

**SENGEKAPASITET OG KAPASITETSUTNYTTELSE VED
SOMATISKE SYKEHUS I NORGE**

Er det sammenheng mellom sengekapasitet og korridorpasienter?

Juni 2001

1 Oppsummering

Bakgrunn og innledning

De senere årene har det vært fokusert på overbelegg og korridorpasienter ved de somatiske sykehusene i Norge. Helsetilsynets kartlegginger i 1998 og 1999 viste at korridorpasienter forekommer i betydelig omfang. Problemet er størst ved de store sykehusene.

Som ledd i oppfølgingen av overbelegg og korridorpasienter har Statens helsetilsyn foretatt en analyse av sengekapasiteten og kapasitetsutnyttelsen ved de somatiske sykehusene i Norge. Analysen fokuserer særlig på indremedisinske avdelinger hvor problemet med overbelegg og korridorpasienter er størst.

Behov for sengeplasser i sykehusene og kapasitetsutnyttelsen er avhengig av flere ulike faktorer både internt i sykehusene og ikke minst når det gjelder samarbeid med kommunene og kommunenes kapasitet i form av sykehjemsplasser, sykestuer mv. Vi har i denne sammenheng avgrenset analysen til dagens situasjonen i sykehusene samt endringer som har skjedd på 90-tallet.

I rapporten er følgende problemstillinger belyst:

- sentrale utviklingstrekk på 90-tallet.
- utvikling og status mht. sengekapasitet og bruken av de somatiske sykehusene
- kapasitetsutnyttelsen av sengeplassene
- om det er sammenheng mellom korridorpasienter og lav sengefaktor i det enkelte fylke, total beleggspersent ved det enkelte sykehus eller beleggspersent ved den enkelte indremedisinske avdeling.

Ulikheter mellom regioner, fylker og sykehus er belyst og vist i oversiktsfigurer og tabeller.

Faktadel

- I perioden 1990 til 1999 har antall opphold ved de somatiske sykehusene, totalt, på landsbasis økt med 14.6%. Andel øyeblikkelig hjelp innleggelser har økt fra 54% til 65% i den samme perioden.

Et viktig utviklingstrekk på 90-tallet, som har sentral betydning i forhold til sengekapasiteten ved sykehusene, er økningen i antall øyeblikkelig hjelp innleggelser hos eldre pasienter med medisinske lidelser (medisinske DRG-er). For gruppen 80 år og over er økningen på over 30%.

- Antall sykehusopphold per 1000 innbyggere har økt i gjennomsnitt på landsbasis fra 142 i 1990 til 154 i 1999. Dette kan bl.a. tilskrives den økte andelen eldre, over 80 år, som har en betydelig høyere rate av sykehusinnleggelser enn befolkningen for øvrig.

Det er en marginal reduksjon av antall liggedøgn, totalt, fra 1991 til 1999. Dette indikerer at innsparte liggedøgn som følge av kortere liggetid i perioden, har gått med til å ta hånd om flere innleggelser i den samme perioden.

- Samtidig har det i perioden 1990 til 1999 vært en reduksjon på nærmere 1500 effektive sengeplasser totalt ved sykehusene. Innen indremedisin er reduksjonen på 350 sengeplasser, og det er i dag en mangel på ca. 500 indremedisinske sengeplasser.
- Kapasitetsutnyttelsen ved sykehusene målt ved beleggsprosent viser at beleggsprosenten totalt, gjennomsnittet for alle sykehusene, viser liten endring i perioden 1990 til 1999 også for de ulike typer sykehus. Beleggsprosenten er imidlertid noe høyere ved region- og sentralsykehusene enn de øvrige sykehusene.
- Det er som ventet en klar sammenheng (statistisk signifikant) mellom beleggsprosent ved den enkelte indremedisinske avdeling og hyppighet av korridorpasienter. Det er også sammenheng (statistisk signifikant) mellom beleggsprosent for hele sykehuset og hyppighet av korridorpasienter ved indremedisinsk avdeling ved det enkelte sykehus
- Undersøkelsen viser betydelige forskjeller mellom gjennomsnittlig beleggsprosent for hele sykehuset og beleggsprosenten ved indremedisinske avdeling ved mange sykehus. Ved enkelte sykehus er det en forskjell på mer enn 30 prosentpoeng. Mens gjennomsnittlig beleggsprosent ved sykehusene som helhet var i området 75-90%, var belegget ved mange indremedisinske avdelinger godt over 100%.
- Det er ingen sikker sammenheng mellom sengefaktoren (antall senger per 1000 innbyggere bosatt i fylket) i det enkelte fylke og overbelegg. En årsak til dette er flyt av pasienter (gjestepasienter) over fylkesgrensene, og at overbelegg blir registrert i behandlende sykehus / fylke og ikke bostedsfylke. Pasientflyten over fylkesgrensene varierer dessuten mellom de ulike fylkene.
- Sammenlignet med de nordiske landene har Norge et lavere antall indremedisinske senger i forhold til befolkningsgrunnlaget. Norge har imidlertid et høyere antall kirurgiske sengeplasser enn både Sverige og Finland.

Helsetilsynets vurdering

Denne undersøkelsen viser at overbelegget ved mange indremedisinske avdelinger i Norge i stor grad kan tilskrives mangel på sengeplasser. Ved mange sykehus er det svært ujevn fordeling av sengeplassene i forhold til de faktiske behovene. Vi mener det finnes en reservekapasitet som kan frigjøres ved omfordeling av sengeplasser mellom de ulike avdelingene og fagområdene. Det er likevel grunn til å anta at det totale sengetallet er for lavt og må økes ved flere sykehus dersom overbelegg og korridorpasienter skal unngås.

Som fremhevet i en rapport fra Sintef Unimed har fokus på 90-tallet vært rettet mot å få ned ventetiden for dem som venter på planlagt behandling, mens hele den observerte aktivitetsøkningen ved sengeavdelingene har gått med til å behandle pasienter definert som øyeblikkelig hjelp. Det er grunn til å stille spørsmål om man ikke i større grad burde forutsett behovene for sykehusinnleggelser og sykehustjenester knyttet til de eldste enn hva som har vært tilfelle. En slik utvikling kunne forutses allerede på 80-tallet basert på demografisk data om befolkningsutviklingen og alderssammensetningen.

Reduksjonen av antall senger som har funnet sted på 80-tallet og dels på 90-tallet har likevel vært en ønsket og tilsiktet utvikling. Dette har vært begrunnet med rasjonalisering og effektivisering bl.a. ved overgang til dagkirurgi, dagbehandling og poliklinisk behandling samt kortere liggetid. Denne utviklingen har skjedd i størst grad innen de kirurgiske fagområdene og i mindre grad innen de medisinske fagområdene. Men samtidig som det har vært en reduksjon av sengetallet har befolkningen og antall innleggelser økt.

Et slående funn i denne undersøkelsen er den betydelige diskrepans mellom gjennomsnittlig beleggsprosent for hele sykehuset og beleggsprosenten ved indremedisinsk avdeling ved mange sykehus. Dette viser en ujevne fordelingen av sengeplasser og belastning mellom de ulike avdelingene. At enkelte avdelinger har et belegg langt over gjennomsnittet må bety at andre avdelinger har et belegg som ligger under gjennomsnittet. Vi antar at det til en viss grad dreier seg om de mindre spesialitetene samt avdelinger med hovedsakelig elektiv (planlagt) virksomhet. Sett i forhold til behovet og belastningen burde mange indremedisinsk avdelinger hatt et betydelig høyere sengetall enn hva som er den faktiske situasjonen i dag.

Hvorfor fordelingen av sengeplasser er så ulik har vi ikke sikre forklaringer på. En forklaring kan være tradisjon og intern bedriftskultur og motvilje mot å få redusert ressurstilgangen. Et bestemt antall senger har tradisjonelt vært knyttet til de ulike avdelingene og fagområdene, de har hatt eierforhold til "sine senger". Etter vår vurdering er det ikke grepet tilstrekkelig fatt i denne problematikken ved norske sykehus. Det har ikke blitt foretatt tilstrekkelig refordeling av sengeplasser i forhold til den utviklingen som har vært, særlig innen de kirurgiske fagområdene ved overgang til dagkirurgi og redusert sengebehov. En annen årsak kan være stengning eller nedleggelse av sengeposter av økonomiske grunner de senere årene.

Den beregnede underdekningen på 500 indremedisinske sengeplasser på landsbasis tilsvarer omtrent reduksjonen av indremedisinske sengeplasser som har skjedd på 90-tallet. Dette behøver ikke bety en absolutt mangel på 500 sengeplasser. Ved enkelte sykehus mener vi det er reserver, dvs. ved bedre fordeling av sengeplassene vil kapasiteten innen indremedisin kunne økes og presset reduseres. Ved andre sykehus er det antakelig en faktisk mangel på senger og disse sykehusene bør derfor øke sengetallet.

Problemene er først og fremst knyttet til de store sykehusene. Lokalsykehusfunksjonen med mange øyeblikkelig hjelp innleggelser er en viktig årsak til den høye belastningen ved de store sykehusene. I hvilken grad det er mulig å avlaste de store sykehusene bl.a. i et samarbeid med de mindre sykehusene bør vurderes nærmere.

Helsetilsynet har anbefalt at et gjennomsnittlig belegg på 85% på årsbasis legges til grunn ved planlegging av drift ved avdelinger som har en høy andel øyeblikkelig hjelp innleggelser. Ved avdelinger med hovedsakelig planlagt virksomhet kan et belegg opp mot 90-95% aksepteres og legges til grunn. Gjennomgående har flertallet av de indremedisinske avdelingene, som hovedsakelig tar imot øyeblikkelig hjelp, en betydelig høyere beleggsprosent enn 85.

En reduksjon av beleggsprosenten kan etter vår vurdering skje ved å øke sengetallet og / eller ved å ta i bruk alternative behandlingstilbud til pasientene. God flyt og koordinering av utredning og undersøkelser med minimal ventetid, og å unngå interne flaskehalsar samt økt og bedret samarbeid med primærhelsetjenesten er imidlertid viktig.

Viktige alternativer til innleggelse kan være oppretting av observasjonsavdelinger, økt poliklinisk behandling, inklusiv øyeblikkelig hjelp poliklinikktilbud.

Et gjennomgående problem ved mange sykehus er at utskrivningsklare pasienter venter på plass utenfor sykehus. Kapasiteten i kommunene og samhandlingen mellom kommunene og sykehusene om utskrivning av ferdigbehandlede pasienter er sentralt i denne sammenheng. Det må likevel bemerkes at kommunene har gjort en betydelig satsning på sykehjem. De siste ti årene har antall somatiske sykehjemsplasser økt med nærmere 9000, (ca. 45%), på landsbasis, men samtidig er antall øvrige institusjonsplasser i kommunene redusert. Økning av antall sykehjemsplasser har vært et satsningsområde og en ønsket utvikling.

Mange pasienter er etter Helsetilsynets vurdering i dag feilplassert på spesialiserte poster og avdelinger ved de store sykehusene bl.a. fordi pasienter legges der det er ledig plass, uavhengig av lidelse. Samtidig har den sterke spesialiseringen innen de medisinske fagområdene svekket muligheten for å gi et helhetlig behandlingstilbud til pasientene. Dette gjelder spesielt eldre pasienter med vanlige sykdommer eller sammensatte lidelser som krever innsats fra mange ulike fagfolk. Det er ved mange sykehus ikke samsvar mellom den faktiske pasientsammensetningen og deres behov og dagens organiseringen av virksomheten. Oppretting av generelle medisinske poster eller avdelinger ved de store sykehusene kan være en vei å gå. Alternativ kan mange av disse pasientene tas hånd om i generelle indremedisinske avdelinger ved de mindre sykehusene.

Den senere tiden har spørsmålet om sykehjem eller sykestuer som alternativ til sykehusinnleggelse blitt tatt opp. Mange pasienter er i dag i en slag "gråsoner" mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Utbygging og opprusting av sykehjem eller sykestuer kan være et tiltak for å ta hånd om enklere medisinske problemstillinger der pasienten trenger en seng i institusjon noen dager med tettere oppfølging av allmennlege, og for pasienter som trenger oppfølging etter sykehusopphold. En slik organisering vil kunne redusere både antall innleggelser og medføre raskere utskrivning fra sykehus. Institusjonene må være utrustet og bemannet for å kunne påta seg slike oppgaver. En slik tjeneste benevnes i blant som 1 ½ -linjetjeneste. Helsetilsynet mener at 1 ½ linjetjenesten har sin plass, nettopp for "gråsonepasientene". Det er viktig å avklare hvilken instans som eventuelt skal ha ansvaret for en slik tjeneste.

Sammenlignet med de nordiske landene har Norge et lavere antall indremedisinske senger i forhold til befolkningsgrunnlaget. Norge har imidlertid et høyere antall kirurgiske sengeplasser enn både Sverige og Finland. Det kan stilles spørsmål ved om de andre nordiske landene har en bedre tilpassing av sengekapasiteten i forhold til behovene innen de ulike fagområdene enn Norge.

Planlegging av sykehusdriften må foruten oppdatering og forbedring av dagens situasjon, også ta høyde for fremtidige behov. Viktige forhold som vil være avgjørende for behovet for sengeplasser i sykehusene i årene fremover er

- demografisk utvikling
- sykkeligheten i befolkningen
- medisinsk-teknologisk utvikling
- etterspørsel etter helsetjenester
- organisering av helsetjenesten og fordeling av oppgaver mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten
- prioritering.

I en rapport fra SINTEF Unimed i 1999 om Eldres forbruk av helsetjenester på 90-tallet vises det at eldrebølgen gjør at man vil trenge 3000-7000 flere sengeplasser de neste 50 årene dersom tilbudet og inntakskriteriene i dag legges til grunn.

Sykdomsgrupper som dominerer i høy alder vil øke pga. flere eldre i årene fremover.

Det er vanskelig å vurdere hvordan de ulike faktorene vil påvirke behovet for sykehussenger. Hittil har demografisk utvikling samt forventning om redusert liggetid og økt dagbehandling

og poliklinisk behandling vært en viktig premis for fremtidig planlegging. I fremtiden vil medisinsk-teknologisk utvikling antakelig få økende betydning.

Endret organisering og behandling på annet nivå, enn ved innleggelse slik som i dag, vil kunne redusere behovet for sengeplasser i sykehusene, for eksempel ved opprettelse av 1 ½-linjetjeneste. Et forhold som bør utredes nærmere er de samfunnsmessige kostnadene ved organisering og behandling på andre nivå enn ved innleggelse i sykehus.

Prioritering og hva den offentlige helsetjenesten skal ha ansvaret for i fremtiden vil være en viktig premis for utbyggingen av de offentlige sykehusene. Skal det offentlige kun prioritere "basistilbud" av helse- og sykehustjenester, eller skal de tilby "alt til alle"? Dette er sentrale spørsmål som kan bli reist i tiden fremover.

Det synes ikke rimelig å legge dagens inntakskriterier og forbruk av sykehustjenester og kun demografisk utvikling alene til grunn for fremtidig behov for sengeplasser. Også andre forhold må tas med i vurderingen. Vi vil advare mot forventning om stadig redusert liggetid og færre innleggelser og dermed redusert sengebehov. Det grunn til å minne om at de optimistiske anslagene om redusert behov for sengeplasser ved slutten av 80-tallet og begynnelsen av 90-tallet ikke har slått til. Det er derfor grunn til å anta at behovet for sengeplasser i sykehusene vil øke i årene fremover. Planlegging av fremtidig sykehusdrift bør ta hensyn til dette.

Utfordringen nå og fremover er grundig gjennomgang, vurdering og analyse av dagens situasjon i det enkelte sykehus og fylke, og den enkelte region. Det må settes inn tiltak for å rette på dagens situasjon og foretas grundig planlegging for å kunne tilpasse kapasiteten til fremtidige behov for plasser i sykehusene.

Endret organisering av pasientbehandlingen og behandling på annet nivå enn ved innleggelse bør vurderes. Medisinskfaglige og samfunnsøkonomiske analyser og vurderinger bør utføres i denne sammenheng.

2 Innledning / bakgrunn

Som ledd i overordnet faglig tilsyn for 2001 og etter føringer fra Sosial- og helsedepartementet skal Statens helsetilsyn vurdere kapasitet- og kapasitetsutnyttelse ved norske somatiske sykehus, særlig med hensyn på sengeplasser. Videre skal Helsetilsynet sammen med fylkeslegene følge opp overbelegg og bruk av korridorsenger. De sist nevnte forholdene vil bli tatt opp i egen rapport.

De senere årene har det vært fokusert på overbelegg og korridorpasienter ved de somatiske sykehusene i Norge. Helsetilsynets kartlegginger ved 60 sykehus i 1998 og 1999 viste at korridorpasienter forekommer i betydelig omfang (1, 2). Problemet er størst ved de store sykehusene og ved indremedisinske avdelinger. Ved de indremedisinske avdelingene forekommer korridorpasienter hyppig eller regelmessig ved 4 av 5 avdelinger.

I en nylig utgitt rapport fra Senter for helseadministrasjon fremgår at det er en mangel på ca. 500 indremedisinske sengeplasser på landsbasis (3). I følge Helsetilsynets rapport i 1999 er korridorpasienter, i det omfang som er registret i Norge, et særnorsk fenomen.

Behov for sengeplasser i sykehusene og kapasitetsutnyttelsen er avhengig av flere ulike faktorer både internt i sykehusene og ikke minst når det gjelder samarbeid med kommunene og kommunenes kapasitet i form av sykehjemsplasser, sykestuer mv. Vi vil i denne sammenheng avgrense analysen til dagens situasjonen i sykehusene samt endringer som har skjedd på 90-tallet.

I rapporten vil vi belyse følgende problemstillinger:

- Sentrale utviklingstrekk på 90-tallet.
- Utvikling og status mht. total sengekapasitet og bruk av de somatiske sykehusene i Norge.
- Hvordan er kapasitetsutnyttelsen av sengeplassene?
- Er det ulikheter mellom regioner, fylker og sykehus?
- Er det sammenheng mellom korridorpasienter og lav sengefaktor i det enkelte fylke?
- Er det sammenheng mellom korridorpasienter og total beleggsprosent (beleggsprosent for hele sykehuset) ved det enkelte sykehus og beleggsprosenten ved indremedisinsk avdeling?

Tilgjengelige offentlige data er benyttet som grunnlag for undersøkelsen.

3 Metode

Undersøkelsen baseres på data fra Statistisk sentralbyrå (SSB), SINTEF Unimed/NIS (SAMDATA rapporter) og Helsetilsynets rapporter om korridorpasienter samt annen relevant litteratur. Data for 2000 er p.t. ikke ferdige og derfor er de siste talldata fra 1999.

Totalt antall senger (ordinære sengeplasser eller effektive sengeplasser) velges som indikator på kapasitet i sykehus. Sengefaktor (antall senger i forhold til befolkningsgrunnlaget) velges som indikatorer på kapasitet i fylker. Sengefaktoren er en indikator for sengekapasiteten til fylkeskommunen, inklusiv den kapasitet de benytter i andre fylker (gjestepasientkorrigert). I tillegg er sengefaktoren korrigert for ulik alderssammensetning. Gjennomsnittlig beleggsprosent på årsbasis velges som indikatorer på kapasitetsutnyttelse.

3.1 Data om antall senger

Når det gjelder data om antall senger brukes både betegnelsen *ordinære senger* og *effektive senger*. Dette gjør at data om sengetall kan variere avhengig av hvilke kriterier som er lagt til grunn.

Ordinære sengeplasser: Det antall senger som er til disposisjon ved avdelingen / sykehuset basert på punkttelling per 31. desember hvert år (4).

Effektive senger: Gjennomsnittlig antall tilgjengelige senger i løpet av året. Dette er en beregnet størrelse basert på opplysninger fra sykehusene om antall tilgjengelige senger i løpet av året. I SAMDATA rapportene defineres effektive senger slik:
Effektive senger = totalt antall sengedøgn / antall dager i året.

Med sengedøgn menes det maksimale antall overnattinger som er mulig innenfor sykehusets / avdelingens planlagte drift. Ved beregningen tas det hensyn til redusert kapasitet i ferier, midlertidig stengning av avdelinger/poster og redusert drift forårsaket av andre forhold i løpet av året (4).

Data og statistikk fra SSB er vanligvis basert på antall ordinære sengeplasser ved punkttelling per 31. januar hver år. Sintef Unimed/NIS derimot baserer SAMDATA-rapportene på effektive sengeplasser. Tall fra SSB kan derfor avvike noe fra tall fra SAMDATA. I praksis er ikke forskjellene så store, men antall effektive senger vil være noe lavere en antall ordinære sengeplasser, og er et mer korrekt uttrykk for det faktiske antall senger avdelingen / sykehuset har hatt til disposisjon i løpet av året. For året 1999 viser data fra SSB og fra SINTEF Unimed/NIS (SAMDATA) et totalt sengetall på landsbasis, på hhv. 14 161 (ordinære senger) og 13 521 (effektive senger).

Typer av sengeplasser er basert på SAMDATA, og inndelingen er som følger:

Kirurgiske sengeplasser omfatter: Generell kirurgi m/subspesialiteter samt ortopedi, øre-nese-hals, øye, føde- og gynekologi.

Medisinske sengeplasser omfatter: Generell indremedisin m/subspesialiteter samt onkologi, geriatri, hudsykdommer, nevrologi, pediatri og revmatologi (eksklusiv rehabilitering og sosialmedisin)

Indremedisinske sengeplasser omfatter: Generell indremedisin m/subspesialiteter.

Når det gjelder andre sentrale begreper og definisjoner som er brukt i rapporten vises til vedlegg nr 1.

4 Utvikling og status

4.1 Sentrale utviklingstrekk de senere årene

Fra slutten av 80-tallet har det vært en betydelig overgang til dagkirurgi, dagbehandling og poliklinisk behandling ved sykehusene i Norge. Øvrige sentrale utviklingstrekk de siste par tiårene er økt antall innleggelser og reduksjon av gjennomsnittlig liggetid.

Pasientsammensetningen er endret med økt andel øyeblikkelig hjelp innleggelser spesielt hos aldersgruppen 80 år og over, og særlig ved de indremedisinske avdelingene. I en lengre periode, og særlig på 80-tallet, har det vært nedbygging av sengeplasser, også for indremedisinske pasienter. Denne tendensen har stoppet opp på slutten av 90-tallet.

Endringen i innleggelsesmønsteret ved sykehusene har skjedd innen de fleste fagområder, men endringen har gitt større konsekvenser innen indremedisin da det ikke har skjedd en tilstrekkelig tilpassing av kapasiteten i forhold til behovene. Dette gjelder særlig sengekapasitet for å ta hånd om øyeblikkelig hjelp innleggelser.

Rent matematisk er behovet for senger bestemt av antall liggedøgn som er en funksjon av antall innlagte pasienter og gjennomsnittlig liggetid. I praksis er dog situasjonen slik at gjennomsnittlig liggetid ved enkelte sykehus kan være påvirket av sengekapasiteten. Ved sykehus med god kapasitet kan pasienter bli liggende lenger enn ved sykehus med liten sengekapasitet, der pasientene må skrives raskere ut, bl.a. annet på grunn av overbelegg.

Hovedtrekk i utviklingen når det gjelder antall utskrevne pasienter (innlagte pasienter), liggetid, antall liggedøgn, og antall sengeplasser i perioden 1980 til 1999 er vist i tabell 1.

Tabell 1. Antall utskrevne pasienter, liggetid, antall liggedøgn og antall sengeplasser ved somatiske sykehus i Norge - utvikling i perioden 1980-1999

	1980	1990	1995	1999	Endring 1980-1999 i %	Endring 1990-1999 i %
Antall utskrevne pasienter totalt	582 735	612 724	638 557	701 993	20,5	14,6
Gj.snittlig liggetid alle pasienter	9,8	7,6	6,8	6,2	-36,7	-13,9
Antall liggedøgn totalt (1000)	6 634	4 507	4 240	4 333	- 34,7	- 3,9
Sengeplasser totalt (a)	21 883	16 040	14 534	14 161	-35,3	-11,7

(a) Gjelder ordinære sengeplasser basert på registrering per 31/12 hvert år.

Kilde: Data om antall innleggelser og antall sengeplasser totalt er hentet fra SSB (5), (Historiske tabeller, Tabellregister 1970-1992, Internett juni 2000, Helsestatistikk 1990, (NOS) Pasientstatistikk 1995-98 og Senger ved somatiske sykehus 1990-99). Data om gjennomsnittlig liggetid er hentet fra Samdata-rapporter fra NIS.

Antall utskrevne pasienter økte med 20% i perioden 1980-1999, og størsteparten av økningen skjedde på 90-tallet. Reduksjon av antall liggedager, liggetid og antall sengeplasser totalt samsvarer, og er på ca. 35% i den samme perioden. Den største

reduksjonen skjedde før 1990. Etter 1990 har det først og fremst vært en reduksjon av gjennomsnittlig liggetid, men også av antall sengeplasser. Reduksjonen av antall ordinære senger er på nærmere 12%, og tilsvarer nærmere 1 900 senger, på 90-tallet. Dette er i samsvar med reduksjonen i antall effektive senger som var 12% fra 1991-1999 (Samdata rapport 2000) (6).

I følge SAMDATA rapporten for 2000 har antall sykehusopphold økt i alle fylker fra 1991 til 1999, men størrelsen på veksten varierer. Økning i antall opphold har vært størst i Telemark og lavest i Nord-Trøndelag og Nordland.

Den kommunale helsetjenesten, og særlig kapasitet mht. institusjonsplasser i kommunene, har betydning for kapasitetsutnyttelse og bruken av sykehusene. I tabell 2 vises utviklingen av plasser i institusjoner for eldre og funksjonshemmede i perioden 1991 til 1999. Tabellen viser en markant økning på nærmere 9000, (45%), somatiske sykehjemsplasser totalt i kommunene fra 1991 til 1999. Antall øvrige institusjonsplasser er redusert i den samme perioden, og totalt er det derfor en reduksjon av institusjonsplasser i kommunene, men samtidig har tilbudet av hjemmebaserte tjenester økt.

Tabell 2. Plassar i institusjoner for eldre og funksjonshemma. 1991-1999

	1991	1995	1999
Plassar i alt ^a	45 946	43 882	43 240 ^b
Somatisk sjukeheim	19 691	23 462	28 599
Kombinert alders- og sjukeheim	15 248	12 116	8 581
Sjukeheimsavdeling i institusjon kombinert med fylkeskommunal verksemd	1 674	1 232	1 015
Aldersheim	7 282	5 841	4 396
Anna buform godkjend som institusjon	1 139	1 231	649
Andre institusjonar	912

^a Eksklusive fylkeskommunale plassar.

^b Institusjonar som var i drift per 31.12.99. Registrert etter kommunen institusjonen ligg i.

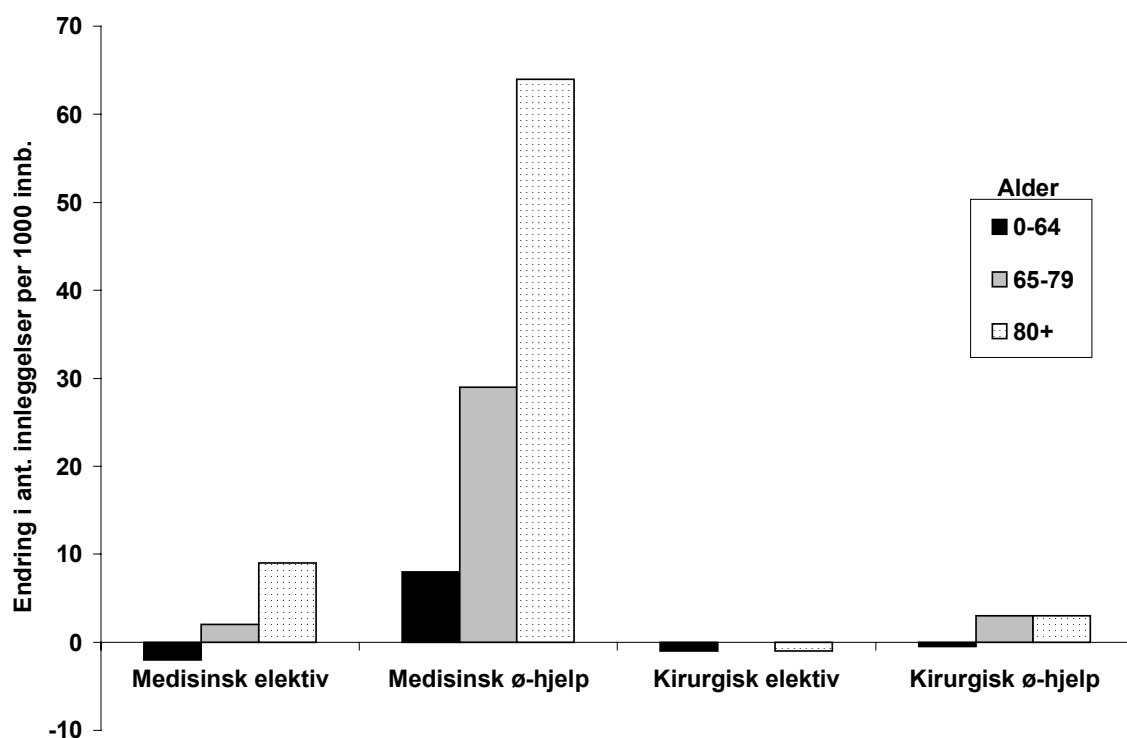
Kilde SSB. Pleie- og omsorgsstatistikk 2000, Internett (7).

4.1.1 Utvikling i andel øyeblikkelig hjelp innleggelser

Helsetilsynets rapporter viste at overbelegg er klart knyttet til avdelinger med øyeblikkelig hjelp funksjon. Ved indremedisinske avdelinger er andelen øyeblikkelig hjelp innleggelser 85-90%, ved noen avdelinger enda høyere.

En illustrasjon av endringer i innleggelsesmønsteret på 90-tallet fremgår av figur 1 som viser endring i innleggelsesmønsteret 1992-1996 for kirurgisk og medisinsk behandling. Det framgår av figuren at økningen i innleggelser i perioden 1992-1996 i hovedsak skyldes medisinske øyeblikkelig hjelp innleggelser, og mest hos de over 80 år.

Figur 1. Endring i innleggelsesmønster 1992-1996.



Figur 1 viser endringer i antall innleggelser per 1000 innbyggere (y-aksen) 1992-1996 fordelt etter om pasienten har fått hhv. kirurgisk eller medisinsk behandling, etter om innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp eller var elektiv, og etter aldersgrupper (x-aksen). Kilde: Sintef Unimed 1999 (8).

I tabell 3 nedenfor vises endringer for de ulike gruppene i perioden 1991 til 1999. Økningen for øyeblikkelig hjelp innleggelser for ikke-kirurgiske DRG-er (i praksis medisinske diagnoser) har vært på 21 innleggelser per 1000 innbyggere, (36%), fra 1991 til 1999 (6). Det er en nedgang innen elektive medisinske DRG-er. Samtidig har det vært en marginal økning for øyeblikkelig hjelp innleggelser for kirurgiske DRG-er og elektive kirurgiske DRG-er (planlagte operasjoner).

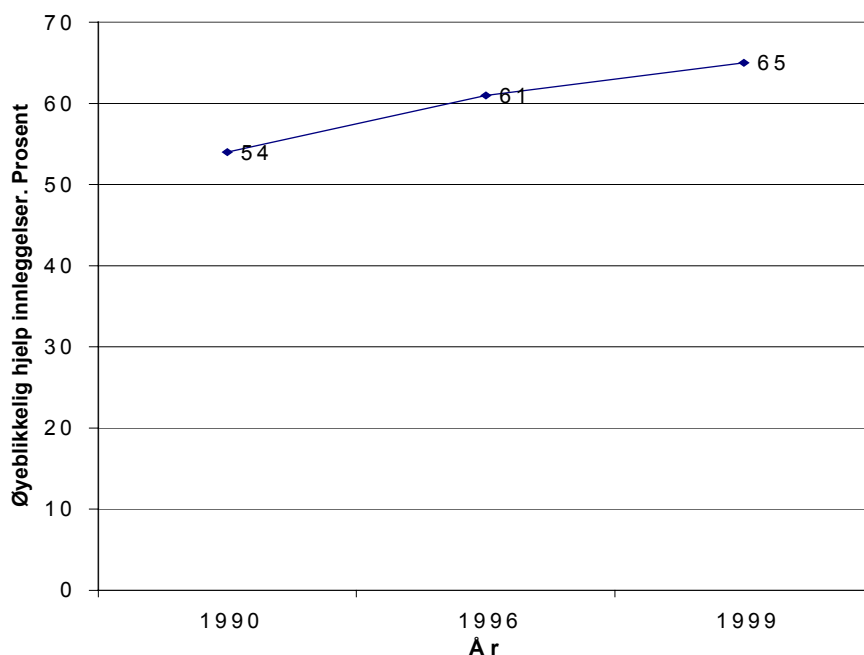
Tabell 3. Utviklingen for ulike innleggelsesmåter etter behandlingstype. Rater per 1000 innbyggere. Eksklusive fødsler.

	Heldøgnsinnleggelser per 1000 innbyggere			Endring 1991-1999
	1991	1996	1999	
Elektive innleggelser, kirurgiske DRG	23	24	24	+ 1
Elektive innleggelser, ikke-kir DRG	27	27	24	- 3
Øyeblikkelig hjelp, kirurgiske DRG	13	13	14	+ 1
Øyeblikkelig hjelp, ikke-kir DRG	59	75	80	+ 21
Annet	2	1	2	0
Totalt	123	140	144	+ 21

Kilde: SINTEF Unimed/NIS, SAMDATA-rapport 1/2000 (6).

I figur 2 vises utviklingen i andel øyeblikkelig hjelp innleggelser, av alle innleggelsene (eksklusive fødsler), i perioden 1991-1999. Tabellen viser en økning i andel øyeblikkelig hjelp innleggelser på 11% prosentpoeng i perioden (fra 54 til 65%). 2/3 av alle innleggelsen i sykehus er registrerte som øyeblikkelig hjelp innleggelser i 1999. Den øvrige 1/3 er planlagte innleggelser og som det politiske fokus i stor grad har vært rettet mot.

Figur 2. Utvikling i andel øyeblikkelig hjelp innleggelser. Eksklusiv fødsler. 1990-1999.



Kilde: Data er hentet fra SAMDATA rapport 1/92 og 2/2000.

SAMDATA-rapport 2000 viser dessuten store forskjeller mellom fylkene i innleggelsesrater for øyeblikkelig hjelp i perioden 1991-1999. Innleggelsesratene for øyeblikkelig hjelp innefor medisinske DRGer har økt mest i Buskerud, Oppland, Østfold og Møre og Romsdal og økningen var i disse fylkene i området 45 til over 50%. Den svakste økningen var i Nordland, Hordaland og Vest-Agder og var i disse fylkene i området 20-25%.

4.1.2 Utviklingen i eldres sykehusbruk

I en rapport fra NIS i 1999 (8) angis det at de over 64 år utgjør bare 16% av befolkningen, men står for 41% av alle sykehusopphold i Norge, og 53 % av alle liggedager. Økningen av sykehusforbruket skjer hovedsakelig i form av øyeblikkelig hjelp innleggelser av eldre pasienter, mens sykehusforbruket på 90- tallet stort sett har vært uendret for de under 65 år

Samtidig som det har skjedd en økning i antall og andel øyeblikkelig hjelp innleggelser, har det også vært en økning i antall opphold per pasient per år. De sykdomsgruppene som har økt mest, og som er knyttet til de eldste, er sirkulasjonssykdommer, skader og svulster.

En viktig bakgrunn til denne utviklingen er omtalt i SAMDATA rapport 1/2000 (6). På 80-tallet økte andelen eldre i befolkningen kraftig i Norge. Fra 1990 til 1999 har denne utviklingen flatet ut og andelen eldre over 67 år har blitt noe redusert i denne perioden (fra 14,4% i 1990 til 13,8% i 1999). Andelen i befolkningen som er 80 år eller eldre har imidlertid økt fra 3,7% til 4,2%.

Når vi samtidig vet at sykehusforbruket blant eldre over 80 år er mer enn 260% høyere enn forbruket av sykehustjenester blant personer under 80 år, har økningen i andelen eldre over 79 år i stor grad bidratt til økningen i forbruket av sykehustjenester på 90-tallet.

Den samme rapporten viser en økning i antall heldøgnsopphold for de over 80 år, i gjennomsnitt for hele landet, på 31% fra 1991 til 1999. Der er betydelig variasjon mellom fylkene. Økningen er nærmest eksplosiv i Telemark og Finnmark med økning på hhv. 81 og 53% mens økningen kun er 22% i Nordland, Nord-Trøndelag og Rogaland.

4.1.3 Utvikling i antall sengeplasser og fordeling av sengeplasser

Sammenligning av antall sykehussenger over en lengre periode er vanskelig da beregningsgrunnlaget er endret over tid og det kan være usikkerhet knyttet til datagrunnlaget tilbake i tid. Vi vil her ta frem endringer som har skjedd på 90-tallet.

En ofte anvendt indikator er *sengefaktor*. Sengefaktoren angir antall senger i forhold til befolkningen i et geografisk område. I tabell 4 vises sengefaktoren og antall effektive senger for hele landet i perioden 1990-1999.

Tabell 4. Antall effektive senger per 1000 innbyggere (sengefaktor) og totalt antall effektive senger på landsbasis for perioden 1990 til 1999. Korrigert for gjestepasienter og alders- og kjønns sammensetningen.

	1990	1992	1994 ¹⁾	1996	1998	1999	Endring 1990-1999
Sengefaktor	3,54	3,23	3,22	3,13	3,08	3,01	- 0,53
Antall effektive senger	15 010	13 907	14 002	13 788	13 755	13 521	- 1 489

¹⁾ Fra 1994 er de tekniske sengene inkludert ved beregning av sengekapasitet. Dette er trolig årsaken til at antall effektive senger øker fra 1992 til 1994.

Kilde: SAMDATA rapport 6/97 (10) og 2/2000 (4).

På landsbasis er sengefaktoren redusert fra 3,54 i 1990 til 3,01 i 1999. Reduksjon er på nærmere 1500 effektive sengeplasser i perioden.

I tabell 5 vises sengefaktoren for de ulike helseregionene samt andel senger i egen helseregion i 1999 (Dvs. egendekning av senger).

Egendekning = totalt antall senger i egen region dividert med antall senger som disponeres av regionens innbyggere (SINTEF Unimed) (4).

Tabellen viser ulik sengefaktor i de enkelte regioner. Antall senger per 1000 innbyggere er høyest i Helseregion Nord og lavest i Helseregion Øst. Helseregion Midt-Norge har høyest dekning av senger i egen region og Helseregion Sør har lavest.

Andel senger i egen region er lav for Helseregion Øst og Sør i stor grad fordi fylkene her bruker Rikshospitalet og Radiumhospitalet mye.

Tabell 5. Effektive senger per 1000 innbyggere (sengefaktor) etter helseregion. Korrigert for gjestepasienter og kjønns- og alderssammensetning. 1999.

Helseregion	Antall per 1000 innbyggere	Andel senger i egen region
	1999	1999
Helseregion Øst	2,93	89
Helseregion Sør	2,96	86
Helseregion Vest	3,00	97
Helseregion Midt-Norge	3,03	99
Helseregion Nord	3,36	95
Helsereg samlet	3,01	93

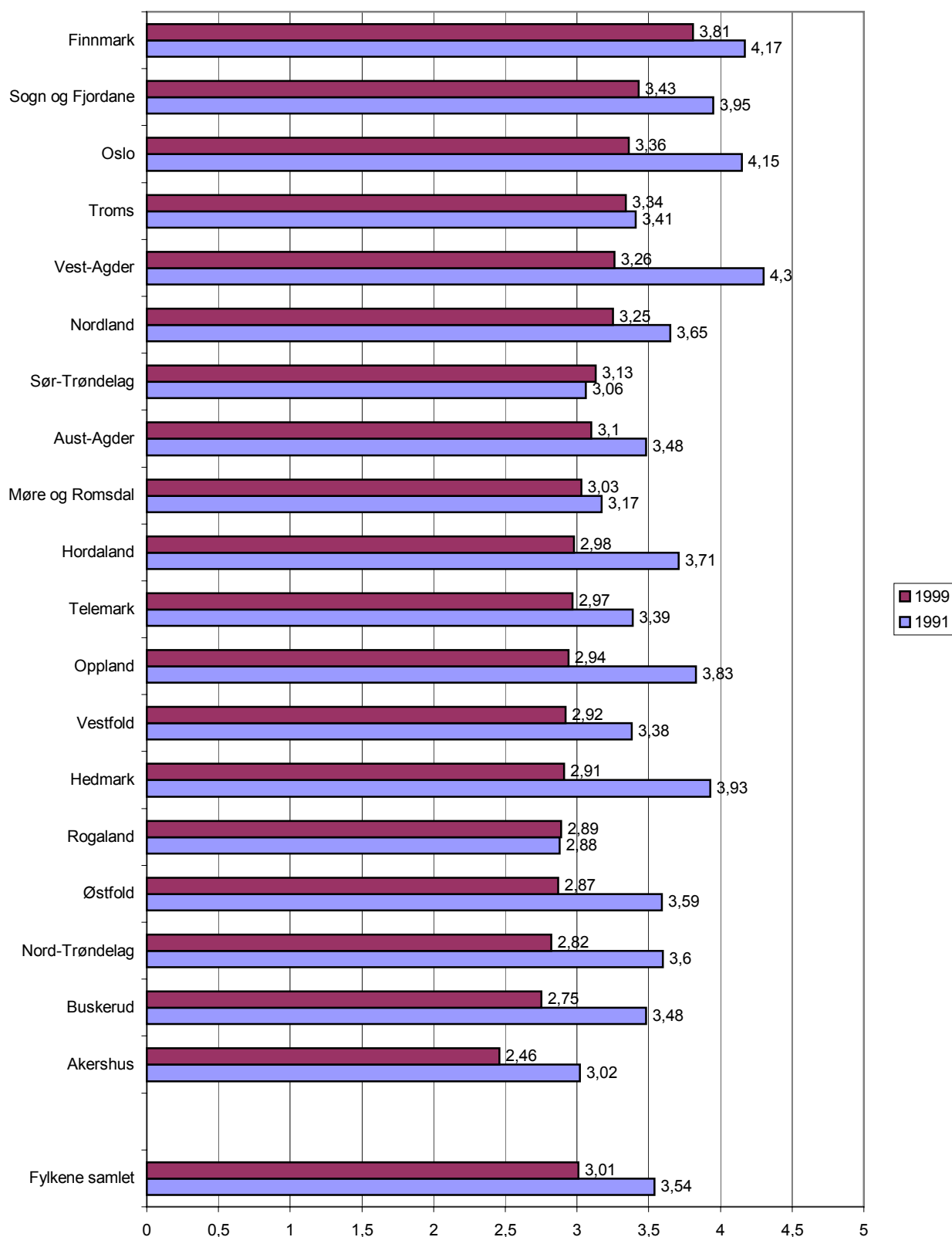
Kilde: SAMDATA SINTEF Unimed rapport 2/2000 (4).

I figur 3 vises sengefaktor for de enkelte fylkene i 1991 og 1999. Tallene er korrigert for gjestepasienter og kjønns- og alderssammensetningen.

I perioden 1991 til 1999 er sengefaktoren redusert i alle fylkene med unntak av Sør-Trøndelag hvor det er en lite økning. Det er betydelig reduksjon av sengefaktoren bl.a. i Vest-Agder, Oslo, Oppland og Hedmark.

Det er betydelige variasjoner i sengefaktoren, og for året 1999 er det en variasjon fra 2.46 som laveste verdi til 3,81 som høyeste verdi. Finnmark har klart høyest sengefaktor fulgt av Sogn og Fjordane. Akershus har lavest, deretter følger Buskerud med nest lavest sengetall i forhold til befolkningsgrunnlaget.

Figur 3. Antall effektive senger per 1000 innbyggere og fylker. 1991 og 1999. Korrigert for gjestepasienter og kjønns- og alderssammensetningen.



Kilde: SAMDATA SINTEF Unimed rapport 1/1992 (11) og 2/2000 (4).

Overbelegg og korridorpasienter er i hovedsak knyttet til de medisinske fagområdene, særlig indremedisin, og har i noe mindre grad vært knyttet til de kirurgiske fagområdene. Det er derfor av interesse å vurdere utviklingen mht. sengeplasser innen disse fagområdene. I tabell 6 vises utviklingen mht. sengeplasser innen de kirurgiske- og medisinske fagområdene, eksklusiv andre fagområder, i perioden 1990-1999.

Tabell 6. Antall effektive senger innen kirurgiske og medisinske spesialiteter (fagområder). Utvikling 1990-1999.

	1990	1995	1999	Endring 1990-1999	Endring 1990-1999 i %
Senger kirurgiske spesialiteter (a)	7 584	6 539	6543 (c)	1 041	-13,7
Senger medisinske spesialiteter (b)	6 792	6 358	6 398	394	-5,8
- derav senger generell indremedisin (c)	3748 (d)	3 411	3 400	348	-9,3

- a) Kirurgiske spesialiteter omfatter: Generell kirurgi m/subspesialiteter, ortopedi, øre-, nese-, hals, øye, føde- og gynekologi.
- b) Medisinske spesialiteter omfatter: Generell indremedisin m/subspesialiteter, onkologi, geriatri, hudsykdommer, nevrologi, barneavdeling og revmatologi (eksklusiv rehabilitering og sosialmedisin).
- c) Indremedisin omfatter: Generell indremedisin m/subspesialiteter.
- d) Data for 1991. (Pga. usikkerhet knyttet til data for 1990 har vi valgt data for 1991).

Kilde: Data hentet fra SAMDATA rapport 1/92 (11), 8/92 (12), 6/97 (10) og 2/2000 (4).

Tabellen viser en reduksjon på ca. 1000 kirurgiske sengeplasser, (13,7%), i perioden 1990-1999. I den samme perioden er det en reduksjon på nærmere 400 sengeplasser, (5,8%), for medisinske spesialiteter.

Indremedisinske senger er redusert med ca. 350 i perioden 1991-1999 – og nesten hele reduksjonen skjedde på første halvparten av 90-tallet. Etter 1995 har sengetallet for indremedisin vært stabilt.

4.1.4 Hvor stor er dagens underdekning av indremedisinske sengeplasser?

I følge Samdata-rapport 2/2000, var det 3400 indremedisinske senger i 1999 i Norge. Basert på undersøkelsen til Statens helsetilsyn i 1999 var gjennomsnittlig beleggsprosent i 1999 for alle indremedisinske avdelinger tilnærmet 100. Dersom man legger anbefalingen om en gjennomsnittlig beleggsprosent på 85% til grunn, gir dette en underdekning på 15% for indremedisinske senger totalt på landsbasis. Dette utgjør 510 senger totalt. Underdekning varierer mellom sykehusene. Underdekningen er størst ved de store sykehusene og er på 20% eller mer ved flere sykehus. Dette er i samsvar med rapporten fra Senter for helseadministrasjon i september 2000 basert på data for 1998 (3).

4.1.5 Sammenligning med andre land

Sammenligning av antall somatiske sengeplasser i sykehus i de nordiske landene er vist i tabell 7. De siste offisielle tallene er fra 1998.

Pga. noe ulik organisering av funksjoner i de nordiske landene er ikke alle data sammenlignbare. Dette gjelder bl.a. gruppen andre sengeplasser (dvs. sengeplasser i geriatri, rehabilitering og langtidspleie på sykehus). For Island og Finland er strukturen annerledes idet mange pleieplasser er lagt til sykehus, mens en del av disse plassene i de andre nordiske landene er lagt til alders- og sykehjem.

Tabellen viser at Norge og Finland har det laveste antall medisinske sengeplasser (I 1996 hadde Norge det laveste antall medisinske senger i f. samme kilde). Sverige og Finland har et lavere antall kirurgiske sengeplasser enn Norge. Danmark har det høyeste tallet medisinske- og kirurgiske sengeplasser.

Tabell 7. Antall sengeplasser i sykehus per 100 000 innbyggere i de nordiske land i 1998 – fordelt på hovedfagområder

	Danmark	Island	Sverige	Finland	Norge
Medisinske sengeplasser (a)	213	157	200	150	150
Kirurgiske sengeplasser	162	156	112	112	154
Sum kirurgiske- og medisinske sengeplasser	375	313	312	262	304
Andre (b)	-	479	-	408	23
Sengeplasser totalt (somatikk)	375	792 ©	312	670 ©	327

- a) Medisinske sengeplasser omfatter her de medisinske fagområdene indremedisin, neurologi, onkologi, pediatri eksklusiv pasienthoteller og pleieavdelinger. Under medisin medregnes senger i blandede medisinske og kirurgiske avdelinger ved små sykehus.
- b) Andre: Omfatter sengeplasser i geriatri, rehabilitering og langtidspleie på sykehus.
- c) Inkluderer bl.a. langtidsavdelinger / langtidspleie i sykehus.

Kilde: Health Statistics in the Nordic Countries 1998. NOMESC. 2000 (13).

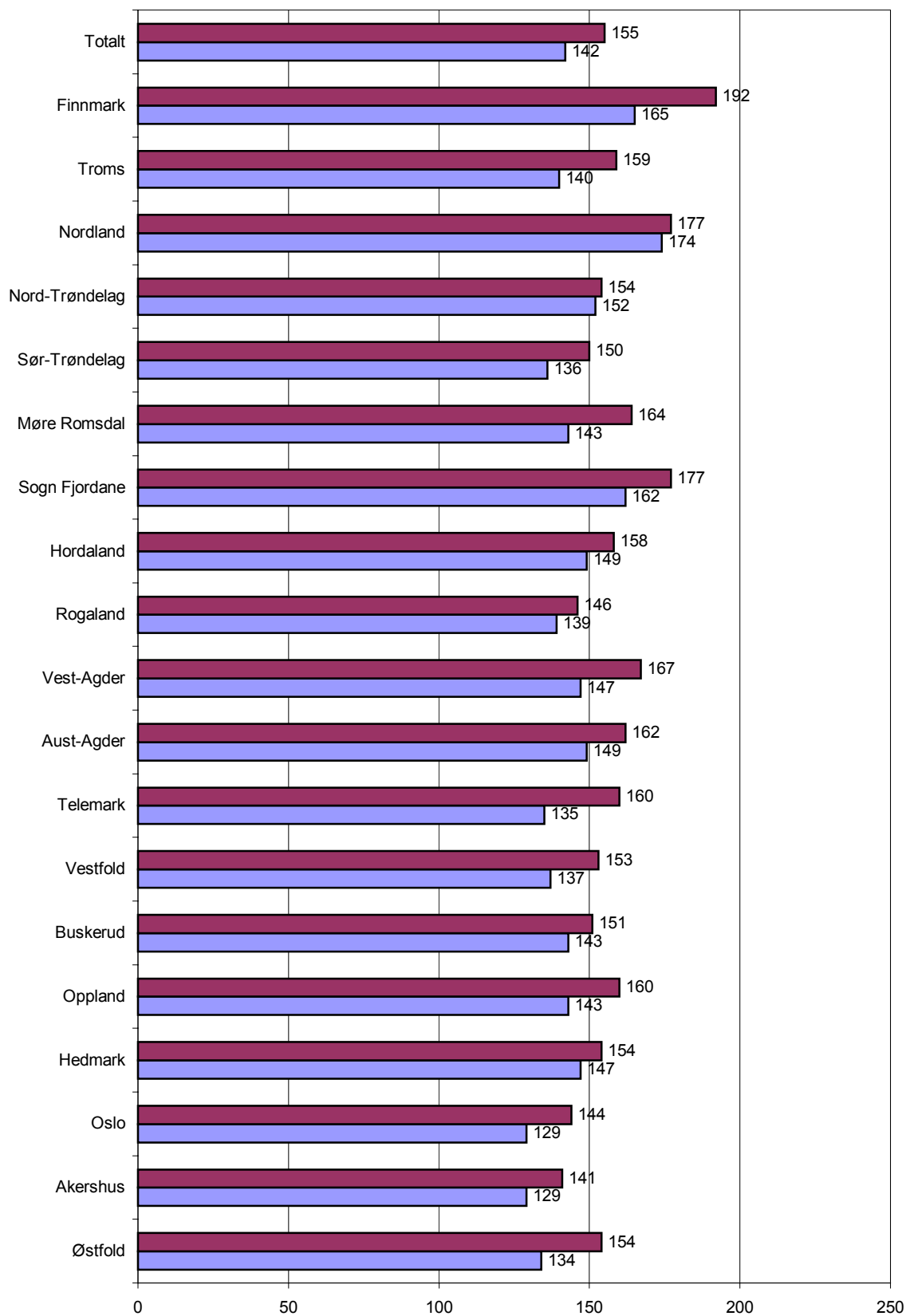
4.2 Bruk av sykehustjenester og fylker

Vi har her valgt å se på indikatorene antall sykehusopphold per 1000 innbyggere per år og liggedager per 1000 innbyggere relatert til fylker.

4.2.1 Sykehusinnleggelser

I figur 4 vises utviklingen i antall sykehusopphold per 1000 innbyggere i perioden 1991 til 1999 i de ulike fylkene. Gjennomsnittlig på landsbasis er det en økning i antall opphold fra 142 per 1000 innbyggere per år i 1991 til 155 i 1999. Figuren viser at antall sykehusopphold har økt i alle fylker, men størrelsen på denne veksten varierer. Økningen har vært størst i Telemark og lavest i Nord-Trøndelag og Nordland.

Figur 4. Antall heldøgnsopphold per 1000 innbyggere og fylker. Endring 1991 til 1999.



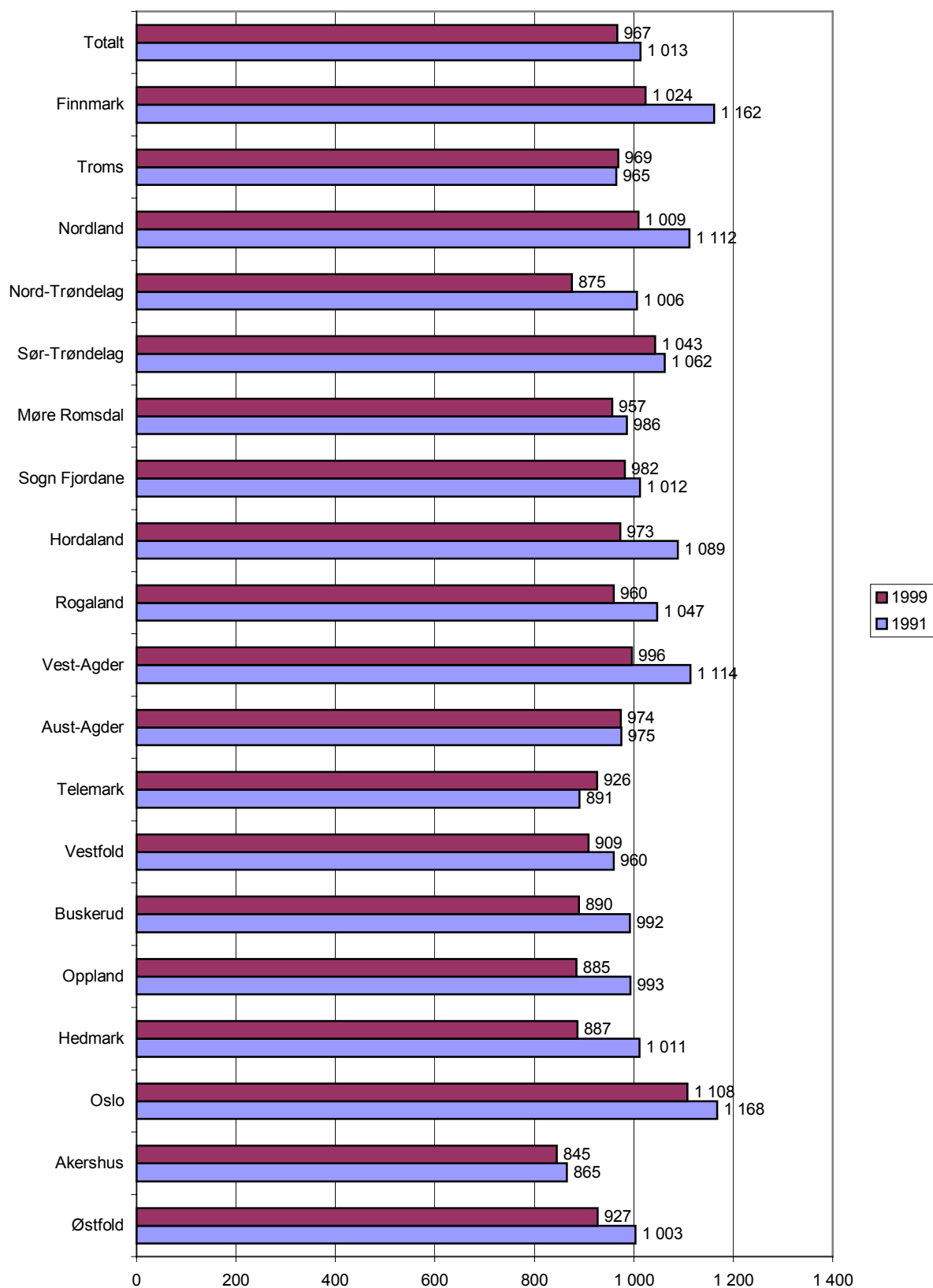
Kilde: SAMDATA rapport 1/2000 (6).

4.2.2 Liggedager – variasjoner

I figur 5 vises utviklingen for antall liggedager per 1000 innbyggere i perioden 1991 til 1999. Antall liggedager totalt på landsbasis er moderat redusert (fra 1013 per 1000 innbyggere til 957), og det er en reduksjon i alle fylker unntatt Telemark.

Det er imidlertid betydelige variasjoner mellom fylkene. Dette kan tilskrives ulik gjennomsnittlig liggetid i de ulike fylkene.

Figur 4. Antall liggedager (heldøgn) per 1000 innbyggere og fylke. Endring 1991-1999.



Kilde: SAMDATA rapport 1/2000 (6).

5 Kapasitetsutnyttelse

5.1 Beleggsprosent og sykehus

Gjennomsnittlig beleggsprosent på årsbasis, for hele sykehuset, er brukt som indikator på total kapasitetsutnyttelse. Total beleggsprosent for hele sykehuset gjenspeiler gjennomsnittet for alle avdelingene. De store avdelingene vil bety mest for denne størrelsen.

I tabell 8 vises utviklingen mht. beleggsprosent og type sykehus i perioden 1990-1999. Data er basert på effektive senger fra SAMDATA rapporter.

Det er ingen sikre endringer i perioden, hverken totalt for alle sykehusene, eller mellom ulike typer sykehus.

Tabell 8. Beleggsprosent og type sykehus. Utvikling 1990-1999.

Sykehustype	1990	1995	1999
Regionsykehus	88	87	88
Sentralsykehus	88	88	89
Fylkessykehus m/ sentralsykehusfunksjoner	83	84	84
Lokalsykehus	*	85	84
Fylkessykehus m/ redusert lokalsykehustilbud	*	84	84
Sykehusene samlet	84	86	85

* Data for 1990 for lokalsykehus og fylkessykehus m/ redusert lokalsykehustilbud er ikke tilgjengelige pga. annen inndeling av sykehustyper i SAMDATA for 1990.

Kilde: SAMDATA rapport 1/92 (11), 3/99 (14) og 2/2000 (4).

Merk! Beleggsprosent beregnet på grunnlag av antall effektive senger vil være høyere enn når beregningen foretas på grunnlag av antall ordinære senger. Derfor vil data her, basert på SAMDATA rapporter, kunne avvike fra data i SSB-rapporter fra den samme perioden.

Tabellen viser høyest total beleggsprosent, nærmere 90%, ved sentralsykehusene og regionsykehusene og noe lavere ved de mindre sykehusene.

I tabell 9 vises gjennomsnittlig beleggsprosent for indremedisinske avdelinger ved alle sykehusene sammenlignet med gjennomsnittet for hele sykehuset. Vi har brukt data for 1998 (basert på Helsetilsynets rapport av desember 1999) da data for 1999 ikke er tilgjengelige for indremedisinske avdelinger.

Tabellen viser gjennomgående betydelig høyere beleggsprosent ved de indremedisinske avdelingene sammenlignet med gjennomsnittet for hele sykehuset. Mens beleggsprosenten for hele sykehuset gjennomgående er i området 80-90%, ved enkelte sykehus høyere og ved andre lavere, er beleggsprosenten ved mange indremedisinske avdelinger 100% og høyere. Ved 36 av 47 sykehus er det en differanse på 10 prosentpoeng eller mer. Enkelte sykehus har en differanse på 20 til mer enn 30 prosentpoeng. 11 sykehus har en differanse i området 0-10 prosentpoeng.

Tabell 9. Beleggsprosent totalt for hele sykehuset, beleggsprosent ved indremedisinsk avdeling og hyppighet av korridorpasienter, indremedisin. 1998

Sykehus	Beleggs- Prosent (Hele sykehuset) 1998	Beleggs- prosent indre- medisin 1998	Differanse Prosent- Poeng	Hyppighet av korridor- Pasienter indremedisin 1998/99		
				Regel- Messig	Ofte	Av og til eller sjelden/ aldri
Regiomnsykehus						
Ullevål sykehus	94	112	18	x		
Haukeland sykehus	87	112	25	x		
Regionsh. i Tr.heim	90	106	16	x		
Regionsh. i Tromsø	75	107	32	x		
Rikshospitalet	79	74 - 98 (a)	-			x
Sentralsykehus						
Sykehuset Østfold	93	104 (b)	-	x		
SSH i Akershus	100	116	16	x		
SSH i Hedmark	81	92 - 106 (c)	-		x	x
Buskerud SSH	88	100	12	x		
Vestfold SSH	84	119	35	x		
Telemark SSH	88	102	14	x		
Aust-Agder SSH	84	99	15	x		
Vest-Agder SSh	84	95	11	x		
SSH i Rogaland	97	98	1	x		
SSH i Sogn og Fjordane	78	m -->	-			
SSH i Møre og Romsdal	85	107	22	x		
Nordland SSH	75	101	26	x		
FSH m/SSH-avd.						
Aker sykehus	95	97	2		x	
Kongsvinger sykehus	81	98	17		x	
Lillehammer FSH	84	98	14		x	
Gjøvik FSH	79	87	8	x		
FSH i Haugesund	86	100	14	x		
FSH i Molde	88	119	31	x		
FSH i Kristiansund	76	99	23		x	
Innherred sykehus	81	95	14		x	
Namdal sykehus	91	106	15	x		
Harstad sykehus	84	94	10	x		
Hammerfset sykehus	72	101	29		x	
Lokalsykehus						
Bærum sykehus	98	102	4	x		
Tynset sjukehus	55	74	19		x	
Ringerike sykehus	83	102	19	x		
Kongsberg sykehus	84	105	21	x		
Lister sykehus	80	97	17			x
FSH på Stord	88	98	10	x		
FSH på Voss	83	79	-4	x		

Sykehus	Beleggs- Prosent (Hele sykehuset) 1998	Beleggs- prosent indre- medisin 1998	Differanse Prosent- Poeng	Hyppighet av korridor- Pasienter indremedisin 1998/99		
				Regel- Messig	Ofte	Av og til eller sjelden/ aldri
FSH i Odde	60	m -->	-			x
FSH på Nordfjordeid	73	86	13			x
FSH i Lærdal	80	m -->	-			
FSH i Volda	93	108	15	x		
Orkdal san.for. sjukehus	81	94	13	x		
Rana sykehus	94	95	1		x	
Stokmarknes sykehus	91	98	7		x	
Narvik sykehus	88	110	22		x	
Sandnessjøen sykehus	79	111	32		x	
Lofoten sykehus	85	89	4		x	
Vefsn sykehus	83	89	6			x
Kirkenes sykehus	86	99	13		x	
FSH m/red. LSH-tilbud						
Stensby sykehus	88	96	8	x		
Ski sykehus	84	m ->	-			
Diakonhjemmets sykehus	93	101	8	x		
Lovisenberg diak. sh.	94					
Sandefjord sykehus	77	88	11		x	
Larvik sykehus	72	108	36			x
Notodden sykehus	87	87	0		x	
Rjukan sykehus	79	94	15		x	
Mandal sykehus	79	m -->	-			
Diakonissehj. Haraldsplass	87	102	15		x	

(a) = variasjon mellom ulike avdelinger

(b) Gjelder SØ Fredrikstad (variasjon fra 91% i Halden til 104% i Fredrikstad)

© 92% i Elverum og 106% i Hamar

(m) = mangler data

Forklaring hyppighet av korridorpasienter:

Regelmessig: 2-4 ggr. per uke

Ofte: 2-4 ggr. per måned

Av og til: 2-4 ggr. per kvartal

Aldri/sjelden: 0-4 ggr. per år

Kilder: Beleggsprosent hele sykehuset 1998, SAMDATA-rapport 4/99 (14). Beleggsprosent indremedisin og hyppighet av korridorpasienter 1998, Helsetilsynets rapport desember 1999 (2).

5.2 Registrert overbelegg og sykehus

Ved Helsetilsynet kartlegging av korridorpasienter i 1999 ble det foretatt daglig registrering av korridorpasienter en uke i juni 1999 ved alle sykehusene. På grunnlag av denne registrering er det foretatt en beregning av prosentvis gjennomsnittlig daglig overbelegg av korridorpasient ved de indremedisinske avdelingene.

Registreringen viste at 6 avdelinger hadde 10% korridorpasienter eller mer, 18 avdelinger hadde mellom 5 og 10%, 17 avdelinger mellom 1 og 5% og 10 avdelinger hadde ikke korridorpasienter i kartleggingsuken.

6 Sammenheng mellom korridorpasienter ved indremedisinsk avdeling og antall senger i det enkelte fylke og beleggsprosenten i det enkelte sykehus

Vi vil her forsøke å besvare følgende spørsmål:

- Er det sammenheng mellom korridorpasienter og sengefaktor i det enkelte fylke?
- Er det sammenheng mellom korridorpasienter og høy total beleggsprosent (for hele sykehuset) eller beleggsprosent ved indremedisinsk avdeling ved det enkelte sykehus?

Korrelasjon mellom beleggsprosent og hyppighet av korridorpasienter (regelmessig og ofte) er kjørt ved bruk av statistikkprogrammet SPSS (Statistical Program for Service Solutions). Signifikante verdier er angitt med p-verdi på 0.01 eller 0,05 nivå.

Fylkene

Et metodisk problem er at vi har ikke tilgjengelige data om overbelegg på fylkesnivå, kun på sykehusnivå. Videre er det et problem at sengefaktoren er basert på registrering i bostedsfylke, mens overbelegg og korridorpasienter er registrert på sykehusfylke (sykehus i behandlende fylke). Det er videre variasjoner i overbelegg mellom de ulike sykehusene i det enkelte fylke. Gjennomgående er overbelegget størst ved de store sykehusene i det enkelte fylke. Ved sammenstilling av data fra de ulike sykehusene kan man likevel få et rimelig bilde av det enkelte fylke som helhet.

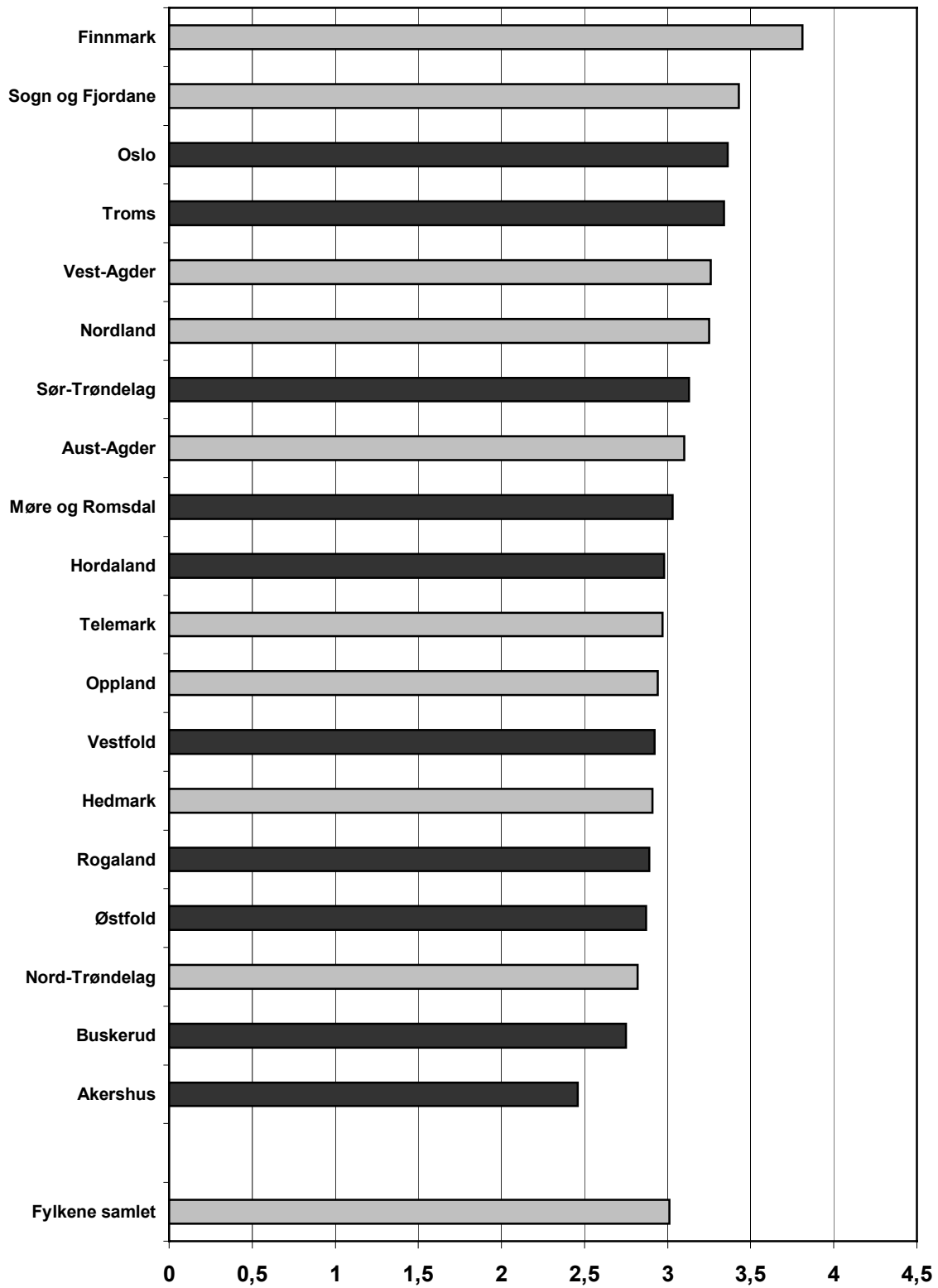
I Helsetilsynets rapport fra desember 1999 (2) fremgår det at overbelegget ved de indremedisinske avdelingene var særlig høyt i følgende fylker: Oslo, Troms, Sør-Trøndelag, Møre og Romsdal, Hordaland, Vestfold, Rogaland, Buskerud, Østfold og Akershus (fylkene er ikke rangert).

I figur 5 vises fylker med mange korridorpasienter sett i sammenheng med sengefaktoren for det enkelte fylke.

Det er ingen klar sammenheng mellom høy andel korridorpasienter og sengefaktoren. Både Oslo og Troms har en sengefaktor som er høyere enn gjennomsnittet for landet og hadde likevel mange korridorpasienter. Hedmark og Nord-Trøndelag har sengefaktor som er lavere enn landsgjennomsnittet, men hadde en moderat andel korridorpasienter. Det fremgår likevel at fylkene med lavest sengefaktor (Buskerud og Akershus) hadde et betydelig overbelegg med korridorpasienter.

Det konkluderes med at det er ingen sikker sammenheng mellom sengefaktor i det enkelte fylke og forekomst av korridorpasienter. Metodiske problemene medfører at sammenligning mellom sengefaktor i det enkelte fylke og korridorpasienter i det samme fylket ikke fullt ut gir en dekkende beskrivelse av de faktiske forholdene, bl.a. på grunn av flyt av pasienter over fylkesgrensene (gjestepasienter). Pasientflyten over fylkesgrensene varierer dessuten mellom de ulike fylkene.

Figur 5. Sengefaktor i fylker og korridorpatienter, indemedisin, i 1999. (Fylker med mange korridorpatienter er markert med sort kolonne).



De enkelte sykehus

Det er her sett på sammenhengen mellom hyppighet av korridorpasienter og total beleggsprosent for hele sykehuset, og hyppighet av korridorpasienter og beleggsprosent ved indremedisinsk avdeling ved det enkelte sykehus.

Tabell 9 viser sykehusenes angivelse av hyppighet av korridorpasienter innen indremedisin sett i sammenheng med beleggsprosent ved indremedisinsk avdeling og beleggsprosenten totalt ved det enkelte sykehus.

Det er statistisk signifikant sammenheng ($p < 0.05$) mellom beleggsprosent for hele sykehuset og beleggsprosenten ved indremedisinsk avdeling ved det enkelte sykehus. Dvs. er det en høy beleggsprosent for hele sykehuset er det også høy beleggsprosent ved indremedisinsk avdeling. Denne korrelasjonen er ikke uventet da store avdelinger, slik som indremedisin, vil ha betydning for beleggsprosent ved hele sykehuset.

Når det gjelder beleggsprosent ved indremedisinsk avdeling og hyppighet av korridorpasienter fremkommer følgende:

1. 39 indremedisinske avdelinger hadde beleggsprosent på 95 eller høyere og av disse oppga 37 at korridorpasienter forekom regelmessig eller ofte, og 2 oppga sjelden/ aldri.
2. 10 avdelingen hadde beleggsprosent mellom 85% og 95% og av dem oppga 6 avdelinger forekomst av korridorpasienter ofte eller regelmessig, og 4 avdelinger oppga sjelden eller aldri.
3. 2 avdelinger hadde en beleggsprosent ved indremedisinsk avdeling som var lavere enn 85% - begge oppga likevel forekomst av korridorpasienter hhv. regelmessig og ofte.

Det er statistisk signifikant sammenheng ($p < 0,01$) mellom beleggsprosent ved indremedisinsk avdeling og hyppighet av korridorpasienter ved det enkelte sykehus.

7 Drøfting

Et viktig utviklingstrekk på 90-tallet, som har sentral betydning i forhold til sengekapasiteten ved sykehusene, er økningen i antall øyeblikkelig hjelp innleggelser hos eldre pasienter med medisinske lidelser, og for gruppen 80 år og over er økningen på over 30%. Det er noe variasjoner i veksten mellom de ulike fylkene. Økningen er mest markert i Telemark og Finnmark.

Som fremhevet i en rapport fra Sintef Unimed (9) har det politiske fokus på 90-tallet vært rettet mot å få ned ventetiden for dem som venter på planlagt behandling, men dette gjelder bare 1/3 av innleggelsene i sykehus. I denne perioden har hele den observerte aktivitetsøkningen ved sengeavdelingen gått med til å behandle de 2/3 av pasientene som er definert som øyeblikkelig hjelp. Det er grunn til å stille spørsmål ved om man ikke i større grad burde forutsett behovene for sykehusinnleggelser og sykehustjenester knyttet til de eldste i større grad enn hva som har vært tilfelle. En slik utvikling kunne forutses allerede på 80-tallet basert på demografiske data om befolkningsutviklingen og alderssammensetningen.

Bruken av sykehusene målt som antall sykehusopphold per 1000 innbyggere har økt i gjennomsnitt på landsbasis fra 142 i 1990 til 154 i 1999. Dette kan bl.a. kan tilskrives den økte andelen eldre, over 80 år, som har en betydelig høyere rate av sykehusinnleggelser enn befolkningen for øvrig (510 innleggelser per 1000 innbyggere mot 154 som er gjennomsnittet for alle aldersgrupper) (6). En stor andel av innleggelsene i denne aldersgruppen er reinnleggelser.

Det er marginal reduksjon av antall liggedøgn totalt ved sykehusene i perioden 1991 til 1999. En forklaring kan være at reduksjonen i antall liggedøgn som har vært en følge av redusert liggetid er brukt til å ta hånd om det økte antall innleggelser som har vært i perioden. Samtidig har det i denne perioden vært en reduksjon på nærmere 1500 effektive sengeplasser. Hvorfor har denne reduksjonen av sengetallet skjedd?

Reduksjonen av antall senger som har funnet sted på 80-tallet og dels på 90-tallet har vært en ønsket og tilsiktet utvikling. Reduksjonen har vært begrunnet med effektivisering og rasjonalisering, bl.a. ved overgang til dagkirurgi, dagbehandling og poliklinisk behandling samt kortere liggetid. Denne utviklingen har skjedd i størst grad innen de kirurgiske fagområdene og i mindre grad innen de medisinske fagområdene.

Overbelegg og korridorpasienter er knyttet til de medisinske fagområdene, særlig indremedisin. Det kan stilles spørsmål ved om de har vært en tilstrekkelig tilpassing av sengekapasiteten i forhold til det faktiske behovet innen indremedisin. Den beregnede mangelen på indremedisinske sengeplasser, ca. 500 på landsbasis, tilsvarer omtrent reduksjonen av indremedisinske sengeplasser som har skjedd på 90-tallet.

Er det slik at vi har en faktisk mangel på sengeplasser ved sykehusene i Norge? Eller dreier det seg også om ujevn fordeling av den totale sengekapasiteten som er til disposisjon?

Datamaterialet viser at det er ingen sikker sammenheng mellom sengefaktoren i det enkelte fylke og overbelegg i det samme fylket. Det finnes fylker med sengefaktor som er over gjennomsnittet med betydelig overbelegg, og det finnes fylker med sengefaktor som er under gjennomsnittet med lav forekomst av korridorpasienter. På grunn av varierende pasientflyt over fylkesgrensene (gjestepasienter) er derfor sengefaktoren i det enkelte fylke mindre egnet for vurdering av eventuell sammenheng med hyppighet av korridorpasienter i det samme fylket.

I hvilken grad det er forsøkt å fordele pasienter og oppgaver mellom sykehusne i det enkelte fylke, slik at total sengekapasitet blir bedre utnyttet og belastningen jevnere fordelt, har vi ikke oversikt over. Problemene er først og fremst knyttet til de store sykehusene. Lokalsykehusfunksjonen med høy andel øyeblikkelig hjelp innleggelser er viktig årsak til den høye belastningen ved disse sykehusene. I hvilken grad det er mulig å avlaste de store sykehusene bl.a. i et samarbeid med de mindre sykehusene bør vurderes nærmere.

Kapasitetsutnyttelsen ved sykehusene målt ved beleggsprosent viser at beleggsprosenten totalt, gjennomsnittet for alle sykehusene, viser liten endring i perioden 1990 til 1999 også for de ulike typer sykehus. Beleggsprosenten er imidlertid noe høyere ved region- og sentralsykehusene enn ved de øvrige sykehusene. Vi har ikke data over beleggsprosent ved indremedisinske avdelinger fra begynnelsen av 90-tallet og kan derfor ikke sammenligne med data fra slutten av 90-tallet. Det er likevel grunn til å anta at beleggsprosenten har økt ved de indremedisinske avdelingene på 90-tallet.

Undersøkelsen viser som ventet en klar sammenheng mellom beleggsprosent ved den enkelte indremedisinske avdeling og hyppighet av korridorpasienter. Det er dessuten sammenheng mellom total beleggsprosent for hele sykehuset og korridorpasienter ved indremedisinsk avdeling ved det enkelte sykehus. Korrelasjonene er positive og statistisk signifikante.

Et slående funn i denne undersøkelsen er den betydelige forskjellen mellom gjennomsnittlig beleggsprosent for hele sykehuset og beleggsprosenten ved indremedisinsk avdeling ved mange sykehus. Ved enkelte sykehus er det en forskjell på mer enn 30 prosentpoeng. Mens gjennomsnittlig beleggsprosent ved sykehusene som helhet var i området 75-90%, var belegget ved indremedisinsk avdeling godt over 100% ved mange sykehus, i enkelte tilfelle over 110%.

At enkelte avdelinger har et belegg langt over gjennomsnittet må bety at andre avdelinger har et belegg som ligger under gjennomsnittet. Vi har ikke data over hvilke avdelinger eller typer avdelinger som har et lavt belegg, men vi antar at det til en viss grad dreier seg om de mindre spesialitetene samt avdelinger med hovedsakelig elektiv (planlagt) virksomhet. Det kan også være naturlige forklaringer da slike avdelinger, eller avdelinger som i stor grad har elektiv virksomhet og liten andel øyeblikkelig hjelp innleggelser, ofte har et mindre belegg i helger og høytider. Dette vil gi utslag i redusert gjennomsnittlig beleggsprosent på årsbasis både for den enkelte avdeling og for sykehuset som helhet.

Våre data tyder likevel på at det ved mange sykehus er en ujevn fordeling av sengeplasser og belastningen er ujevnt fordelt. Dette fremgår av den betydelige diskrepansen i belegg for hele sykehuset og ved indremedisinsk avdeling ved enkelte sykehus. Sett i forhold til behovet og belastningen burde mange indremedisinske avdelinger hatt et betydelig høyere sengetall enn hva som er den faktiske situasjonen i dag.

Hvorfor fordelingen av sengeplasser er så ulik har vi ikke sikre forklaringer på. En forklaring kan være tradisjon og intern bedriftskultur og motvilje mot å få redusert ressurstilgangen. Ett bestemt antall senger har tradisjonelt vært knyttet til de ulike avdelingene og fagområdene, de har hatt eierforhold til "sine senger". Etter vår vurdering er det ikke grepet tilstrekkelig fatt i denne problematikken ved norske sykehus og det har ikke blitt foretatt tilstrekkelig refordeling av sengeplasser i forhold til den utviklingen som har vært, særlig innen de kirurgiske fagområdene ved overgang til dagkirurgi og redusert sengebehov. En annen årsak kan være stengning eller nedleggelse av sengeposter av økonomiske årsaker de senere årene.

Dette betyr at den beregnede mangelen på 500 sengeplasser innen indremedisin ikke behøver bety en absolutt mangel på 500 sengeplasser. Ved enkelte sykehus antar vi at det

kan være reserver, dvs. ved bedre fordeling av sengeplassene vil kapasiteten innen indremedisin kunne økes og presset reduseres. Ved andre sykehus er det antakelig en faktisk mangel på senger og disse sykehusene bør derfor øke sengetallet.

Som ledd i strategien for å redusere overbelegg og korridorpasienter har Helsetilsynet anbefalt at et gjennomsnittlig belegg på 85% på årsbasis legges til grunn ved planlegging av driften ved avdelinger som har en høy andel øyeblikkelig hjelp innleggelser (15). Ved avdelinger med hovedsakelig planlagt virksomhet kan et belegg opp mot 90-95% aksepteres og legges til grunn. Gjennomgående har flertallet av de indremedisinske avdelingene, som hovedsakelig tar imot øyeblikkelig hjelp, betydelig høyere beleggsprosent enn 85.

En reduksjon av beleggsprosenten kan etter vår vurdering skje ved å øke sengekapasiteten og / eller bruk av alternative behandlingstilbud til pasientene. Det ligger utenfor rammen av denne rapporten med en bred drøfting av alle aktuelle tiltak for å redusere overbelegget. Vi vil likevel peke på noen forhold.

Viktige alternativer til innleggelse kan være oppretting av observasjonsavdelinger, økt poliklinisk behandling, inklusiv øyeblikkelig hjelp poliklinikktilbud. God flyt og koordinering av utredning og undersøkelser med minimal ventetid og å unngå interne flaskehalsen samt økt og bedret samarbeid med primærhelsetjenesten er imidlertid viktig.

Mange pasienter er i dag feilplassert på spesialiserte poster og avdelinger ved de store sykehusene bl.a. fordi pasienter legges der det er ledig plass, uavhengig av lidelse. Samtidig har den sterke spesialiseringen innen de medisinske fagområdene svekket muligheten for å gi et helhetlig behandlingstilbud til pasientene. Dette gjelder spesielt eldre pasienter med vanlige sykdommer eller sammensatte lidelser som krever innsats fra mange ulike fagfolk (3, 16). Etter Helsetilsynets vurdering er det ved mange sykehus ikke samsvar mellom den faktiske pasientsammensetningen og deres behov og dagens organiseringen av virksomheten. Oppretting av generelle medisinske poster eller avdelinger ved de store sykehusene kan være en vei å gå. Alternativ kan mange av pasientene tas hånd om i generelle indremedisinske avdelinger ved de mindre sykehusene.

En gjennomgående problem ved mange sykehus er at ferdigbehandlede pasienter venter på plass utenfor sykehus. Kapasiteten i kommunene og samhandlingen mellom kommunene og sykehusene om utskrivning av ferdigbehandlede pasienter er sentralt i denne sammenheng. De må bemerkes at kommunene har gjort en betydelig satsning på sykehjem de siste ti årene. Antall somatiske sykehjemsplasser er økt med nærmere 9000, (ca. 45%), på landsbasis, men samtidig har antall øvrige institusjonsplasser blitt redusert. Økning av antall sykehjemsplasser har vært en ønsket utvikling.

Den senere tiden har spørsmålet om sykehjem eller sykestuer kan være et alternativ til sykehusinnleggelse blitt tatt opp (3,17). Mange pasienter er i dag i en slag "gråson" mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Utbygging og opprusting av sykehjem eller sykestuer kan være et tiltak for å ta hånd om enklere medisinske problemstillinger der pasienten trenger en seng i institusjon noen dager med tettere oppfølging av allmennlege, og for pasienter som trenger oppfølging etter sykehusopphold. En slik organisering vil kunne redusere både antall innleggelser og medføre raskere utskrivning fra sykehus. Institusjonene må være utrustet og bemannet for å kunne påta seg slike oppgaver. En slik tjeneste benevnes i blant som 1 ½ linjetjeneste.

I Helsetilsynets utredning i februar 2001 om sykestuene sin framtidige funksjon, "Sykestuefunksjonen – the missing link?", blir det pekt på muligheten for at sykestuefunksjonen kan ivaretas i distrikts-somatiske senter eller i sykehjem med medisinsk behandlingsaktivitet. Helsetilsynet mener at sykestuefunksjonen har sin plass i

spesialisthelsetjenesten, nettopp for "gråsonepasientene" (17,18). Det er viktig å avklare om ansvaret for en slik tjeneste skal tilligge spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten.

Det er lite tilgjengelig litteratur fra andre land om korridorpasienter og overbelegg sett i sammenheng med sengekapasiteten. Imidlertid viser rapporter fra England både i media og medisinske tidsskrifter (leder British Journal of Medicine, desember 1999) at mangel på sengeplasser, på grunn av økt antall innleggelser de senere årene, er et økende problem (19). Dette gjør at sykehusene ikke lenger er i stand til å ta i mot de pasientene de burde, særlig ved topper av belastning, for eksempel influensaepidemier. Det har tidligere vært en betydelig nedbygging av sengetallet i England. Sengemangelen har dessuten medført problemer med å ta i mot planlagte innleggelser. I en artikkel i The Guardian 24. februar 2000 hevdes det at daglig kanselleres 1/3 av de planlagte operasjonene ved engelske sykehus pga. mangel på sengeplasser (20).

Sammenlignet med de nordiske landene har Norge et lavere antall indremedisinske senger i forhold til befolkningsgrunnlaget. Norge har imidlertid et høyere antall kirurgiske sengeplasser enn både Sverige og Finland. Til tross for noe ulik organisering av sykehus- og primærhelsetjenesten i de nordiske landene, er det likevel grunn til å stille spørsmål ved om fordelingen av sengeplasser i forhold til pasientsammensetningen og behovene er bedre tilpasset i de øvrige nordiske landene enn hva som er tilfelle i Norge.

Hittil har vi vurdert dagens situasjon. Planlegging av sykehusdriften må foruten oppdatering og forbedring av dagens situasjon, også ta høyde for fremtidige behov. Viktige forhold som vil være avgjørende for behovet for sengeplasser i sykehusene i årene fremover er:

- demografisk utvikling
- sykkeligheten i befolkningen
- medisinsk-teknologisk utvikling
- etterspørsel etter helsetjenester
- organisering av helsetjenesten og fordeling av oppgaver mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten
- prioritering.

Paulsen, Kalseth og Karstensen (8) har i sin analyse av eldres forbruk av helsetjenester på 90-tallet vist at eldrebølgen gjør at man vil trenge 3000-7000 flere sengeplasser de neste 50 årene dersom tilbudet og inntakskriteriene i dag legges til grunn. Dette betyr en økning fra 20 til 50% utover dagens nivå. Beregningene er basert på en fremskriving av dagens sykehusdrift og behandlingssopplegg.

SSBs befolkningsfremskriving viser at vi allerede fra 2010 får en sterkt vekst i antall eldre. Det betyr at 15 år senere kommer det en strekt økning i tallet på 80- og 90 åringer, hvor behovet for helsetjenester, særlig sykehus tjenester, er størst. Det er grunn til å anta at dette først og fremst vil være behov knyttet til de medisinske fagområdene, men også i en viss grad til de kirurgiske fagområdene.

Av rapporten Scenario 2030 fra Statens helsetilsyn fremgår at store sykdomsgrupper som dominerer i høy alder vil øke med fra 40-60% fram til 2030. Dette gjelder konsultasjoner, sykehusinnleggelser og pleie- og omsorgstilbudet. (21).

Det er vanskelig å vurdere hvordan de ulike faktorene vil påvirke behovet for sykehussenger. Hittil har demografisk utvikling samt forventning om redusert liggetid og økt dagbehandling og poliklinisk behandling vært en viktig premisse for fremtidig planlegging. I fremtiden vil medisinsk-teknologisk utvikling antakelig få økende betydning. Ny teknologi og nye behandlingsmetoder er ofte bedre enklere og sikrere og kan redusere inngrepenes omfang og liggetid. Samtidig kan ny teknologi medføre tilbud om behandling og tiltak som ikke var tilgjengelig tidligere. Dette kan øke behovet for sykehusplasser.

Endret organisering og behandling på annet nivå, enn ved innleggelse slik som i dag, vil kunne redusere behovet for sengeplasser i sykehusene, for eksempel ved opprettelse av observasjonsavdelinger og 1 ½-linjetjeneste. Et forhold som bør utredes nærmere er de samfunnsmessige kostnadene ved organisering og behandling på ulike nivå.

Prioritering og hva den offentlige helsetjenesten skal ha ansvaret for i fremtiden vil være en viktig premiss for utbyggingen av de offentlige sykehusene. Skal det offentlige kun prioritere "basistilbud" av helse- og sykehustjenester, eller skal de tilby "alt til alle"? Dette er sentrale spørsmål i tiden fremover. Etterspørsel etter helsetjenester, pasientenes valg, nye forsikringsordninger eventuelt delfinansiert via arbeidsgiverne vil kunne få betydning for etterspørselen og volumet av det offentlige helsetilbudet.

Det synes ikke rimelig å legge dagens inntakskriterier og forbruk av sykehustjenester og kun demografisk utvikling alene til grunn for fremtidig behov for sengeplasser. Også andre forhold bør tas med i vurderingen. Vi vil advare mot forventningen om stadig kortere liggetid og færre innleggelser og dermed redusert sengebehov. Det er grunn til å minne om at de optimistiske anslagene om redusert behov for sengeplasser ved slutten av 80-tallet og begynnelsen av 90-tallet ikke har slått til. Det er derfor grunn til å anta at behovet for sengeplasser i sykehusene vil øke i årene fremover. Planlegging av fremtidig sykehusdrift bør ta hensyn til dette.

Økning av antall sykehussenger og flere sengeposter vil kreve økt ressurstilgang til driften. Dette gjelder bl.a. leger, sykepleiere og annet personell. I hvilken grad det er slakk i arbeidsproduktiviteten, eller om flere senger krever nye årsverk, må vurderes nærmere ved hvert enkelt sykehus.

Konklusjon

Denne undersøkelsen viser at overbelegget ved mange indremedisinske avdelingene i Norge i stor grad kan tilskrives en mangel på sengeplasser ved dagens drift. Ved mange sykehus er det imidlertid svært ujevn fordeling av sengeplassene i forhold til de faktiske behovene og det må vurderes lokalt om det finnes en reservekapasitet som kan frigjøres ved omfordeling av sengeplasser og ressurser mellom de ulike avdelingene og fagområdene. Det er likevel grunn til å anta at det totale sengetallet er for lavt og må økes ved flere sykehus dersom overbelegg og korridorpasienter skal unngås i dagens situasjon.

Utfordringen nå og fremover er grundig gjennomgang, vurdering og analyse av dagens situasjon i det enkelte sykehus og fylke, og den enkelte region. Det må settes inn tiltak for å rette på dagens situasjon og foretas grundig planlegging for å kunne tilpasse kapasiteten til fremtidige behov for plasser i sykehusene. Endret organisering av pasientbehandlingen og behandling på annet nivå enn ved innleggelse bør vurderes. Medisinskfaglige og samfunnsøkonomiske analyser og vurderinger bør utføres i denne sammenheng.

8 Litteratur

1. Statens Helsetilsyn 1998. Gjennomgang av landets sykehus- delrapport 1. Kartlegging av korridorpasienter og beleggsprosent ved indremedisinske, kirurgiske- og ortopediske avdelinger. Rapport oktober 1998.
2. Statens Helsetilsyn 1999. Korridorpasienter i norske sykehus, 1999. Fremdeles regelen, eller unntaket? Rapport desember 1999.
3. Walde N, Skretting P. Overbelegget ved medisinske avdelinger. Fra brannslukking til brannvern? Rapport 2/2000. Spesialoppgave ved Senter for helseadministrasjon. Universitetet i Oslo; 2000.
4. SINTEF Unimed/NIS. Samdata sykehus, Rapport 2/2000.
5. Statistisk sentralbyrå, SSB , Historiske tabeller, Tabellregister 1970-1992, Internett juni 2000, Helsestatistikk 1990, (NOS) Pasientstatistikk 1995-98.
6. SINTEF Unimed/NIS. Samdata sykehus, Rapport 1/2000.
7. Statistisk sentralbyrå, SSB. Pleie-og omsorgsstatistikk 2000, Internett.
8. SINTEF/ Unimed/NIS. 16 % av befolkningen- halvparten av sykehusforbruket. Eldres sykehusforbruk på 90-tallet. Samdata sykehus analyse, 1999.
9. SINTEF Unimed/NIS. Samdata sykehus, Rapport 1/98.
10. SINTEF Unimed/NIS. Samdata sykehus, Rapport 6/97.
11. NIS. Samdata sykehus, Rapport 1/1992.
12. NIS. Samdata sykehus, Rapport 8/1992.
13. Health Statistics in the Nordic Countries 1998. NOMESCO. Nordisk medisinalstatistisk komite, København 2000.
14. SINTEF Unimed/NIS. Samdata sykehus, Rapport 4/99.
15. Statens helsetilsyn. Overbelegg og korridorpasienter ved landets sykehus. Rundskriv IK-21/2000.
16. Statens helsetilsyn. Tilsynsmelding 2000. Mai 2001.
17. Aarseth I: Sykestuer i Finnmark. En studie av bruk og nytteverdi. Doktoravhandling, Universitet i Tromsø, 1998
18. Statens helsetilsyn. Sykestuefunksjonen – the missing link! Rapport februar 2001.
19. British Journal of Medicine: Journal: Editorials. Coping with winter bed crises. BMJ 1999;319:1511-1512 (11 december)
20. The Guardian. Bed crises forces NHS surgery delays. February 24. 2000
21. Statens helsetilsyn. Scenario 2030. Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030. Utredningsserie 6-99.

9 Vedlegg - Enkelte sentrale begreper og definisjoner

Heldøgnsopphold: *Opphold ved sykehus hvor overnatting finner sted eller var planlagt ved innleggelse.*

Innlagt pasient: *Betegner pasient med heldøgninnleggelser og innleggelser for dagbehandling (dagopphold)*

Innleggelse: *Inkluderer heldøgnsinnleggelser og dagbehandling innlagte/dagopphold.*

Sykehusopphold: *Summen av antall heldøgnsopphold og antall dagbehandlinger (både ved innleggelse og ved poliklinikkene)*

Sengedøgn: *Med sengedøgn menes det maksimale antall overnattinger som er mulig innenfor sykehusavdelingens planlagte drift. Ved beregning av antall sengedøgn skal det tas hensyn til redusert kapasitet i ferier, midlertidige stengning av avdelinger/poster og redusert drift forårsaket av andre forhold i løpet av året.*

Gjennomsnittlig liggetid:

Sum liggedager totalt for alle sykehusopphold / antall sykehusopphold totalt

Beleggsprosent:

Sum liggedager totalt x 100 / antall effektive senger x 365 (366 for skuddår)

Ordinære sengeplasser: *Er det antall senger som er til disposisjon ved avdelingen/sykehuset. Er basert på punkttelling per 31. desember hvert år. Brukes både i SAMDATA og av SSB.*

Effektive senger: *Gjennomsnittlig antall tilgjengelige senger i løpet av året. Dette er en beregnet størrelse basert på opplysninger fra sykehusene om antall tilgjengelige senger i løpet av året.*

Effektive senger = totalt antall sengedøgn / antall dager i året.

Definisjonene er hentet fra SINTEF Unimed/NIS SAMDATA rapport 2/2000