

Døgn eller dag - kva er praksis i Helse Nord?

eller

Treng vi alle sengene?

*Daglig leder Gro Rosvold Berntsen og
professor Olav Helge Førde,
SKDE*

Styreseminar 11.10.06



Disposisjon

- Bakgrunn
- Metode
- ISF opphald med stor spredning
- Elektiv (planlagt) kirurgi i HN
 - Forbruksrater
 - Bruk av senger
- Medisinsk dagbehandling i HN
- Kva veit vi om tiltak som fremjar dagbehandling?

Roemers lov frå 1961

Bed supply and hospital utilization: a natural experiment.

ROEMER MI.

“A built bed is a filled bed”

The effect of hospital bed reduction on the use of beds: a comparative study of 10 European countries.

[Kroneman M,](#)
[Siegers JJ.](#)

Nivel, P.O. Box 1568, Utrecht 3500 BN, The Netherlands. m.kroneman@nivel.nl

In Europe, the reduction of acute care hospital beds has been one of the measures implemented to restrict hospital expenditure. The aim of this study is to gain insight into the effect bed reductions have on the use of the remaining beds within different healthcare systems. We concentrated on two healthcare system elements: hospital financing system (per diem and global budget systems) and physician remuneration system (fee-for-service and salary systems). We also controlled for technological development and demand for healthcare. We used data from the OECD health data files of 10 North-Western European countries on hospital bed supply and use. The hospital bed indicators used were occupancy rate, average length of stay and admission rate. The data were analysed with multilevel analysis. We found some indication that the different financial incentives of hospital financing systems do indeed influence hospital bed use in the case of reductions in acute care hospital bed supply in different ways.

However, we found significant effects only for the hospital bed use indicators "occupancy rate" and "admission rate". For physician financing systems, no significant effects were found.

Soc Sci Med. 2004 Oct;59(8):1731-40

5.7 Effektive senger – regionalt nivå

Tabell 5.5 Antall effektive senger i sykehus per 1 000 innbyggere. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert. 2004* og 2005. Bostedsregion.

Helseregion	Effektive senger		Prosentvis endring 2004-2005
	2004	2005	
Helseregion Øst	2,65	2,64	-0,3
Helseregion Sør	2,88	2,84	-1,3
Helseregion Vest	2,76	2,76	-0,1
Helseregion Midt-Norge	2,88	2,86	-0,8
Helseregion Nord	3,36	3,10	-7,8
Totalt	2,82	2,78	-1,4
Helgeland	3,53	3,42	
Nordland	3,45	2,91	
Hålogaland	3,55	3,12	
UNN	2,96	2,91	
Finmark	3,42	3,26	

Materiale

- Data fra NPR
 - Alle ISF-finansierte kontakter
 - i hele Norge
 - i perioden 2001 - 2005
- Obs - bare ISF-finansiert poliklinikk er med
- 6 080 777 ISF-finansierte kontakter

Utvalg

- Totalt: 622 DRG-grupper i materialet
- Utvalg: DRG-grupper med potensiale for reduksjon i % døgnbehandling, på en viss størrelse
- Ekskluderer:
 - Sjeldne DRG-grupper: < 3000 kontakter innen gruppen på landsbasis
 - Gjennomsnittlig liggetid > 3 dager
 - DRG-vekt > 1
 - DRG med komplikasjoner
 - DRGgrupper med:
 - >95% - døgnbehandling eller
 - < 5% døgnbehandling
- Utvalg: 88 DRG-grupper
- 2 231 340 kontakter
- 37% av alle kontakter i materialet

Metode

- Bruker % Døgnopphold som mål på ”poliklinisering”
- Jo lavere % døgnopphold – jo høyere andel på enten dag- el poliklinisk behandling
- Sammenlikner de 11 institusjonene i Nord
 - Med hverandre
 - Med Resten av Norge (Sør)

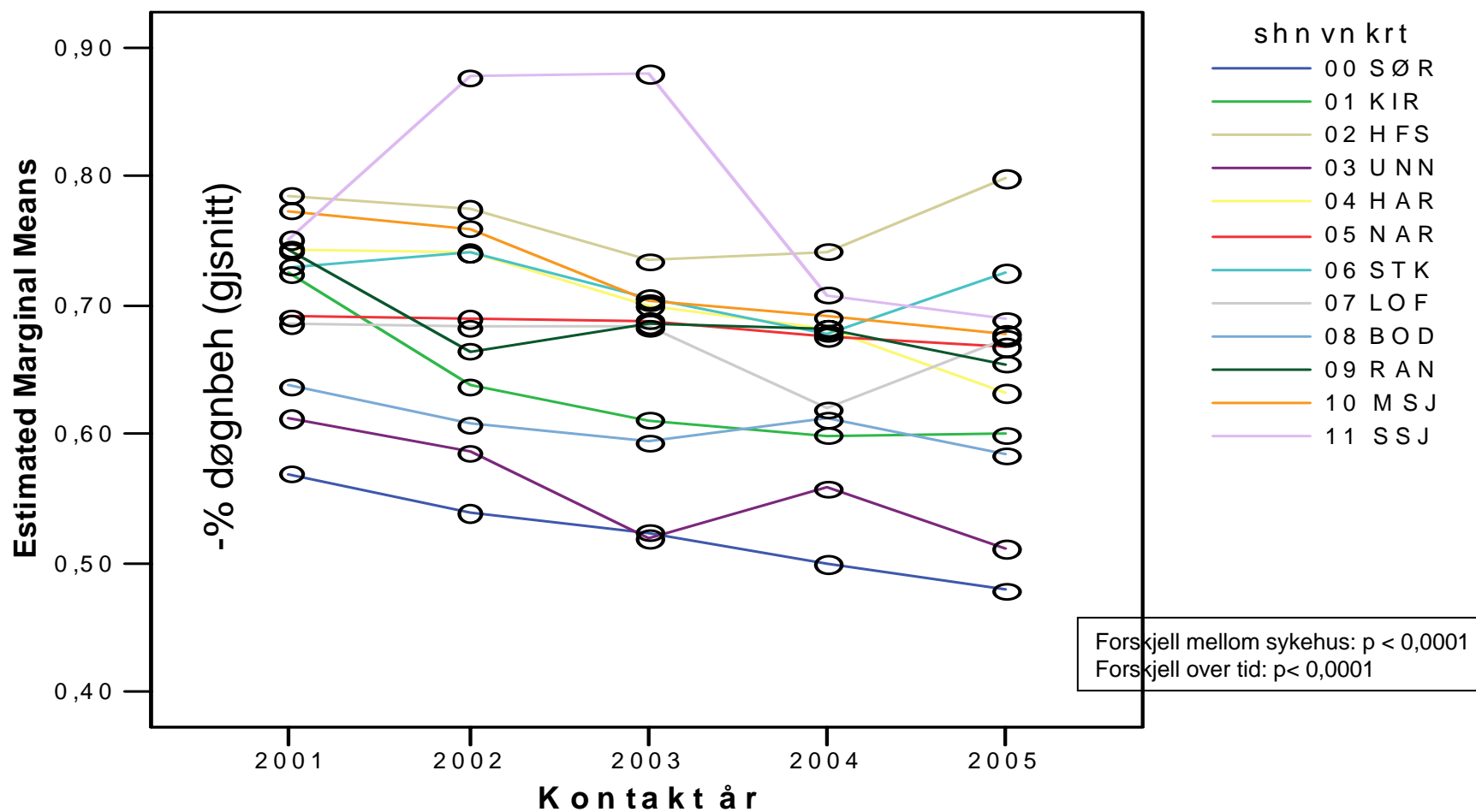
Problemstillinger

- Finnes det stabile og ustabile DRG-grupper?
 - Ustabile DRG-grupper: Stor variasjon i døgnandel mellom sykehus
 - Stabile DRG-grupper: Liten variasjon på tvers av sykehus

10 på topp – mest "ustabile" DRG-grupper, minimum og maksimum døgnandel i ulike sykehus

	Standard avvik	Min verdi	Maks	Diff %-poeng
DRG 462B Rehabilitering. vanlig	0.36	0.05	1.00	0.95
DRG 521 Operativ korreksjon av obstruktivt søvna	0.36	0.11	1.00	0.89
DRG 56 Plastiske operasjoner på nesen	0.35	0.08	1.00	0.92
DRG 125 Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre u/	0.34	0.24	1.00	0.76
DRG 55 Diverse operasjoner på øre/nese/hals	0.32	0.04	0.92	0.88
DRG 59 Tonsillektomi og/eller adenoidektomi >17	0.31	0.19	0.99	0.80
DRG 163 Lyskebrokkoperasjon 0-17 år	0.29	0.16	0.96	0.80
DRG 41 Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukt	0.28	0.37	0.92	0.55
DRG 53 Operasjoner på bihuler & proc mastoideus	0.28	0.04	0.92	0.88
DRG 410B Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagno	0.27	0.02	1.00	0.98

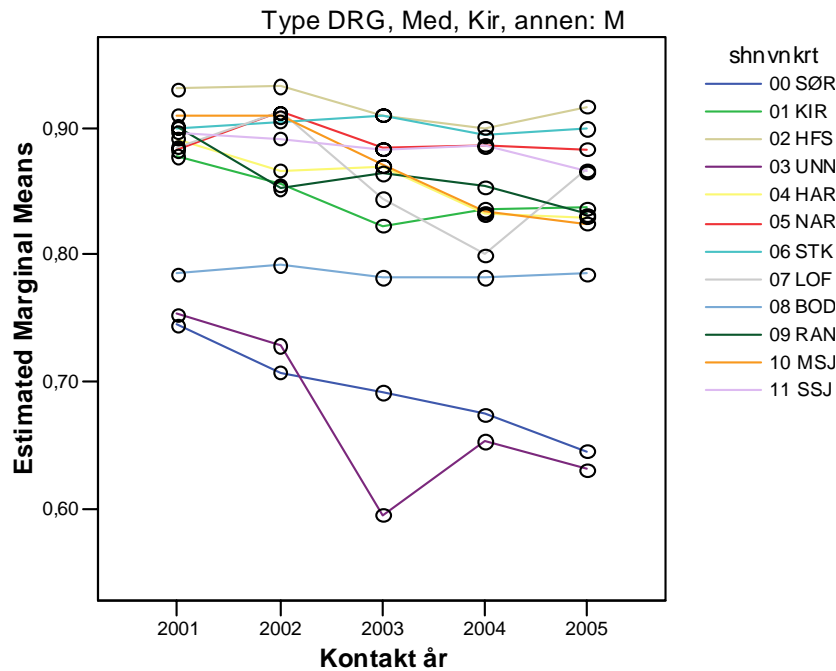
Utvikling – Gjennomsnittlig % døgnsbehandling etter sykehus



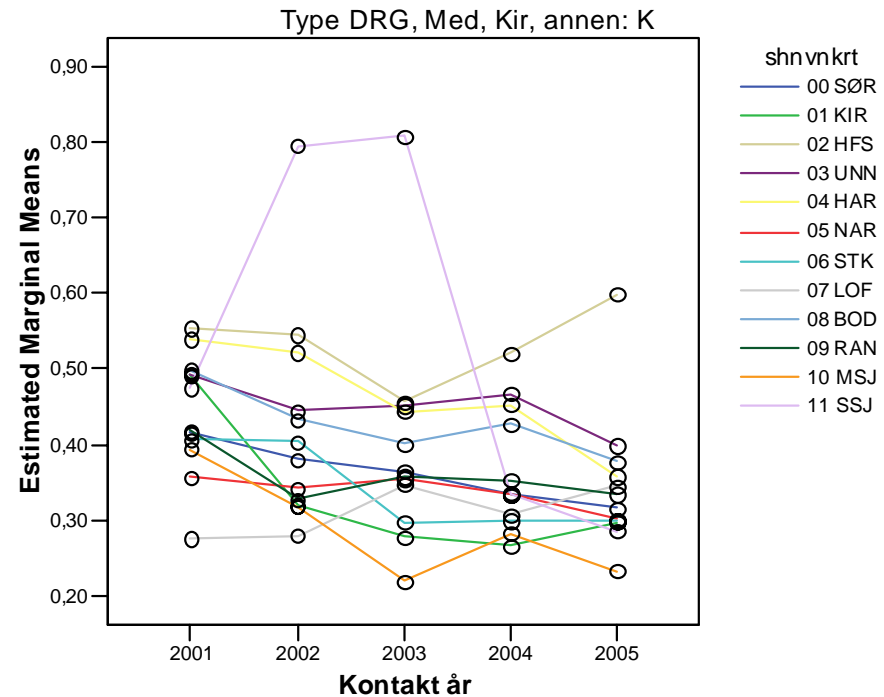
Medisinske vs Kirurgiske DRGer

– Gjennomsnittlig % døgnsbehandling

Medisinske DRGer



Kirurgiske DRGer



Utvikling døgnbehandling:

- Alle sykehus i Nord ligger høyere i døgnandel enn resten av Norge.
- Alle, bortsett fra Hammerfest reduserer %-del døgnbehandling
- Høyest andel døgn:
- Sandnessjøen
- Hammerfest
- Mosjøen
- Lavest andel Døgn:
- Resten av landet ("Sør")
- UNN
- Bodø

Utvalg av utvalget

- De hyppigste DRG-gruppene
- DRG-er som gir full refusjon som dagbehandling - stort sett de kirurgiske
- Det som blir gjort på alle sykehus
- Og en del av utgangslista
- Og at det var variasjon mellom sykehus

Return Hospital Visits and Hospital Readmissions After Ambulatory Surgery.

Original Articles

Annals of Surgery. 230(5):721, November 1999.

Mezei, Gabor MD, PhD; Chung, Frances MD, FRCPC

Abstract:

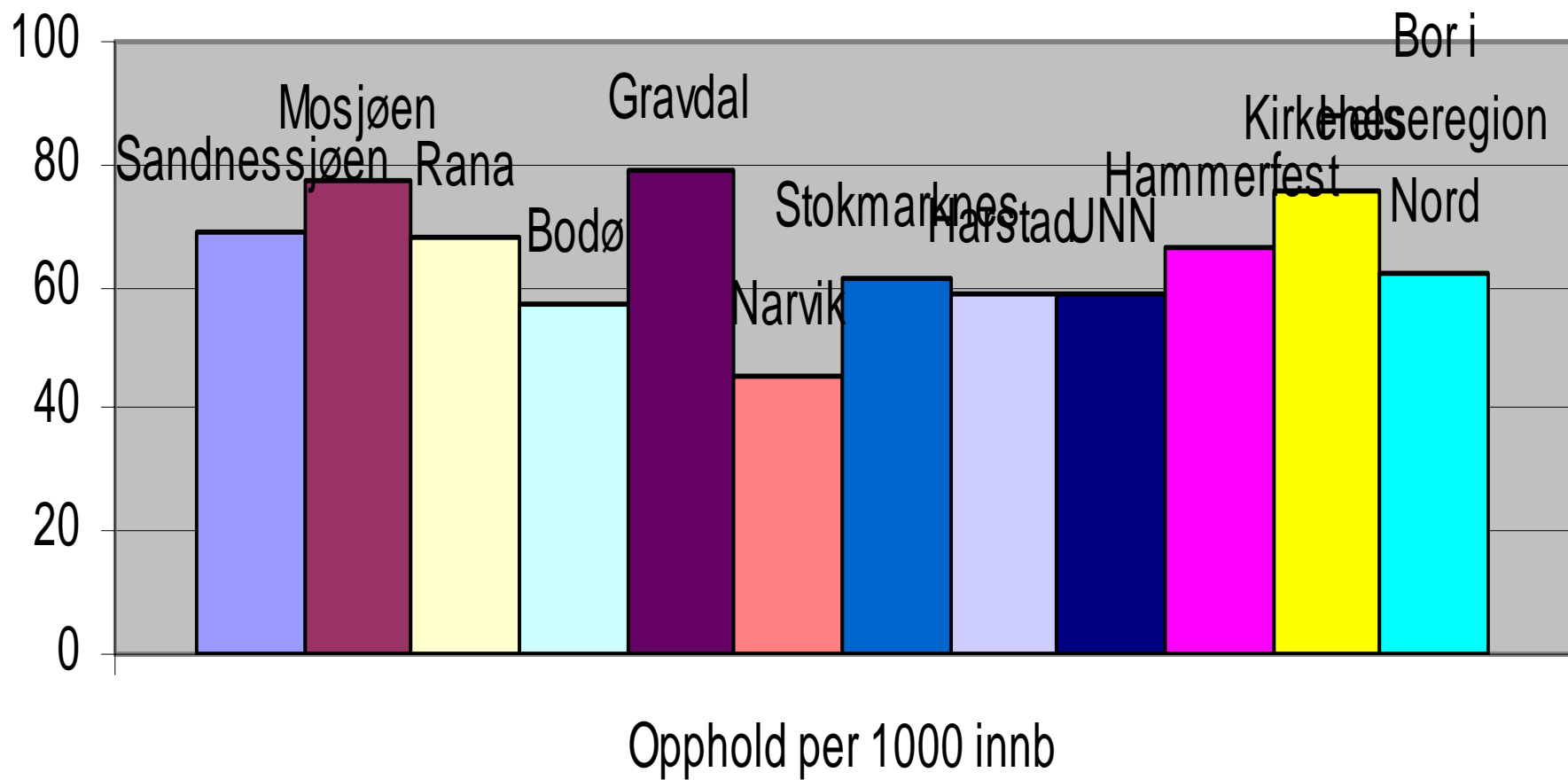
Currently in North America, 65% of the surgical procedures are carried out in ambulatory settings. The safety of ambulatory surgery is well documented, with low rates of adverse events during or immediately after surgery.

Conclusions: The rate of complication-related readmissions was extremely low (0.15%). This result further supports the view that ambulatory surgery is a safe practice.

Antall, liggetid og populasjonsrate for elektive kirurgiske inngrep 2001-2005

	Bor i Helseregion Øst	Bor i Helseregion Sør	Bor i Helseregion Vest	Bor i Helseregion Midt-Norge	Bor i Helseregion Nord
Opphold (når antall > 3)	462787	277983	251218	208346	144804
Liggedager per opphold	2,3	2,5	2,6	2,4	2,7
Opphold per 1000 innb	56,393	62,366	53,498	64,870	62,579

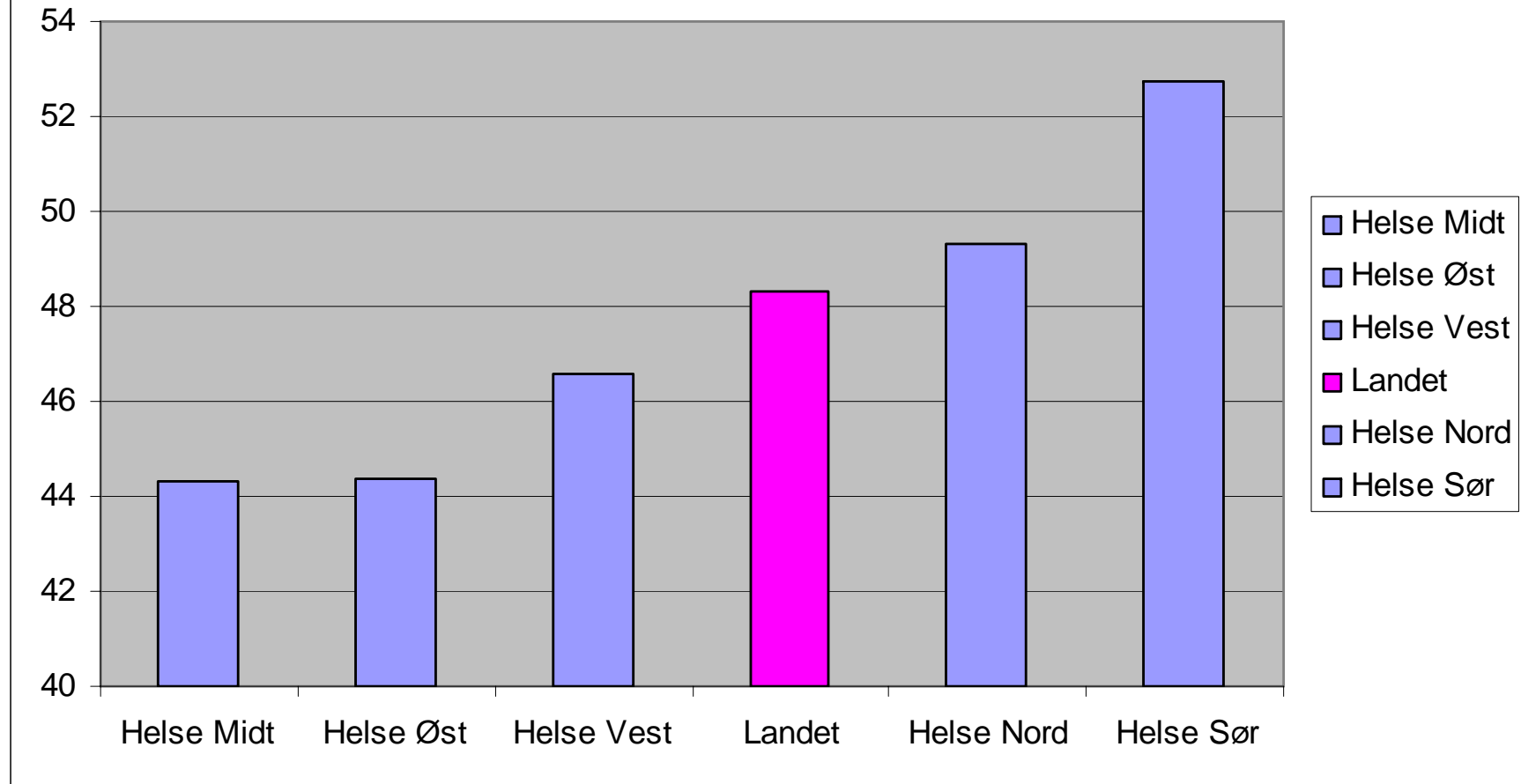
Rater for elektive kirurgiske opphold, i Helse Nord, 2001-2005



Andel elektive kirurgiske døgnpasientar i regionane, 2001-2005

Region	Antall opphold	%Døgnpasientar
Helse Øst	357945	44,35
Helse Sør	321373	52,75
Helse Vest	240148	46,60
Helse Midt	189491	44,31
Helse Nord	135414	49,30
Landet	1345991	48,30

% Døgnpasienter 2001 - 2005



Andel (%) elektive kirurgiske døgnpasientar i regionane i åra 2001 til 2005

Region	2001	2002	2003	2004	2005
Øst	44,32	43,79	43,23	42,80	47,79
Sør	52,98	51,15	48,86	53,87	57,51
Vest	50,62	48,37	46,34	44,53	44,17
Midt	47,18	45,42	43,13	43,53	43,02
Nord	48,68	48,08	47,45	47,68	55,89
Landet	49,50	48,69	47,15	46,39	50,18

Kva kunne vi "spare"?

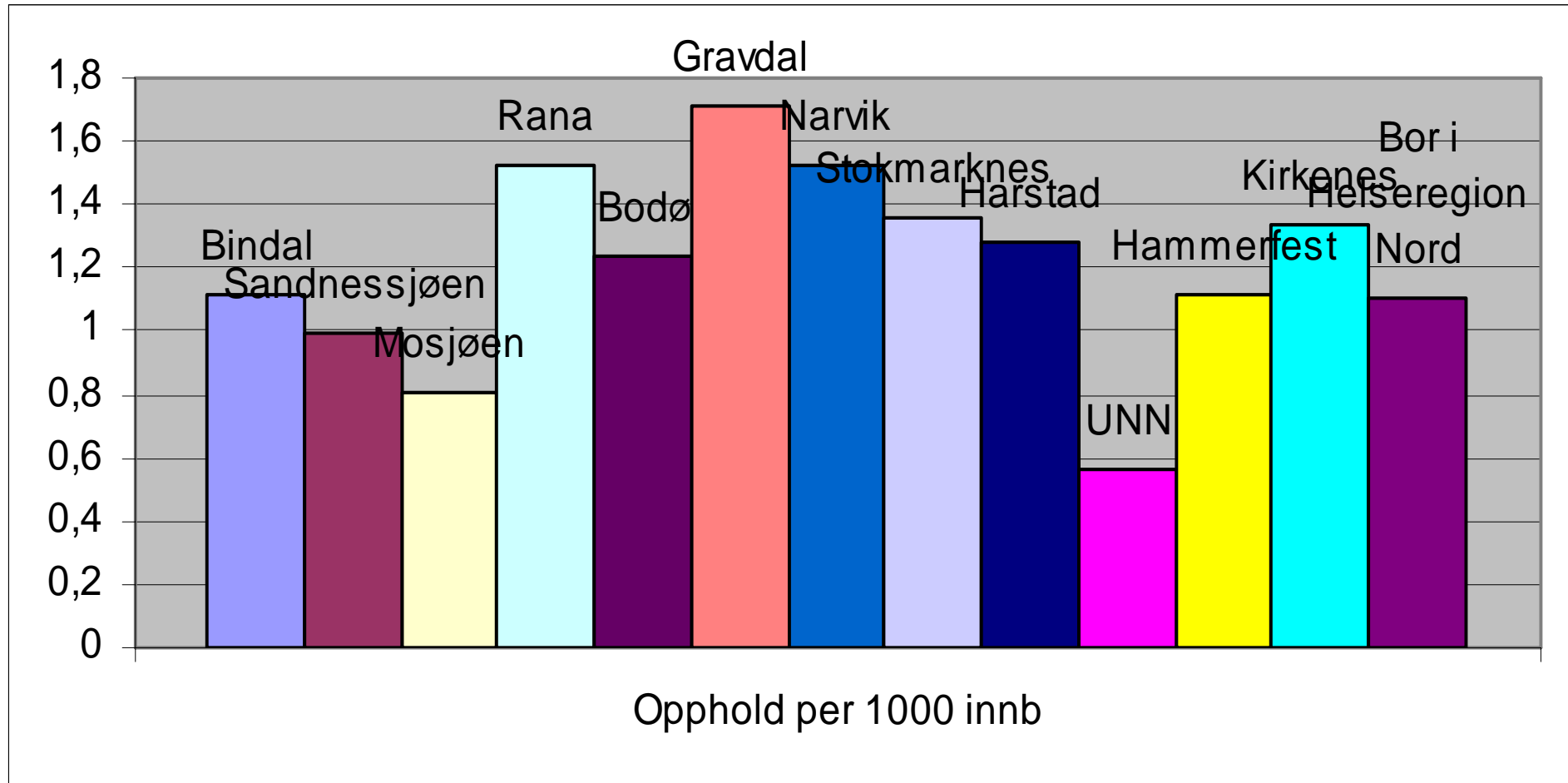
I perioden 2001 – 2005:

Som Helse Midt: ca. 6 800 døgnopphald

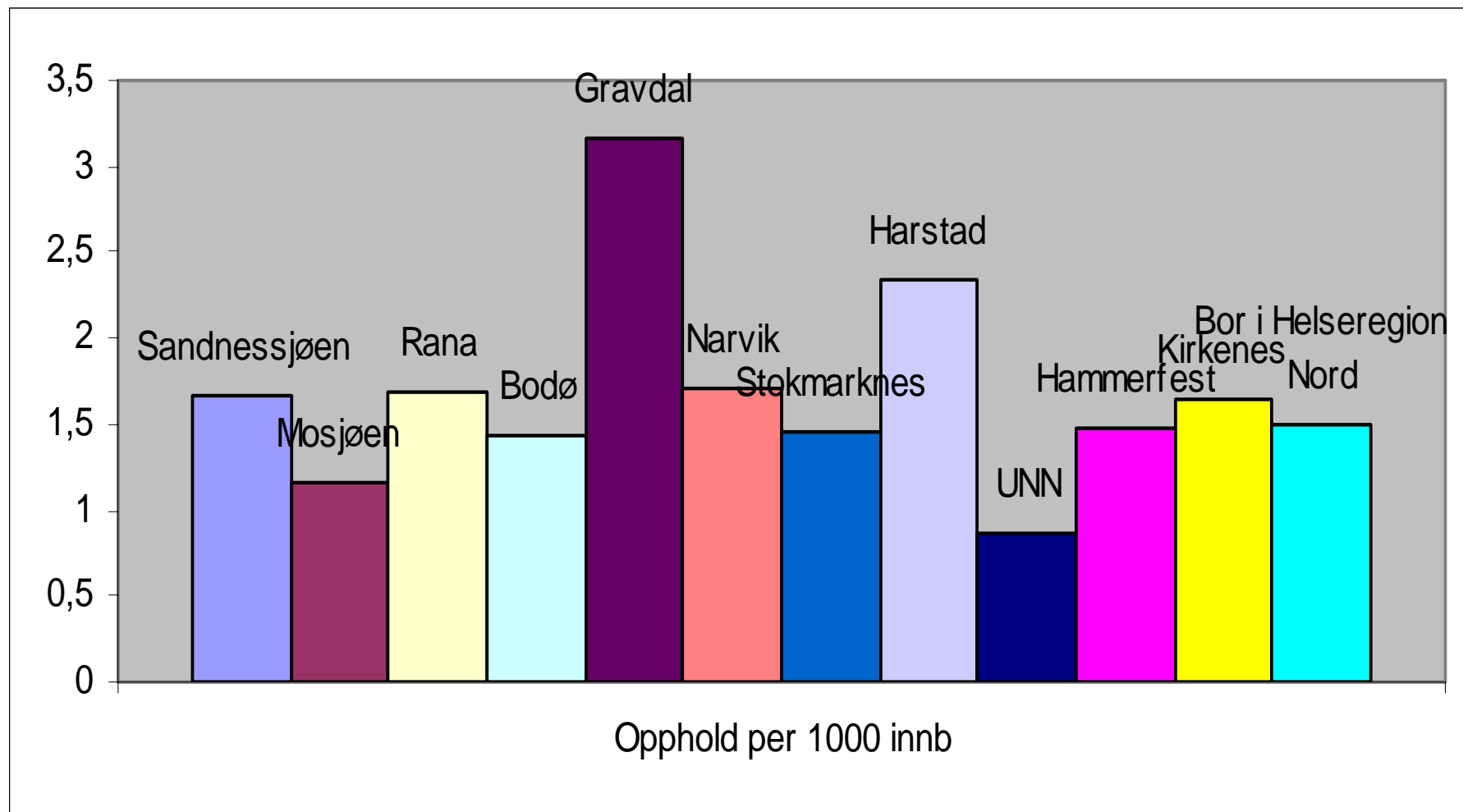
I 2005:

Som Helse Midt ca. 3 000 døgnopphald

Rater for fjerning av mandler (DRG 60), Helse Nord, 2001- 2005



Rater for fjerning av mandlar (DRG 60) for sjukehusområder i Helse Nord 2005.

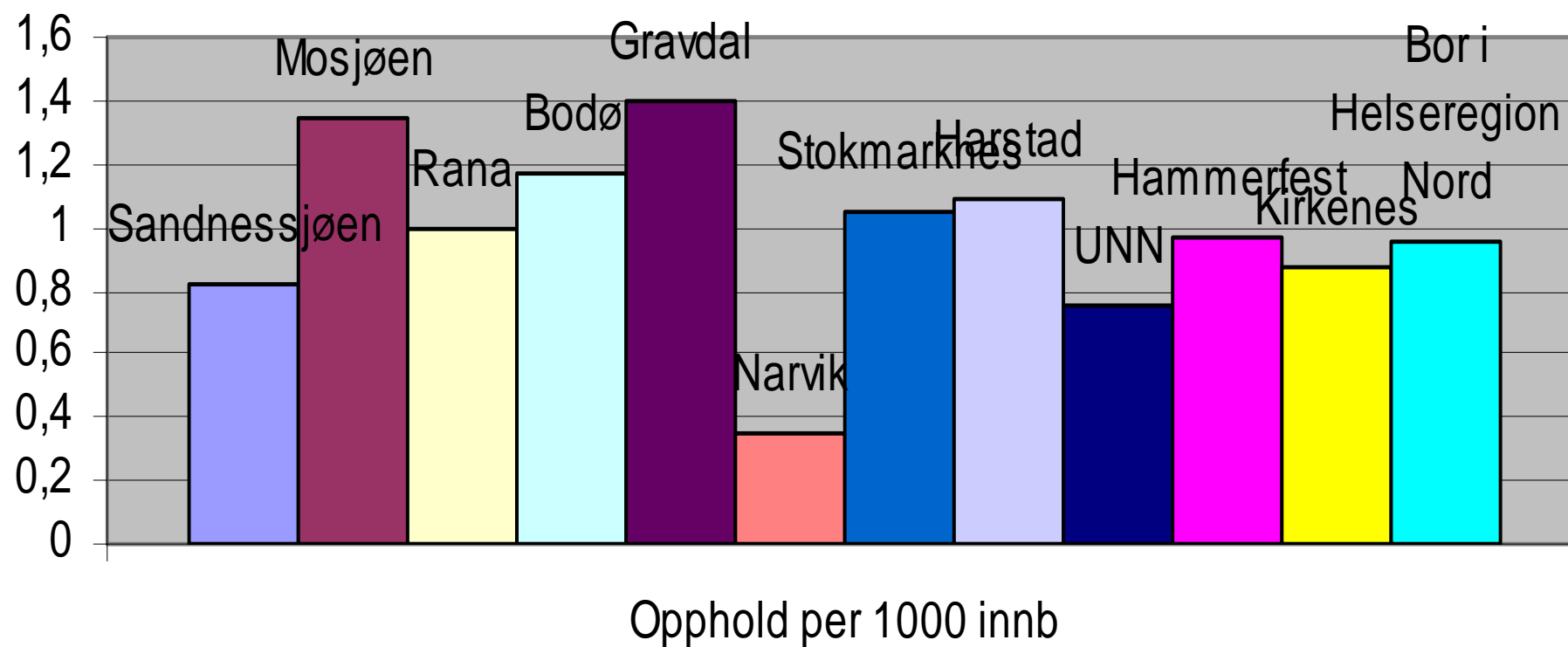


Andel fjerning mandlar(DRG60) som døgnpasientar i Helse Nord, 2001-2005, N=4208

	Døgnopphold
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	45,56%
Nordlandssykehuset HF	67,64%
Hålogalandssykehuset HF	66,74%
Helse Finnmark HF	59,93%
Helgelandssykehuset HF	/0
Helse Nord RHF	59,15%

Lavast andel Ullevål sjukehus 7,4 %

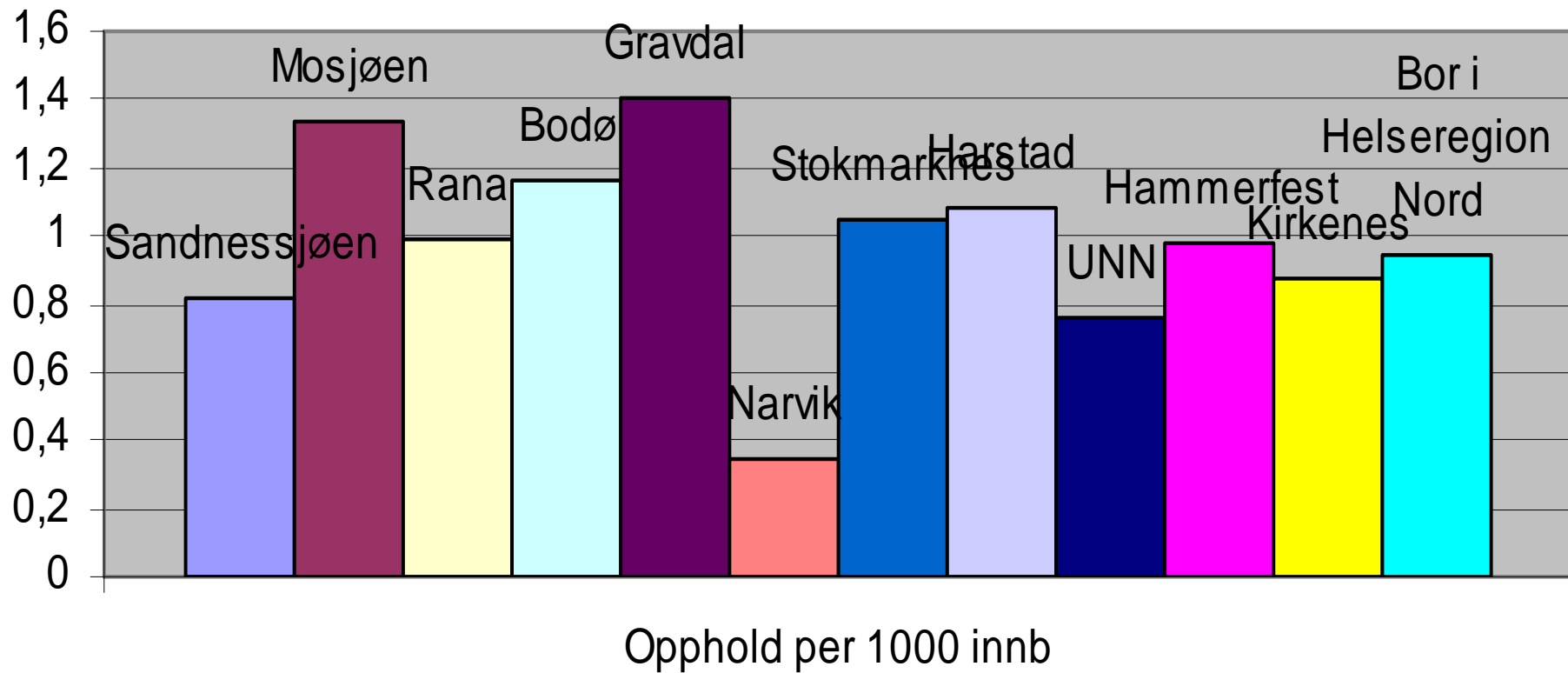
Rater for lyskebrokkoperasjoner, Helse Nord, 2001-2005



DRG 162 - Inguinal & femoral brokkop > 17år u/bk, 2001 - 2005

drg	Sykehus	Gjennnitt % døgn	N (døgn + dag+ pol)
162	00 SØR	35 %	24986
	01 KIR	38 %	177
	02 HFS	60 %	236
	03 UNN	58 %	324
	04 HAR	45 %	450
	05 NAR	38 %	209
	06 STK	39 %	215
	07 LOF	33 %	137
	08 BOD	44 %	415
	09 RAN	30 %	204
	10 MSJ	34 %	246
	11 SSJ	64 %	147
	Group Total	43 %	27746

Rater for åreknuteoperasjoner Helse Nord 2001-2005



Andel årekunuteoperasjoner(DRG 119) som døgnoophald, 2001-2005 –

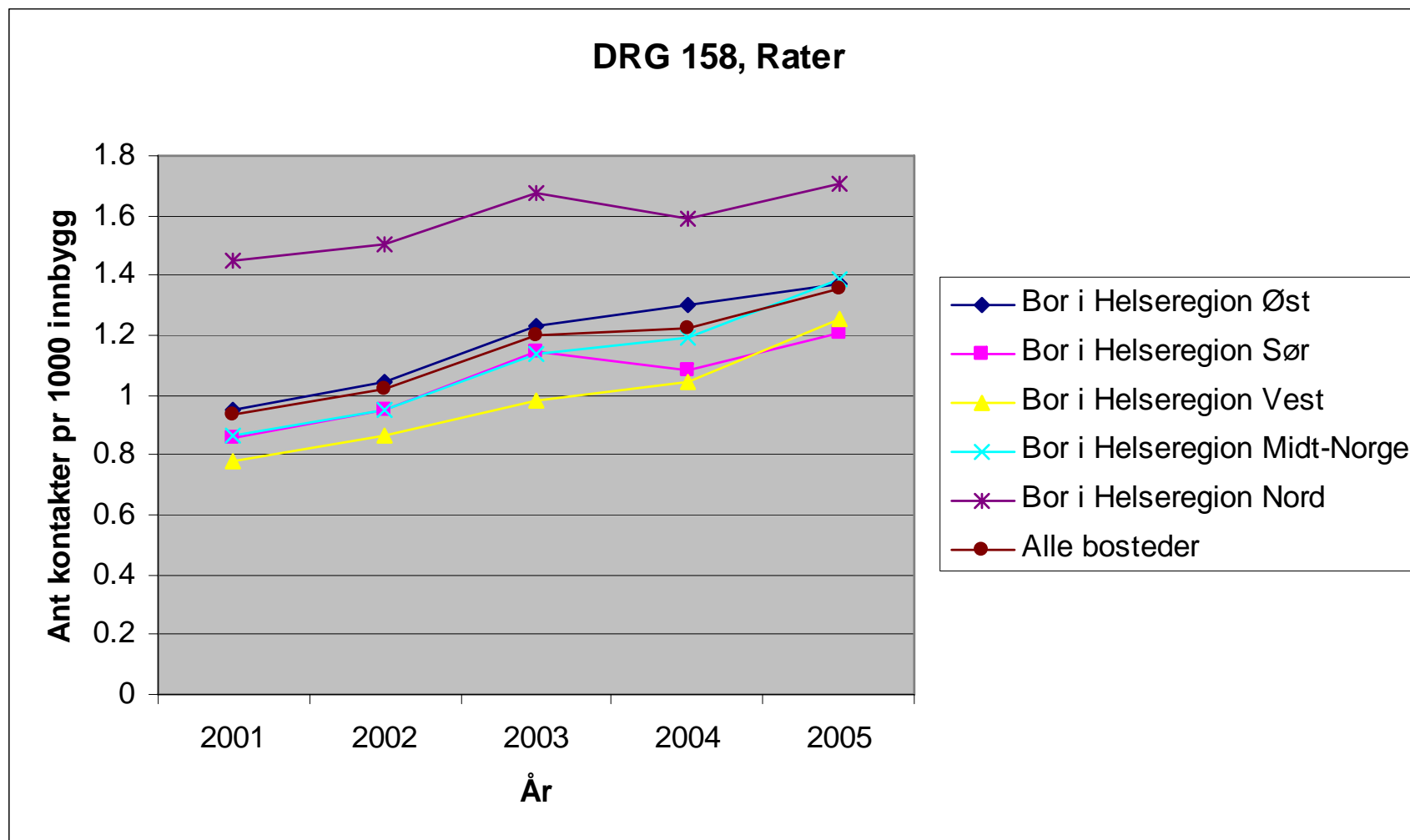
	% døgn	N
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	95,45	44
Nordlandssykehuset HF	8,18	587
Hålogalandssykehuset HF	28,88	599
Helse Finnmark HF	19,96	486
Helgelandssykehuset HF	22,22	414
Helse Nord RHF	20,66	2130

Lav andel; Sykehuset Innlandet 7,4%

DRG 119 - Inngrep for åreknuter, 2001- 05

drg	Sykehus	Gjnsnitt % døgn	N (døgn + dag+ pol)
119	00 SØR	20 %	33292
	01 KIR	26 %	350
	02 HFS	25 %	281
	03 UNN	91 %	50
	04 HAR	42 %	566
	05 NAR	21 %	192
	06 STK	13 %	222
	07 LOF	8 %	166
	08 BOD	10 %	545
	09 RAN	19 %	207
	10 MSJ	15 %	243
	11 SSJ	67 %	146
	Group Total	29 %	36260

DRG 158 - enkle operasjoner på endetarm, 2001- 2005



Andel enkle operasjoner på endetarm(DRG 158) som døgnopphald 2001-2005. N= 2446

	Døgnopphold
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	73,61%
Nordlandssykehuset HF	37,18%
Hålogalandssykehuset HF	38,59%
Helse Finnmark HF	53,82%
Helgelandssykehuset HF	59,94%
Helse Nord RHF	55,07%

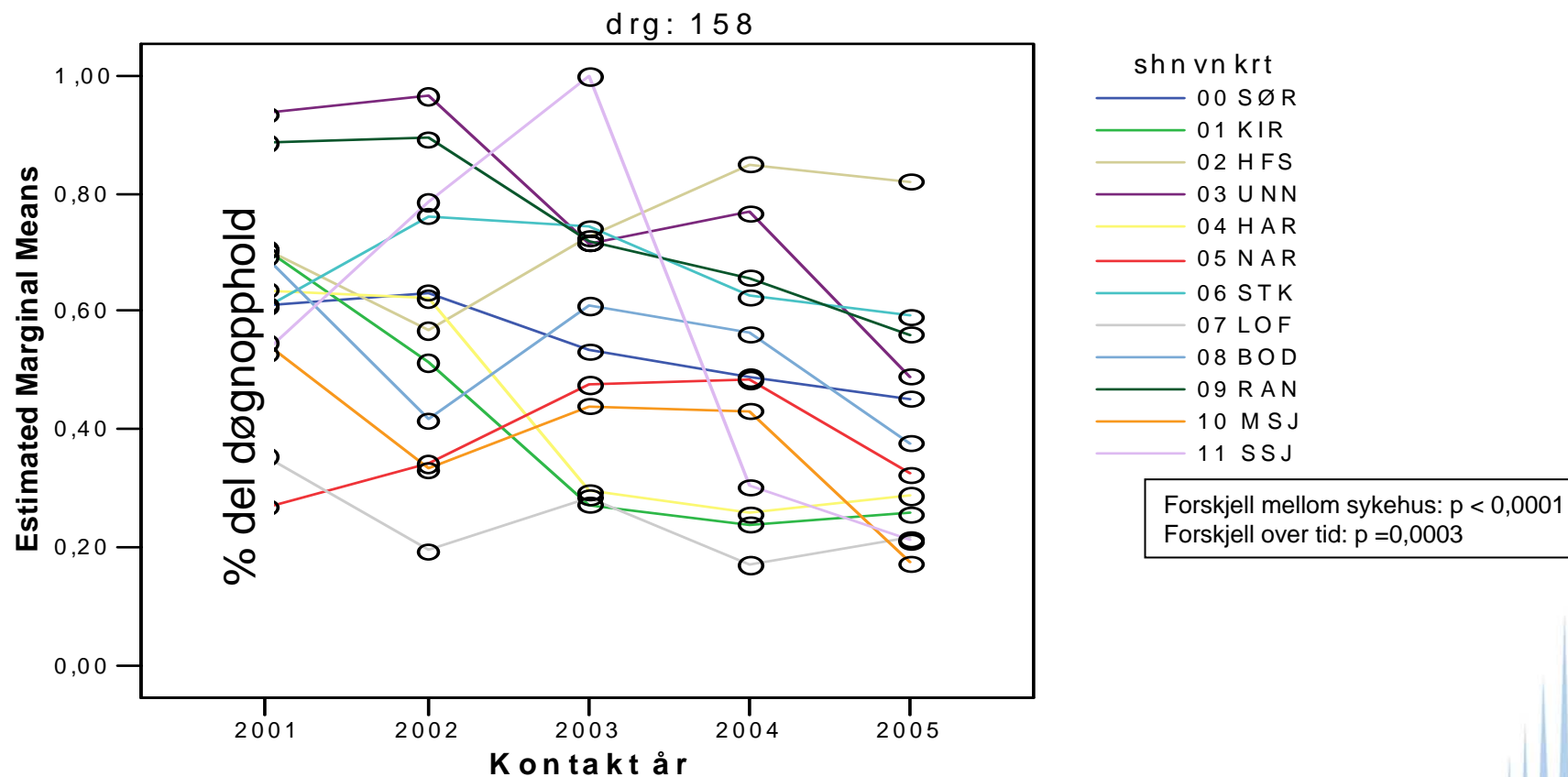
Lavast andel Ullevål sykehus 13,99%

DRG 158 - enkle operasjoner på endetarm, 2001- 2005

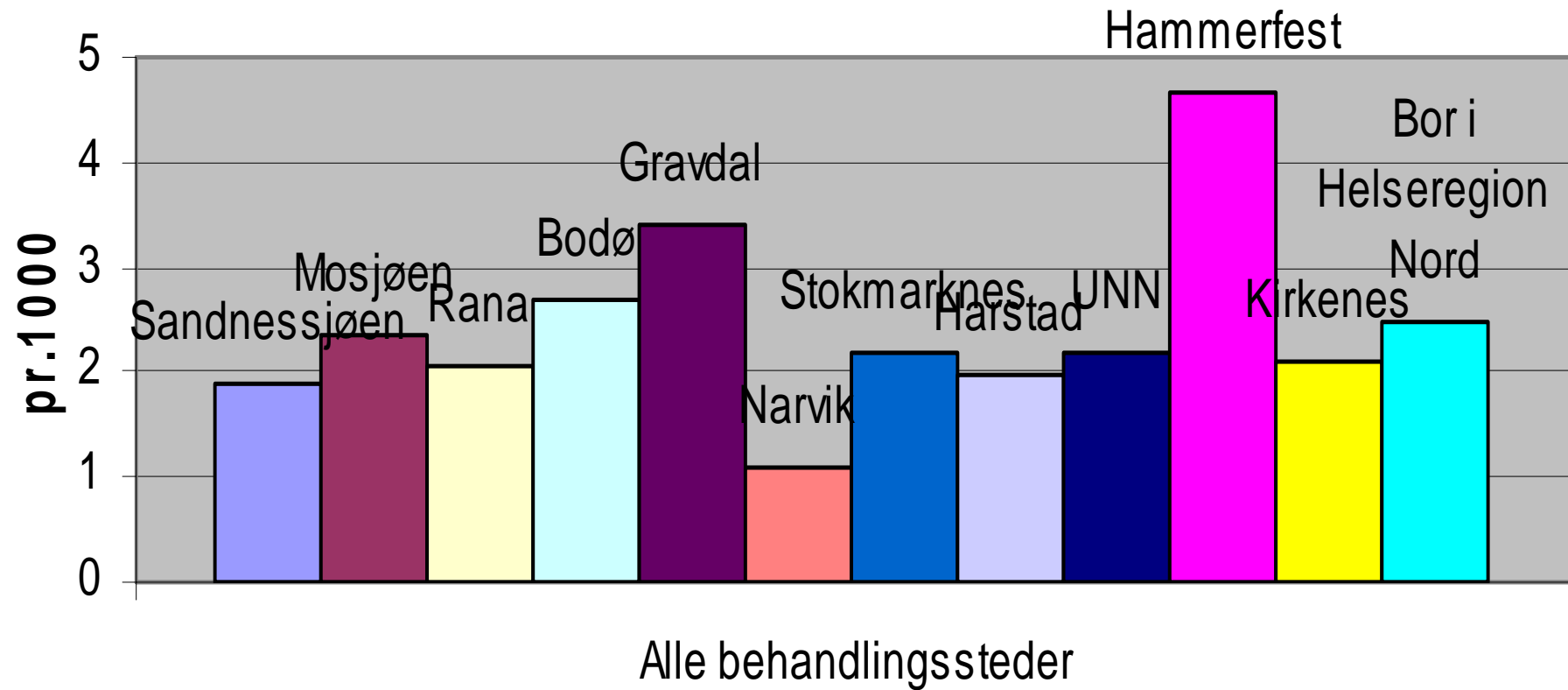
drg	Sykehus	Gjennsnitt % døgn	N (døgn + dag+ pol)
158	00 SØR	54 %	22568
	01 KIR	40 %	205
	02 HFS	73 %	270
	03 UNN	78 %	1064
	04 HAR	42 %	527
	05 NAR	38 %	188
	06 STK	67 %	173
	07 LOF	24 %	180
	08 BOD	53 %	516
	09 RAN	74 %	209
	10 MSJ	39 %	166
	11 SSJ	57 %	115
	Group Total	53 %	26181

DRG 158 - enkle operasjoner på endetarm

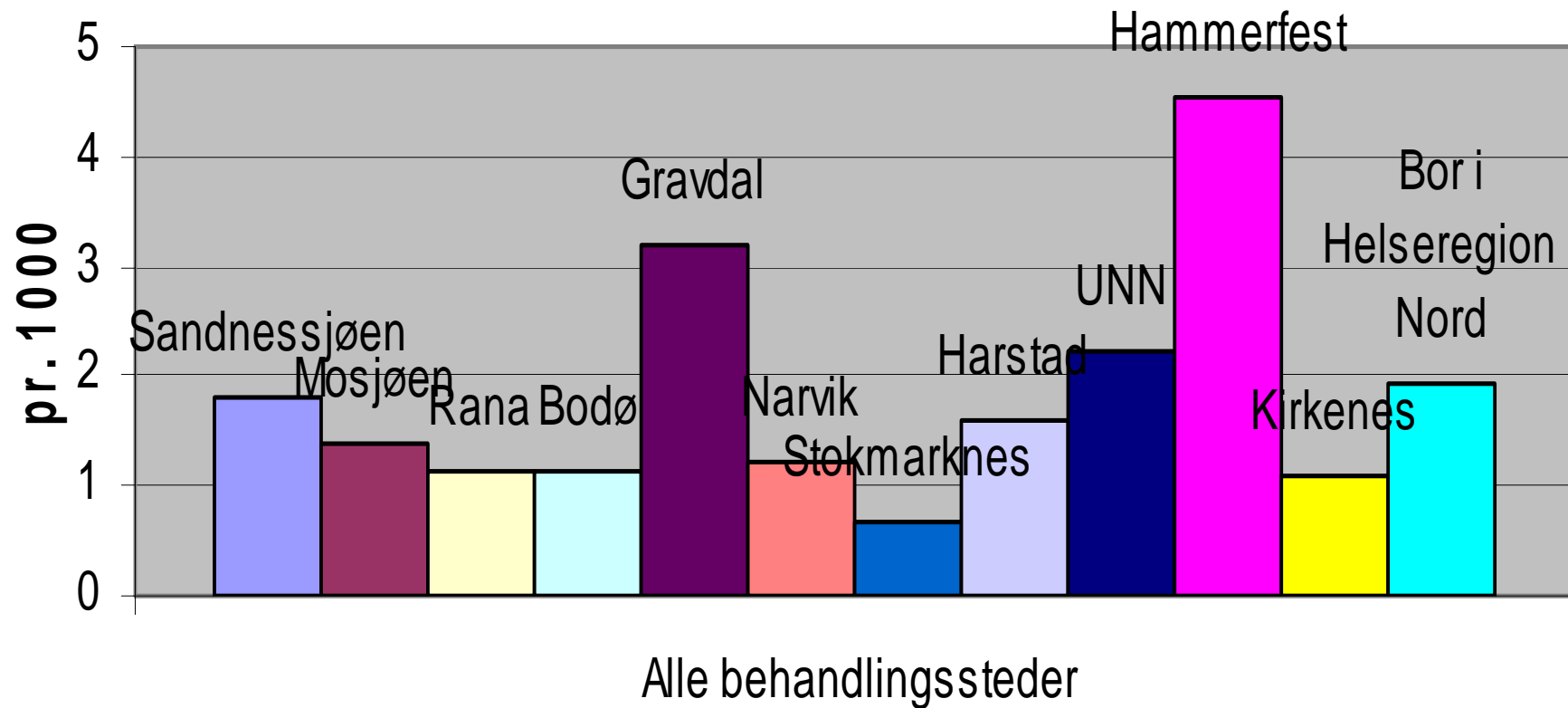
Andel av alle kontaktene som er døgnopphold (%)



Rater for elektive kneoperasjoner etter sykehusområde, Helse Nord, 2001-2005, N=5744



Rater for elektive kneoperasjoner etter sykehusområde, Helse Nord, 2005.



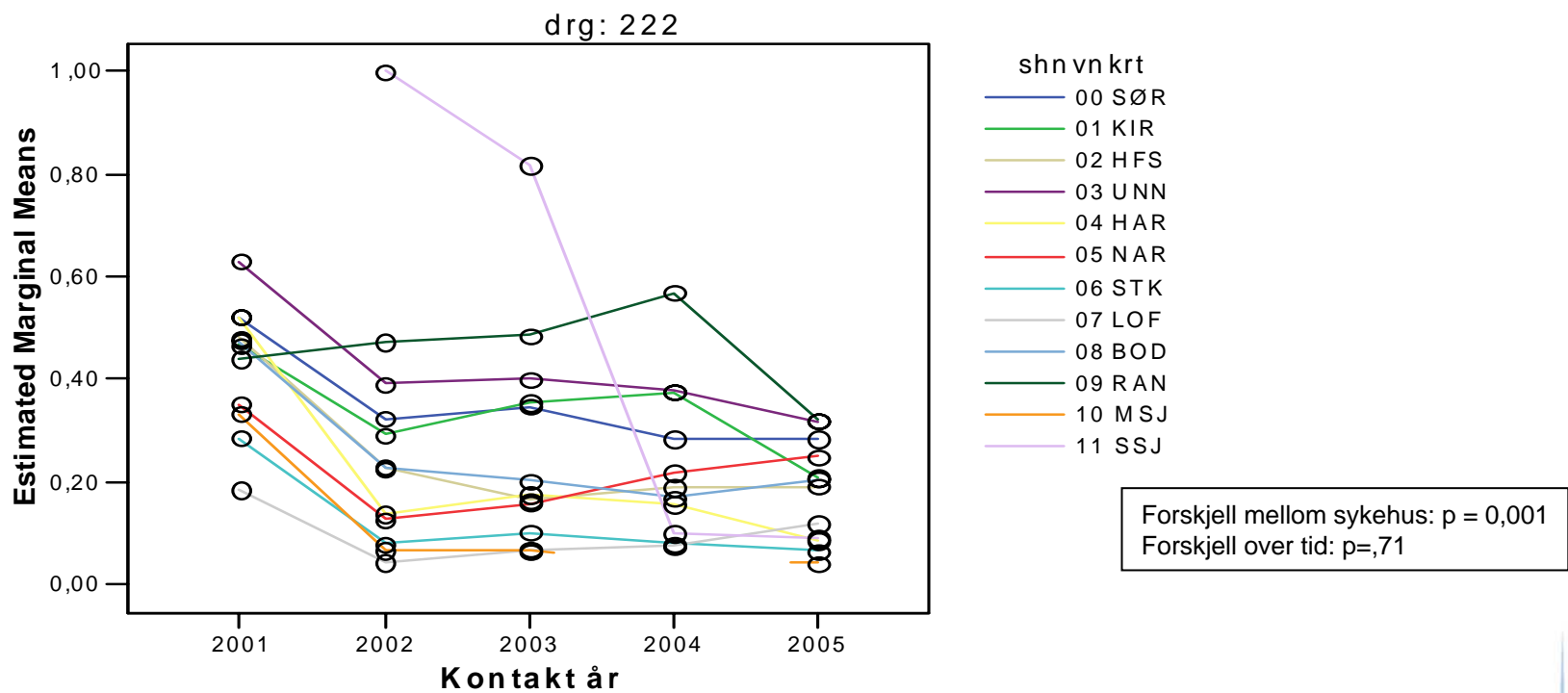
Andel kneoperasjoner (DRG 222) som døgnopphold i Helse Nord, 2001-2005. N= 5133

	Døgnopphold
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	29,48%
Nordlandssykehuset HF	18,87%
Hålogalandssykehuset HF	14,53%
Helse Finnmark HF	17,31%
Helgelandssykehuset HF	34,75%
Helse Nord RHF	22,17%

Lavast andel Harstad 8,58%(N=338)

DRG 222- Andel kneoperasjoner som døgnoophald

Estimated Marginal Means of prcNdoqn

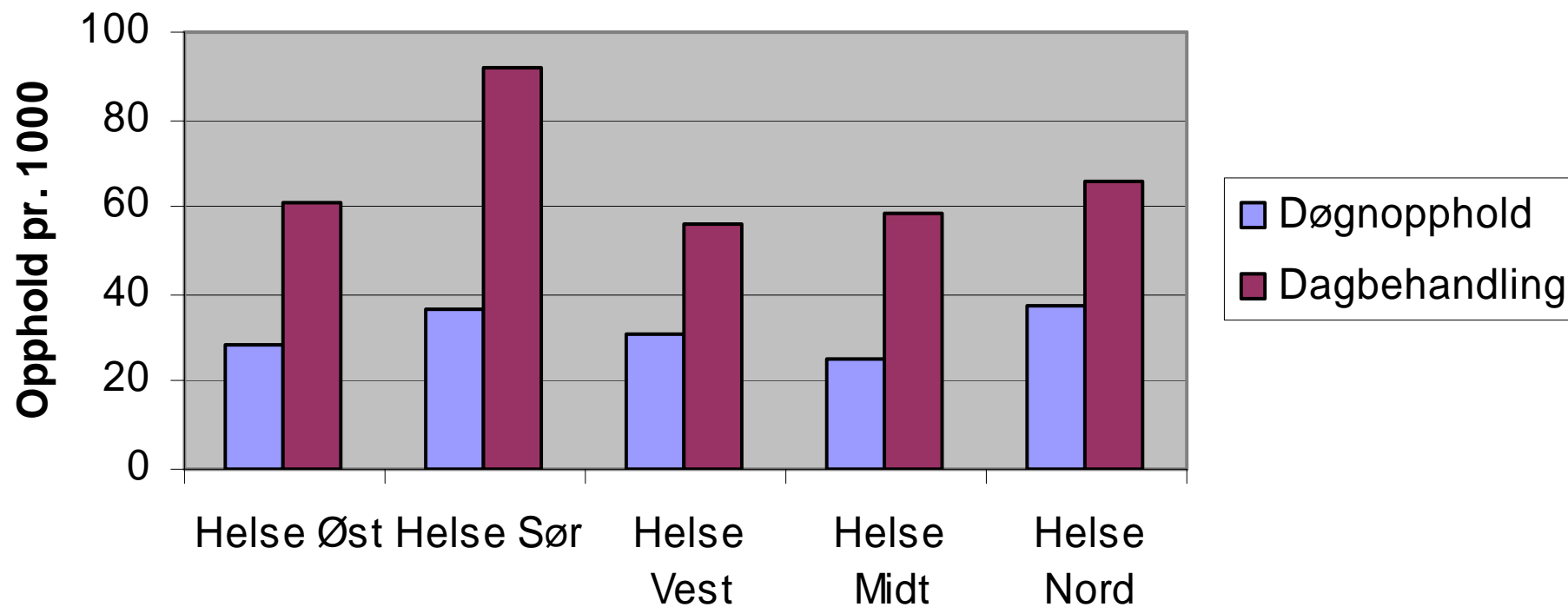


Non-estimable means are not plotted

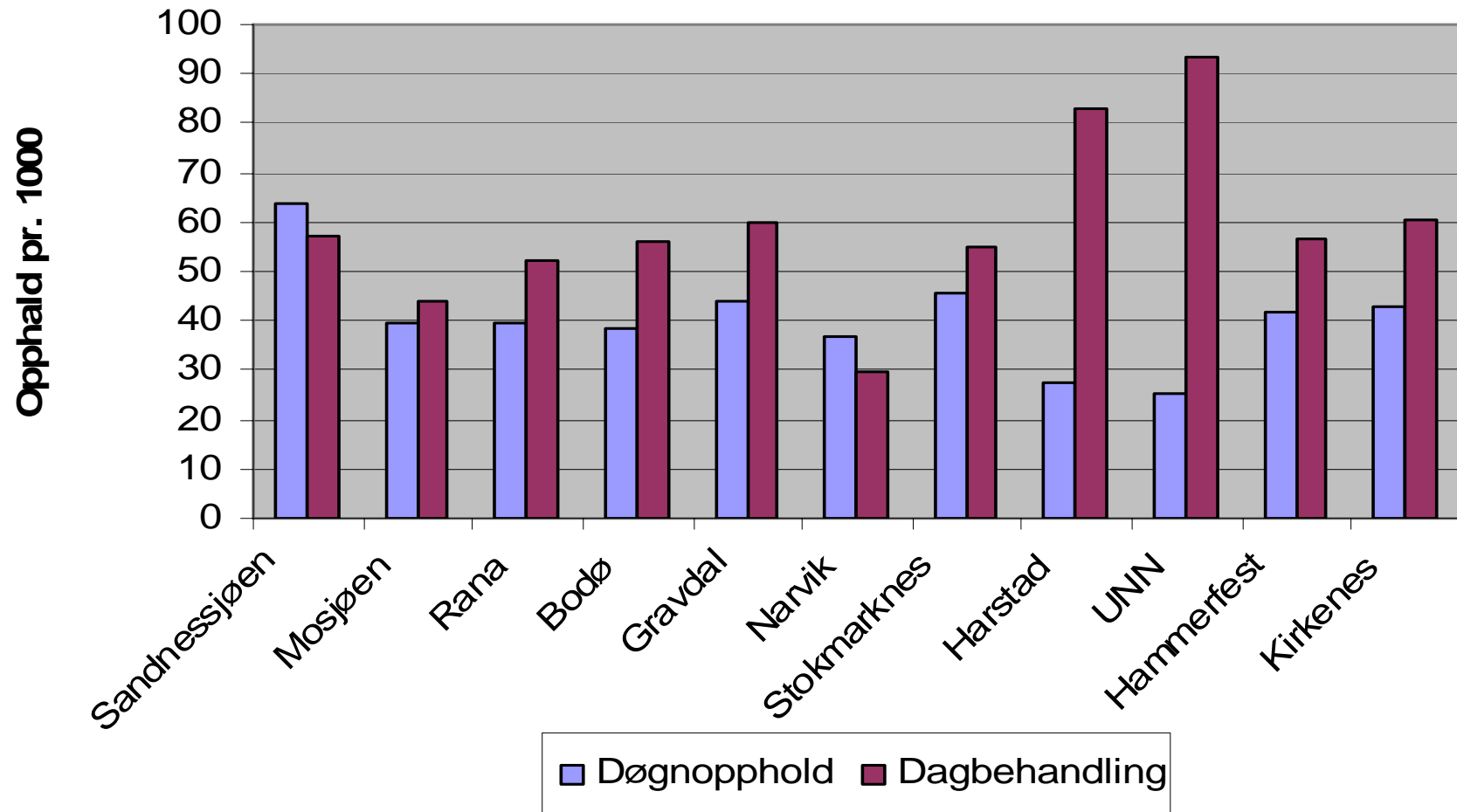
DRG 231 Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntesmateriale

	Døgnopphold
Universitetssykehuset Nord-Norge	56,80%
Nordlandssykehuset HF	32,70%
Hålogalandssykehuset HF	39,78%
Helse Finnmark HF	45,83%
Helgelandssykehuset HF	33,07%
Helse Nord RHF	43,08 %

Elektive medisinske dag- og døgnopphald



Elektive medisinske døgn- og dagopphald i Helse Nord, 2005



Veit vi om tiltak som fremjar dagbehandling?

- Reduksjon i sengetal

International variations in availability and diffusion of alternatives to in-patient care in Europe: the case of day surgery

Madelon W. Kroneman ^{a,*}, Gert P. Westert ^b, Peter P. Groenewegen ^a,
Diana M.J. Delnoij ^c

^a Nivel, PO Box 1568, 3500 BN, Utrecht, The Netherlands

^b RIVM, PO Box 1, 3720 BA Bilthoven, The Netherlands

^c Department of Social Medicine, Academic Medical Centre/University of Amsterdam, PO Box 22660, 1100 DD Amsterdam, The Netherlands

Received 8 July 2001; accepted 8 August 2001

Abstract

Results: It is demonstrated that hospital bed supply relates to the diffusion of day surgery. In countries with fewer beds, a higher day surgery rate is found. The financing system of hospitals does not influence the choice of surgical setting.

Conclusions: The relative scarcity of hospital beds or large reductions in bed supply has led to the perception of day surgery as an alternative that could meet the growing demand for surgical treatment. It is worthy of note that, although the majority of experts state that financial incentives discourage day surgery, the supply is growing.

SKDE



SENTER FOR KLINISK DOKUMENTASJON OG EVALUERING HELSE NORD RHF

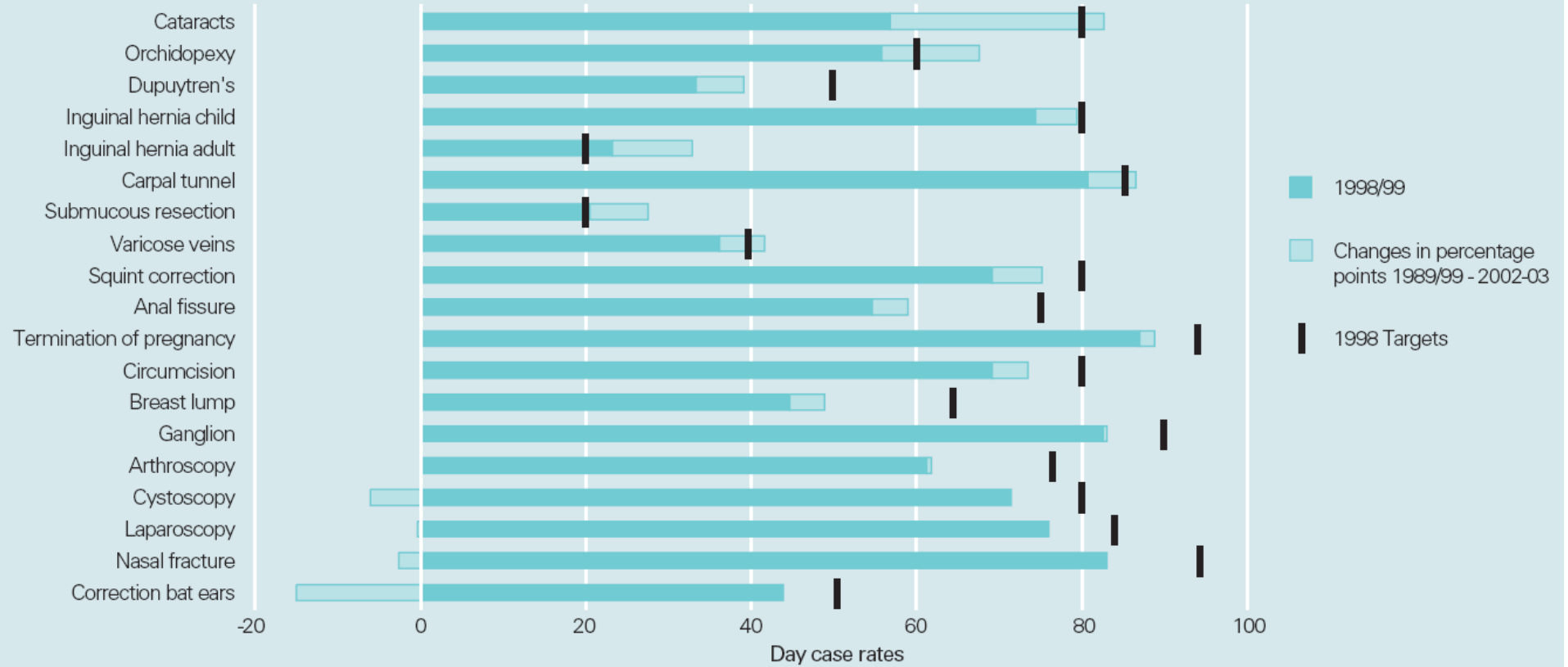
Veit vi noe om tiltak som fremjar dagbehandling?

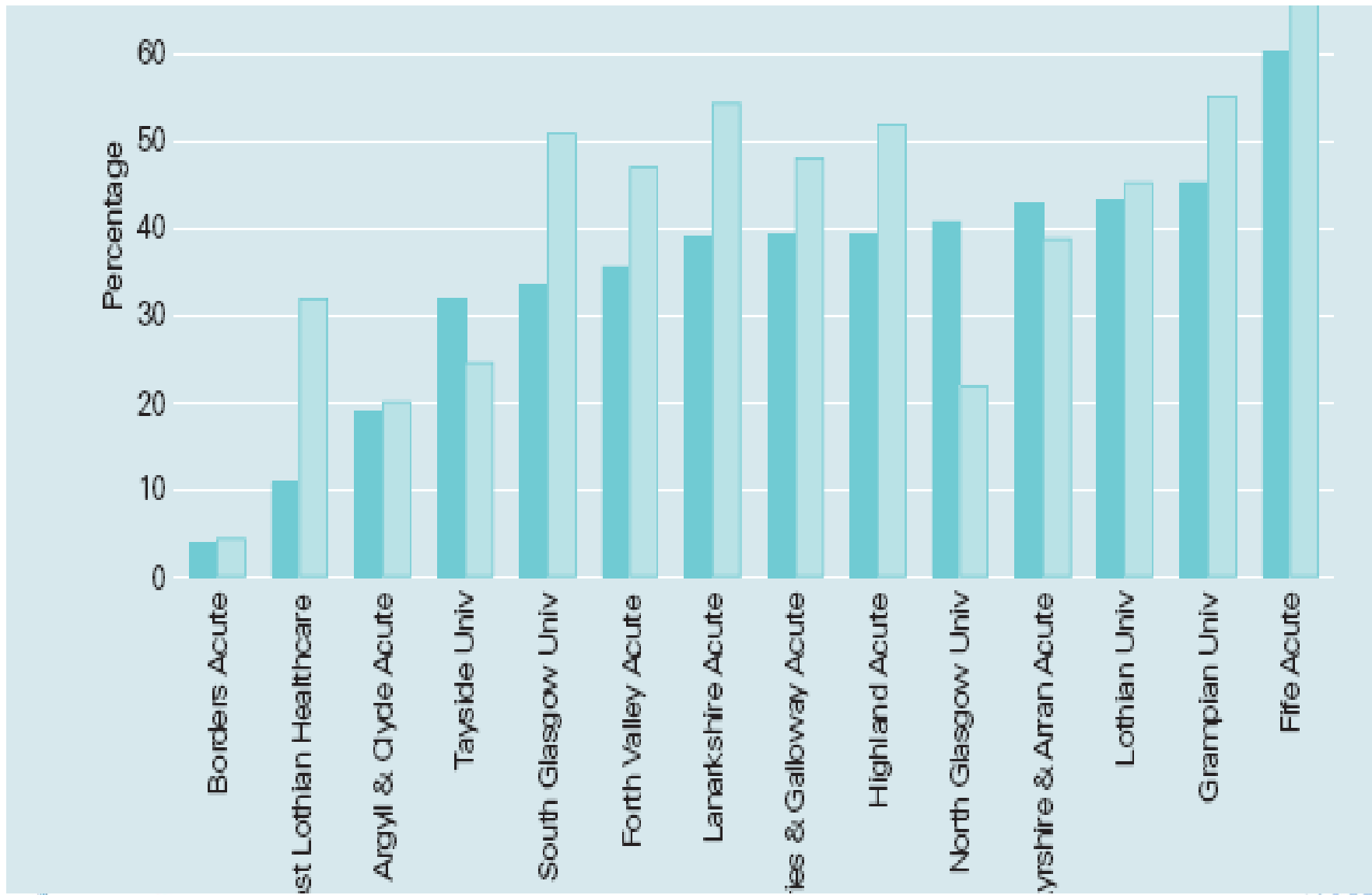
- Reduksjon i sengetal
- Eit **program** for overgang til dagbehandling

Har vi noen å lære fra Skottland?

Treat day surgery
(rather than
inpatient
surgery) as
the norm for
elective surgery

Change in day surgery rates between 1998/99 and 2002/03





Også i England

- *The NHS Plan predicts that 75% of all elective operations will be carried out as day cases.w1 According to the British Association of Day Surgery, patients overwhelmingly endorse day surgery and it provides timely treatment, less risk of cancellation, lower incidence of hospital acquired infections, and an earlier return to normal.*

Paul Aylin, et al."Trends in day surgery rates. BMJ 2005;331:803

Veit vi noe om tiltak som fremjar dagbehandling?

- Reduksjon i sengetal
- Eit program for overgang til dagbehandling
- Fasilitetar
 - Dagkirurgiske einingar?
 - Poliklinikkar?
 - Hotellsenger?
- Motivert personale

Day surgery is quality care that is cost effective. It has not yet reached its full potential. To do so will require the combined efforts of anaesthetists, surgeons and nurses working together, developing and refining their skills and techniques for the benefit of the day surgery patient. There is no reason why overall day surgery rates for elective surgery should not approach 80% in the near future.

P. E. M. Jarrett

European Journal of Anaesthesiology

Volume 18 Page 32 - November 2001



Veit vi noe om tiltak som fremjar dagbehandling?

- Reduksjon i sengetal
- Eit program for overgang til dagbehandling
- Fasilitetar
 - Dagkirurgiske einingar?
 - Poliklinikkar?
 - Hotellsenger?
- Motivert personale
- Eit finansieringssystem som stimulerer til dagbehandling

Mandagmorgen

Sykehusene taper på effektiv behandling

- Sykehusene mister penger på å behandle pasienter som ikke er aktuelle for behandling
- Sykehusene mister penger på å behandle pasienter som ikke er aktuelle for behandling



Utskjeddene er for høyere enn forventet

Etter utskjeddene

Erstatning

Sykehusene mister penger på å behandle pasienter som ikke er aktuelle for behandling. Dette skyldes at sykehusene ikke får utskjeddene de forventer, og dermed mister penger på å behandle pasienter som ikke er aktuelle for behandling. Dette skyldes at sykehusene ikke får utskjeddene de forventer, og dermed mister penger på å behandle pasienter som ikke er aktuelle for behandling.

194

Utskjeddene er for høyere enn forventet

Etter utskjeddene

Erstatning

Sykehusene mister penger på å behandle pasienter som ikke er aktuelle for behandling. Dette skyldes at sykehusene ikke får utskjeddene de forventer, og dermed mister penger på å behandle pasienter som ikke er aktuelle for behandling. Dette skyldes at sykehusene ikke får utskjeddene de forventer, og dermed mister penger på å behandle pasienter som ikke er aktuelle for behandling.

194

Utskjeddene er for høyere enn forventet

Etter utskjeddene

Erstatning

Sykehusene mister penger på å behandle pasienter som ikke er aktuelle for behandling. Dette skyldes at sykehusene ikke får utskjeddene de forventer, og dermed mister penger på å behandle pasienter som ikke er aktuelle for behandling.

194

