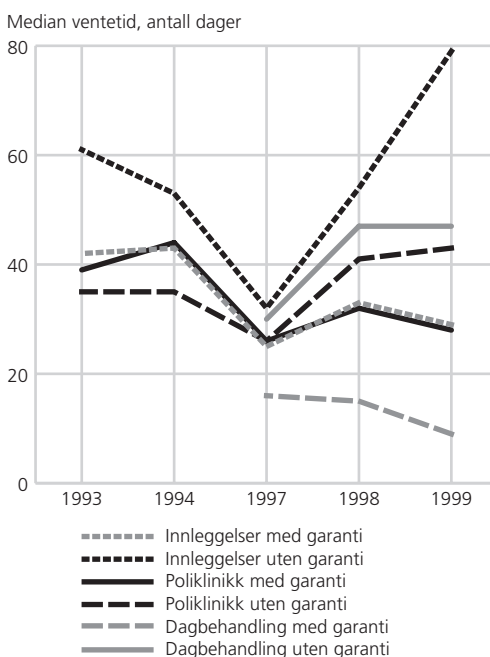
Dette finansieringssystemet fungerer på følgende måte: Staten setter en enhetspris for en DRG (dvs. DRG med vekt 1,0) som er beregnet som sykehusenes gjennomsnittskostnad per opphold. Denne var 27 796 i 2000. Sykehusene beregner sine DRG-poeng som summen av DRG-vekter for alle opphold ved sykehuset i løpet av et år. Staten refunderer 50 prosent av kostnadene knyttet til gjennomsnittskostnaden per opphold. Den statlige refusjonen utregnes med andre ord som antall DRG-poeng*0,5*enhetsprisen for DRG.

Refusjonen utbetales til fylkeskommunene, som må dekke de øvrige kostnadene ved behandling av pasienter gjennom sine "frie inntekter".

for registrering av pasienter på venteliste i de ulike helseinstitusjoner. Som et resultat av dette, ble det utarbeidet en forskrift for ventelisteregistre og prioritering av pasienter i 1990. I denne forskriften ble det satt klare regler for hvordan ventelistepasienter skulle registreres slik at det skulle bli mulig å oppnå et ensartet nasjonalt registreringssystem.

SINTEF Unimed NIS har presentert tall over ventelistepasienter i sine rapporter for sykehus. De første årene etter at forskriften ble iverksatt, var imidlertid datakvaliteten dårlig, og det er ikke før i de seneste årene at kvaliteten på ventelistedata har nådd et tilfredsstillende nivå. De foreliggende tallene for median³ ventetid er presentert i figur 3. Som figuren viser, var det en nedgang i ventetiden for alle typer behandling fram til 1997. Etter dette året var det en markant økning i ventetiden for pasienter uten garanti for samtlige behandlingsformer. Dette må ses i sammenheng med forbedringen av behandlingsgarantien som trådte i kraft 1.7.1997. I den nye garantien ble ventetiden for pasienter med alvorlige sykdommer redusert fra 6 til 3 måneder. Økningen i ventetid for ikke-garanti-pasienter indikerer således at de med 3 måneders behandlingsgaranti ble

Figur 4. Median ventetid for innleggelse, dagbehandling¹ og poliklinikk. Pasienter med og uten ventetidsgaranti. 1993-1999²



¹ Det foreligger ikke spesifiserte ventelistedata for dagbehandling forut for 1997.

Kilde: SINTEF Unimed NIS SAMDATA sykehus 3/93, 3/95 og 3/99.

prioritert. Det har imidlertid ikke vært noen ytterligere nedgang i ventetiden for disse pasientene bortsett fra for de som venter på dagbehandling. Her har det

Ventetidsgaranti

Ventetidsgarantien er en garanti for at pasienter som oppfyller gitte kriterier, ikke skal vente mer enn et visst tidsrom før de får behandling ved offentlig sykehus/poliklinikk. Garantien er hjemlet i forskrift om ventetidsgaranti av 27.6.1997. Denne forskriften omhandler både vurderingsgaranti og behandlingsgaranti. Vurderingsgarantien er en individuell rett som skal sikre at alle pasienter som henvises til offentlige sykehus eller poliklinikker, vurderes innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt. Videre garanteres de pasienter som etter vurdering oppfyller kriteriene for behandlingsgarantien, behandling innen tre måneder etter at henvisningen er mottatt.

³ Median ventetid er den verdi hvor halvparten av pasientene har kortere ventetid og den andre halvpart har lengre ventetid.

vært en nedgang i median ventetid fra 16 til 9 dager fra 1997. En del av bakgrunnen for dette kan være den økte andel oppgaver som utføres på dagtid.

Som vi har sett, har de somatiske sykehuse- sene vært mer effektive idet de har be- handlet vesentlig flere pasienter det siste tiåret. Det er imidlertid vanskelig å si hvorvidt helsekøene har blitt kortere eller lengre idet ventetiden for noen typer pasienter har økt og for andre er den redusert. Tallene viser dog at ventetiden er redusert for pasientene med de mest alvorlige sykdommene, noe som er en positiv utvikling.

Referanser

SAMDATA sykehus (1993): *Sammenlig- ningsdata for somatisk fylkeshelsetjeneste 1992*. Sintef rapport nr. 3, 1993 Sintef Unimed.

SAMDATA sykehus (1995): *Sammenlig- ningsdata for somatisk fylkeshelsetjeneste 1994*. Sintef rapport nr. 3, 1995 Sintef Unimed.

SAMDATA sykehus (1999): *Sykehussektoren 1998 - fra rammefinansiering til ISF*. Sintef rapport nr. 3, 1999 Sintef Unimed.

SAMDATA sykehus (2000): *Sykehussektoren på 1990-tallet. Sterk vekst - stabile fylkesvise forskjeller*. Sintef rapport nr. 1, 2000 Sintef Unimed.

St.meld. nr. 41 (1987-88): *Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan*.