

UTNYTTELSEN AV LIGGEDAGENE I EN INDREMEDISINSK AVDELING

En prospektiv undersøkelse

Av KÅRE MOLNE og PETER F. HJORT

(Fra: Ullevål sykehus, avdeling VII,
Sjef: Professor, dr. med. Einar M. Blegen, og
Statistisk Kontor, Oslo Kommune
Sjef: Statistiksjesjef Sigurd Mortensen.)

T. norske Lægeforen. 1966, 86, 298-307.

Det blir stadig flere eldre i samfunnet. I 1940 var 12 % av befolkningen over 60 år; i 1950 var dette tallet økt til 14 %, i 1960 til 16 % og i 1970 vil det være omkring 19 % (10).

Denne utviklingen avspeiler seg i belegget ved de indremedisinske avdelinger. Undersøkelser fra vårt eget land (5, 8, 9, 12) og fra våre naboland (2, 6) viser klart at pasientene er blitt eldre. Bortsett fra de akutte hjerteinfarkter og de akutte cerebrale insulter, preges avdelingene nå av kroniske sykdommer hos gamle mennesker. Disse gamle mennesker frembyr ofte kompliserte medisinske problemer ved innleggelsen, og de har derfor krav på å bli innlagt i en indremedisinsk avdeling. For noen pasienters vedkommende viser imidlertid undersøkelsene at aktiv behandling ikke kommer på tale, men de trenger fortsatt pleie og omsorg. Dette kan de få like godt eller bedre på et pleie- eller sykehjem, men ofte blir de liggende i de kostbare indremedisinske senger og vente på plasering. Dette minsker de medisinske avdelingers effektivitet, forlenger ventelistene, og øker sykehusutgiftene. I 1964 kostet en liggedag i Oslo 60-100 kroner mer på en medisinsk avdeling enn på et sykehjem (1).

Det finnes få data som belyser størrelsen av dette pleieproblem. I årene 1950-51 ble det gjort en retrospektiv undersøkelse over en 9-måneders periode ved VII avdeling, Ullevål sykehus (3). Det viste seg at hver 6. seng ble brukt til pasienter som ikke hadde behov for indremedisinsk service. En undersøkelse fra København kommune viste at i 1950 gikk det med 30 000 indremedisinske liggedager til å vente på plasering (6).

Siden disse undersøkelser ble utført, er sykehusene bygd ut i økende tempo. I Oslo er dette skjedd etter en generalplan som ble lagt frem i 1951. I sin anmeldelse i «Tidsskriftet» fremhevet V og t (11) at pleieproblemet var undervurdert.

I vårt daglige arbeid på VII avdeling, Ullevål sykehus, har vi hatt det samme inntrykk. På den annen side har vi også sett at problemet er komplisert, fordi begrepet «pleiepasient» avhenger av kjønn. Moderne medisin er preget av spesialisering, og vi stilte oss derfor det

spørsmål om vi i praksis kunne klassifisere pasientene i tre grupper, avhengig av deres behov for indremedisinsk service. Etter at kriteriene var utarbeidet i en forperiode, gjennomførte vi en prospektiv undersøkelse gjennom en 1-års periode. I denne artikkel vil vi gjøre rede for resultatene av denne undersøkelsen og diskutere de konsekvenser vi mener den bør få.

Materiale og undersøkelsesmetode

Materialet består av samtlige pasienter som ble innlagt i VII avdeling, Ullevål sykehus, Oslo, i tiden 1/2 1963 til 1/2 1964. Det var i alt 1994 innleggelse, og hver innleggelse ble regnet som en ny pasient, selv om enkelte pasienter hadde flere opphold. Dette ble gjort fordi innleggelsene i sykehuset fordeles fra en sentral som i alminnelighet ikke tar hensyn til hvor pasientene eventuelt har ligget tidligere.

På grunnlag av behovet for medisinsk service under sykehusoppholdet ble pasientene ordnet i tre grupper, som ble definert på følgende måte:

Gruppe 1 («Aktiv medisin») besto av pasienter som daglig trengte indremedisinsk tilsyn og service. Alle nye pasienter ble registrert i denne gruppen inntil diagnosen var stilt, og den omfattet dessuten alle pasienter hvis tilstand eller behandling daglig måtte kontrolleres av indremedisiner. Eksempler: akutte hjerteinfarkter, vanskelig regulerbare endokrine tilstander, de første faser av hjerneslag.

Gruppe 2 («Medisinsk pleie») besto av pasienter som bare trengte tilsyn av indremedisiner med flere dagers mellomrom. Disse pasienter kunne passe i såkalte B-sykehus. Eksempler: pasienter på ulcus-kur, ischias i jevn bedring, hjertesvikt i sikker bedring.

Gruppe 3 («Pleie») besto av pasienter som ikke hadde behov for regelmessig tilsyn av indremedisiner, men som nok kunne trenge fysioterapi og tilsyn av praktiserende lege. Disse pasienter kunne dels passe i pleiehjem, dels i aldershjem, og dels i private hjem med kyndig hjelp. Den mentale og fysiske tilstand var

Vi vil rette en hjertelig takk til de overordnede leger (Einar M. Blegen, Erik Enger og Knut Kirkeby) og til postlegene ved avdeling VII (Arne M. Abrahamsen, Hans Benestad, Christian F. Borchgrevink, Poul H. F. Borgen, Ludvig N. W. Daae, Gunnar Hangaard, Kåre Overskeid og Klaus Reimers Reksten, jr.). Uten deres positive medvirkning kunne dette arbeid ikke ha vært gjennomført. Vi vil også takke sekretær Kari Haug og stenograf Kjersti Lindseth for verdifull assistanse.

relativt god hos enkelte av disse pasienter, men på grunn av manglende plaseringsmuligheter måtte de inntil videre være i avdelingen. Eksempler: senil demens, hemiplegi uten vesentlig fremgang etter rimelig trening, langtkommen cancer.

Som nevnt ble alle nyinnkomne pasienter registrert i gruppe 1, og de fleste fortsatte i denne gruppen under hele sykehusoppholdet. Noen fikk imidlertid etter en tid mindre behov for spesialistservice, og fra dette tidspunkt ble de registrert i gruppe 2 eller 3. Enkelte pasienter ble således under oppholdet registrert i to eller alle tre grupper. Ved behandling av pasientmaterialet har vi betegnet pasientene etter den gruppe de var i ved utskrivningen, men for beregningen av liggedager registrerte vi også deres tid i hver enkelt gruppe.

I praksis ble registreringen ordnet på følgende måte. Hver dag anførte postlegen på «kurven» hvilken gruppe pasienten tilhørte. Ved tvil ble saken avgjort av en av avdelingens overordnede leger som gikk visitt på posten hver annen dag. Som regel kom da tvilen pasienten «til gode» slik at han ble registrert i den mer aktive av de to grupper man diskuterte. En gang i uken gikk en av oss (K. M.) over hele avdelingen for å kontrollere at gruppebetegnelse stadig var i overensstemmelse med pasientenes tilstand. Ved utskrivningen ble antall liggedager i hver gruppe summert.

Som eksempel nevner vi en senildement pasient som kom inn i avdelingen med pneumoni. De første 7 dager tilhørte han gruppe 1 (diagnose, aktiv terapi), de neste 5 dager gruppe 2 (bedring av tilstanden med mindre behov for spesialistservice), og de siste 20 dager gruppe 3 (pasienten var uskikket til fortsatt å bo alene og ventet på plasing i pleiehjem).

Alle data som angikk denne undersøkelsen, ble ført på et spesielt skjema i journalen. På dette ble angitt alder, kjønn, sivilstand, adresse og hoveddiagnose. For pleiepasientene (de som var i gruppe 3 ved utskrivningen) ble også samlet opplysninger om sosial status (økonomi, bolig og familie), den fysiske og mentale tilstand ved utskrivningen, og den ønskede og faktiske plasing av pasienten.

Statistisk Kontor, Oslo Kommune, foretok til slutt den statistiske bearbeidelsen av materialet. Det totale antall liggedager i materialet er lik summen av liggedager for de pasienter som ble innlagt i undersøkelsesperioden. I begynnelsen av perioden lå det en del pasienter i avdelingen som var innlagt før undersøkelsen begynte, og noen pasienter i materialet ble liggende i avdelingen en tid etter at perioden var slutt. Den siste pasient i undersøkelsesgruppen ble utskrevet i august

Tabell 1.

Oversikt over pasientmaterialet: fordelingen på gruppe 1, 2 og 3. Definisjon er gitt i teksten.

Gruppe	Antall	%
1. «Aktiv medisin»	1 612	81
2. «Medisinsk pleie»	255	13
3. «Pleie»	127	6
Sum	1 994	100

1964. Vi har regnet med at disse to feilkilder nøytraliserer hverandre, og det totale antall liggedager vi kom frem til (39 347), er ikke meget forskjellig fra det samlede antall liggedager for avdelingen i undersøkelsesperioden (39 520).

Resultater

1. Totalmaterialet

Gruppedelingen. Tabell 1 viser fordelingen av pasientene på de 3 grupper ved utskrivningen. Over 80 % var i gruppe 1; de trengte stadig tilsyn av indremedisiner under hele oppholdet. Knappt 20 % ble etter en tid flyttet over til gruppe 2 eller 3, og bare 6 % ble til slutt registrert som rene pleiepasienter.

Kjønnfordelingen fremgår av tabell 2. For hele materialet var det en overvekt av menn (56 %), men fordelingen var svært forskjellig for de tre grupper: mennene dominerte gruppe 1, mens kvinnene dominerte gruppe 2 og 3. Av de 870 kvinner var 233 (27 %) i gruppe 2 eller 3 ved utskrivningen; 74 (9 %) var i gruppe 3. Hos mennene var disse prosent-tall halvert: 149 av 1124 (13 %) var i gruppe 2 eller 3, og 53 (5 %) var i gruppe 3. Mennene krevde altså en større del av det aktive diagnostiske og terapeutiske arbeid, mens kvinnene i høyere grad representerte et pleieproblem. Det er jo også en alminnelig erfaring at mannspostene er mer aktive, medisinsk sett, enn kvinnepostene.

Aldersfordelingen. En av årsakene til denne forskjell er at kvinnene var eldre enn mennene (tab. 3). Medianalderen i hele materialet var 61 år, og kvinnene var

Tabell 2.

Kjønnfordelingen i totalmaterialet og innenfor de enkelte grupper.

Gruppe	Kvinner		Menn	
	Antall	Prosentvis fordeling innen gruppen	Antall	Prosentvis fordeling innen gruppen
1	637	40	975	60
2	159	62	96	38
3	74	58	53	42
Sum	870	44	1 124	56

Tabell 3.

Aldersfordelingen i relasjon til grupper og kjønn.

	Medianalder
<i>Gruppe 1</i>	
Kvinner	61
Menn	59
Totalt	59
<i>Gruppe 2</i>	
Kvinner	65
Menn	59
Totalt	64
<i>Gruppe 3</i>	
Kvinner	78
Menn	73
Totalt	76
<i>Hele materialet</i>	
Kvinner	63
Menn	59
Totalt	61

Tabell 4.
Antall pasienter, liggedager og median liggetid i de forskjellige grupper.

	Pasienter		Liggedager		Median liggetid (dager)
	Antall	%	Antall	%	
<i>Kvinner</i>					
Gruppe 1	637	73	10 256	56	12
Gruppe 2	159	18	4 721	26	25
Herav kun i gruppe 2				3 068	17
Gruppe 3	74	9	3 257	18	38
Herav kun i gruppe 3				2 043	11
Sum gruppe 1, 2 og 3	870	100	18 234	100	15
<i>Menn</i>					
Gruppe 1	975	87	15 489	73	12
Gruppe 2	96	8	3 121	15	25
Herav kun i gruppe 2				1 900	9
Gruppe 3	53	5	2 503	12	40
Herav kun i gruppe 3				1 515	7
Sum gruppe 1, 2 og 3	1 124	100	21 113	100	14
<i>Kvinner og menn</i>					
Gruppe 1	1 612	81	25 745	65	12
Gruppe 2	255	13	7 842	20	25
Herav kun i gruppe 2				4 968	13
Gruppe 3	127	6	5 760	15	38
Herav kun i gruppe 3				3 558	9
Sum gruppe 1, 2 og 3	1 994	100	39 347	100	15

gjennomsnittlig 4 år eldre enn mennene. Omtrent den samme aldersforskjell mellom kjønnene viste seg også innenfor gruppene. Fra gruppe 1 til 3 var det en sterkt stigende gjennomsnittsalder med en forskjell på 17 år mellom gruppe 1 og 3, og 12 år mellom gruppe 2 og 3. Pleiepasientene hadde en medianalder på 76 år, og kvinnene var gjennomsnittlig 5 år eldre enn mennene i denne gruppen.

Liggedager fremgår av tabell 4. Her viser den første hovedkolonne antall pasienter, og annen hovedkolonne viser antall liggedager. Nederste del av tabellen viser totalmaterialet. Det fremgår at pasientene i gruppe 2 og 3, som tilsammen utgjorde 19 % (13 + 6 %) av *pasient-tallet*, opptok 35 % (20 + 15 %) av avdelingens *liggedager*. En del av denne tiden ble riktignok brukt til aktiv undersøkelse og behandling, slik at det bare var 22 % (13 + 9 %) av liggedagene som gikk med til å pleie pasienter i en fase svarende til gruppe 2 eller 3, det vil si til pasienter som ikke lenger trengte å ligge på en spesialavdeling. Bare 127 (6 %) av totalmaterialet ble klassifisert som pleiepasienter ved utskrivningen, men de beslagla 15 % av avdelingens liggedager og representerte derfor en betydelig del av avdelingens samlede innsats. Etterat den «aktive» fase var avsluttet, gikk 3558 liggedager eller 9 % av det samlede antall liggedager med til ren pleie. Kjønnforskjellen gjør seg tydelig gjeldende her også, idet 28 % av kvinnenes liggedager ble tilbragt i gruppe 2 eller 3, mens det tilsvarende tall for mennene bare var 16 %. Til ren pleie gikk det med 11 % av kvinnenes samlede antall liggedager mot 7 % for mennene.

Liggetiden, uttrykt som den mediane liggetid, fremgår av den tredje hovedkolonne i tabell 4. For hele materialet var den 15 dager, og det var liten forskjell på kvin-

ner og menn. Som ventet, økte liggetiden med pleiebehovet: den var 12 dager i gruppe 1, 25 dager i gruppe 2, og 38 dager i gruppe 3.

De pasienter som var i gruppe 2 ved utskrivningen, lå gjennomsnittlig 10 dager som gruppe 1-pasienter (diagnose og aktiv terapi) og deretter 15 dager som gruppe 2-pasienter (medisinsk pleie). Hver pleiepasient (gruppe 3) ga gjennomsnittlig en 3 ukers periode med ren pleie for avdelingen; før dette ble 17 dager brukt til mer aktiv undersøkelse og behandling.

Den mediane liggetid var den samme for de to kjønn i alle grupper. Dette betyr at en mannlig pleiepasient lå like lenge som en kvinnelig, selv om han gjennomsnittlig var 5 år yngre.

Hoveddiagnoser. Ved utskrivningen fra en indremedisinsk avdeling får de fleste pasienter mer enn en diagnose, men som regel faller disse diagnoser naturlig i én hoveddiagnose og en eller flere bidiagnoser. Tabell 5 gir en oversikt over hoveddiagnosene og de tilsvarende liggedager i vårt materiale. Den er ordnet i sykdomsgrupper, men enkelte spesielle sykdommer er også angitt. *Hjerte-karsykdommene* var overlegent den viktigste sykdomsgruppe med 38 % av pasientene og 41 % av liggedagene. Coronarsykdommene alene var ansvarlig for 20 % av både pasientbelegg og liggedager. Det dreier seg her selvsagt ikke bare om akutte hjerteinfarkter; gruppen omfatter også pasienter med angina pectoris og insufficiencia cordis post infarctum. Dette forklarer at den gjennomsnittlige liggetid ikke var mer enn 20 dager i denne gruppen. Vaskulære hjernelidelser tok ca. 10 % av liggedagene, mens klappefeil var ansvarlig for bare ca. 4 %. Den nest største sykdomsgruppen var *luftveissykdommene* som representerte 13 % av pasienter og liggedager. Pneumoni var diagnosen i halvparten av

Tabell 5.

Totalmaterialet: antall pasienter og liggedager i relasjon til hoveddiagnosen.
Sykdomshovedgrupper og enkelte spesielle lidelser er angitt.

Sykdomsgrupper	Pasienter		Liggedager		Mean liggetid
	Antall	% av total	Antall	% av total	
Hjerte-karsykdommer	763	38	16 144	41	21
Coronare og vaskulære hjernelidelser	536	26,9	11 796	30,0	22
Coronarsykdommer alene	397	19,9	8 112	20,6	20
Klappfeil	55	2,8	1 433	3,6	26
Vaskulære hjernelidelser alene	139	7,0	3 684	9,4	25
Luftveissykdommer ¹	252	13	5 375	13	21
Pneumoni	130	6,5	2 656	6,8	20
Astma, kronisk bronkitt	76	3,8	1 839	4,7	24
Mave-tarmsykdommer ¹	214	11	4 120	11	19
Ulcus og hematemese, melæna	114	5,7	2 411	6,1	21
Ulcussykdommer alene	67	3,4	1 550	3,9	23
Nyre-urinveissykdommer ¹	163	8	3 187	8	20
Maligne lidelser ²	98	5	2 932	8	30
Maligne tumores	71	3,6	2 169	5,5	31
Mentale lidelser	185	9	1 985	5	11
Debilitas, arteriosclerosis cerebri	18	0,9	616	1,6	34
Intoxicatio	114	5,7	903	2,3	8
Indresekretoriske sykdommer	99	5	1 892	5	19
Neurologiske sykdommer	75	4	1 185	3	16
Lumbago, ischias, epilepsi	37	1,9	730	1,9	20
Leddliedelser	31	2	749	2	24
Rheumatismus acutus	5	0,3	205	0,5	41
Blodsykdommer ³	28	1	687	1	25
Spesielle infeksjonssykdommer	17	1	323	1	19
Andre	69	3	768	2	11
Sum	1 994	100	39 347	100	20

¹ Ondartede svulster ikke medregnet.

² Herunder maligne tumores, leukemi, lymfogranulomatosis maligna, kollagenoser.

³ Leukemi ikke medregnet.

disse tilfellene. *Mave-tarmsykdommene* var nr. 3 med 11 % av liggedager og pasientbelegg (tumores i gastro-intestinaltractus er ikke med i denne gruppen). *Ulcussykdom*, *hematemese* og *melæna* utgjorde 10 % av det samlede antall liggedager. Denne sykdomsgruppe og coronarsykdommene kan muligens betraktes som typiske for et moderne samfunn: tilsammen la de beslag på henimot 30 % av liggedagene. *Nyre- og urinveissykdommene* kom på 4. plass med 8 % av liggedager og pasientbelegg. De *maligne sykdommer* var årsak til innleggelsen hos bare 5 % av pasientene, men naturlig nok la de beslag på en større del av liggedagene, nemlig ca. 8 %, og de hadde også den lengste liggetid av alle hovedgrupper, nemlig 30 dager. Gruppen omfatter maligne svulster, lymfogranulomatose, leukemi og visse kollagenoser, men svulstene utgjør den største delen.

De *mentale sykdommer* var ansvarlige for nesten dobbelt så mange innleggelsesperioder som de maligne sykdommer. I denne gruppen spilte «intoxicatio» langt den største rolle. Det dreide seg overveiende om forgiftninger med barbiturater og ataraxica, som suicidal-forsøk eller -demonstrasjon. Liggetiden for disse pasienter var meget

kortere enn for noen annen lidelse, ca. 8 dager. På den annen side hadde pasienter med debilitas senilis og arteriosclerosis cerebri en meget lang liggetid, gjennomsnittlig 34 dager. Pasienter med denne hoveddiagnose utgjorde dog bare ca. 1 % av totalbelegget. *Indresekretoriske sykdommer* var ansvarlige for 5 % av liggedagene og pasientbelegget. Diabetes var her langt den viktigste sykdommen. *Neurologiske sykdommer* var årsak til innleggelsen for 4 % av pasientene og krevde 3 % av liggedagene. Lumbago-ischias og epilepsi burde etter manges mening legges direkte inn på neurologiske avdelinger. Det burde heller ikke være uoverkommelig, etter som de bare utgjorde ca. 2 % av pasientbelegget og liggedagene på vår avdeling. *Leddliedelser* syntes å være et enda mindre problem, idet de var ansvarlige for bare 2 % av pasientbelegget og liggedager. I hele undersøkelsesperioden var det bare 5 pasienter (ca. 0,3 %) med rheumatismus acutus, men de hadde til gjengjeld den lengste liggetid med gjennomsnittlig 41 dager. Som *spesielle infeksjonssykdommer* har vi regnet de infeksjoner som førte til at pasientene ble overført til spesialavdeling (lungetuberkulose, meningitt, encefalitt, etc.)

Tabell 6.

Totalmaterialet: kjønnsfordelingen ved de enkelte sykdommer.

Sykdomsgrupper	Prosentvis fordeling innen gruppen	
	Kvinner	Menn
Hjerte-karsykdommer	41	59
Coronare og vaskulære hjernelidelser	40	60
Coronarsykdommer alene	34	66
Klappefeil	45	55
Vaskulære hjernelidelser alene	56	44
Luftveissykdommer ¹	47	53
Pneumoni	45	55
Astma, kronisk bronkitt	51	49
Mave-tarmsykdommer ¹	37	63
Ulcus og hematemese, melæna	31	69
Ulcussykdom alene	30	70
Nyre-urinveissykdommer ¹	49	51
Maligne lidelser ²	47	53
Maligne tumores	48	52
Mentale lidelser	42	58
Debilitas, arteriosclerosis cerebri	39	51
Intoxicatio	46	54
Indresekretoriske sykdommer	54	46
Neurologiske sykdommer	44	56
Lumbago, ischias, epilepsi	35	65
Leddlidelser	55	45
Rheumatismus acutus	80	20
Blodsykdommer ³	36	64
Spesielle infeksjonssykdommer	53	47
Andre	52	48
Sum	44	56

¹ Ondartede svulster ikke medregnet.² Herunder maligne tumores, leukemi, lymfogranulomatosis maligna, kollagenoser.³ Leukemi ikke medregnet.

samt hepatitt. Ser man bort fra luftveisinfeksjonene, utgjør infeksjonssykdommene bare 1 % av belegg og liggedager.

Kjønnsfordelingen ved de enkelte sykdommer fremgår av tabell 6. Det er påfallende hvordan mennene dominerer nesten alle sykdomsgrupper; det gjelder særlig coronar- og ulcussykdommer. Selv for intoxicatio, som mannlige leger oppfatter som en typisk kvinnelig sykdom, er det en overvekt av menn. Det er bare de vaskulære hjernelidelser, de indresekretoriske sykdommer og leddsykdommene som viser en tydelig overvekt for kvinner.

II. «Medisinsk pleie»

I alt 4968 liggedager eller 13 % av avdelingens samlede antall liggedager gikk med til «medisinsk pleie», det vil si til å pleie pasienter som var blitt overført til gruppe 2. Gjennomsnittlig krevde disse pasienter 10 dager til aktiv undersøkelse og behandling og deretter 15 dager til «medisinsk pleie» (tab. 4).

Hoveddiagnosene fremgår av tabell 7. Tre sykdomsgrupper er tilsammen ansvarlige for 77 % av disse liggedagene. *Hjertekarsykdommene* er den største sykdomsgruppen med 34 % av liggedagene, og i gruppe 2 er de vaskulære hjernelidelser viktigere enn coronarsykdommene. *Mave-tarmsykdommene* kommer på annen plass med 22 % av liggedagene, og det er først og fremst

ulcussykdommene som er årsaken til dette. *Luftveissykdommene* er nesten like viktige; det dreier seg særlig om pneumoni i langsom bedring hos gamle pasienter, kronisk bronkitt og astma. De øvrige pasienter er fordelt i en rekke sykdomsgrupper.

III. Pleiepasienter

Det primære formål med undersøkelsen var å skaffe en oversikt over pleieproblemet ved en indremedisinsk avdeling. Gruppe 3, pleiepasientene, er derfor den viktigste gruppe i denne undersøkelse. Ovenfor har vi omtalt deres andel av totalmaterialet, den kjønnsmessige fordeling (tab. 2), alder (tab. 3), antall liggedager og median liggetid (tab. 4). Vi skal nå se nærmere på enkelte forhold ved denne gruppen.

Liggetiden var dobbelt så lang for pleiepasientene som for totalmaterialet: gjennomsnittlig 45 mot 20 dager. I tabell 4 er liggetiden angitt som medianverdier, nemlig 38 og 15 dager. Denne forskjell på median- og gjennomsnittsverdier (mean), både i gruppe 3 og i totalmaterialet, skyldes at enkelte pasienter ble liggende uforholdsmessig lenge i avdelingen.

Hoveddiagnosene fremgår av tabell 8. Som i totalmaterialet var *hjerte-karsykdommene* ansvarlige for 40 % av innleggelsene. Fordelingen innenfor denne hovedgruppe var imidlertid ulik, idet de vaskulære hjernelidelser var hoveddiagnosen hos 24 % av pleiepasientene og bare hos 7 % av totalbelegget; coronarsykdom var hoveddiagnosen hos 6 % av pleiepasientene og hos hele 20 % av totalbelegget. Klappefeil var ingen hyppig diagnose i noen av gruppene, men hos pleiepasientene førte klappefeil til en meget lang gjennomsnittlig liggetid, ca. 65 dager. Dette kan bero på kompliserte lidelser, men også på at klappefeilene i denne alder lett blir dekomponert. For pleiepasientene rykket de *maligne lidelser* opp som nest viktigste sykdomsgruppe og beslagla 17 % av liggedagene i denne gruppe. De fleste av disse pasienter døde i avdelingen. *Luftveissykdommene* var omtrent like hyppige som i totalmaterialet, men de *mentale lidelser* kom opp på 4. plass. De tok 12 % av liggedagene, først og fremst på grunn av debilitas senilis og arteriosclerosis cerebri. De andre sykdomsgruppene spilte mindre rolle og krevde tilsammen ca. 15 % av liggedagene.

Tilstanden ved utskrivningen. Av de 127 pasienter i denne gruppe døde 32 i avdelingen. Tabell 9 angir den fysiske og mentale tilstand ved utskrivningen for de resterende 95. Vi har brukt de kriterier for vurderingen som er angitt av Helse- og Velferdssentralen for eldre og uføre (4). Til tross for den høye gjennomsnittsalder (76 år), var det *ikke* den mentale tilstand som var den viktigste invalidiserende faktor, idet det bare var 25 % som viste alvorlige atferdsmessige forstyrrelser. Førligheten var derimot utslagsgivende: bare 22 % var i så god form at de kunne klare seg selv i det daglige liv i et hjem. Bare 20 % av pasientene var inkontinente, og dette problem syntes derfor mindre enn man ofte får inntrykk av på avdelingene, sannsynligvis fordi hver enkelt inkontinent pasient representerer en så stor byrde for personalet.

Den økonomiske situasjon fremgår av tabell 10. Det

Tabell 7.

Gruppe 2 — «medisinsk pleie»: Antall pasienter og liggedager i relasjon til hoveddiagnoser. Sykdomshovedgrupper og enkelte spesielle lidelser er angitt. Liggedager refererer til det samlede antall liggedager for disse pasienter.

Sykdomsgrupper	Pasienter		Liggedager		Mean liggetid
	Antall	% av total	Antall	% av total	
Hjerte-karsykdommer	78	30	2 719	34	35
Coronare og vaskulære hjernelidelser	49	19,2	1 809	23,1	37
Coronar-sykdom alene	22	8,6	738	9,4	36
Vaskulære hjernelidelser alene	27	10,6	1 071	13,7	40
Klappefeil	8	3,1	282	3,6	35
Mave-tarmsykdommer ¹	62	24	1 694	22	27
Ulcus og hematemese, melæna	52	20,3	1 420	18,1	27
Ulcussykdom alene	38	14,9	1 063	13,6	28
Luftveissykdommer ¹	49	19	1 653	21	34
Pneumoni	23	9,0	714	9,1	31
Astma, krønisk bronkitt	21	8,2	823	10,5	39
Neurologiske sykdommer	14	6	383	5	27
Lumbago, ischias	11	4,3	290	3,7	26
Indresekretoriske sykdommer	14	6	356	5	25
Nyre-urinveissykdommer	10	4	261	3	26
Maligne lidelser ²	4	2	246	3	62
Maligne tumores	3	1,2	198	2,5	66
Mentale lidelser	13	5	220	3	17
Debilitas, arteriosclerosis cerebri	3	1,2	81	1,0	27
Intoxicatio	7	2,7	103	1,3	15
Leddlidelser	6	2	158	2	26
Blodsykdommer ³	3	1	92	1	31
Andre	2	1	60	1	30
Sum	255	100	7 842	100	31

¹ Maligne tumores ikke medregnet.

² Herunder maligne tumores og leukemi.

³ Leukemi ikke medregnet.

Tabell 8.

Gruppe 3 — pleiepasientene: antall pasienter og liggedager i relasjon til hoveddiagnoser. Sykdomshovedgrupper og enkelte spesielle lidelser er angitt. Liggedager refererer til det samlede antall liggedager for disse pasientene.

Sykdomsgrupper	Pasienter		Liggedager		Mean liggetid
	Antall	% av total	Antall	% av total	
Hjerte-karsykdommer	51	40	2 490	43	49
Coronare og vaskulære hjernelidelser	39	30,7	1 909	33,1	49
Coronare sykdommer alene	8	6,3	448	7,8	56
Vaskulære hjernelidelser alene	31	24,4	1 461	36,5	47
Klappefeil	5	3,9	328	5,7	65
Maligne lidelser ¹	18	15	986	17	55
Ondartede svulster	16	12,6	857	14,9	54
Luftveissykdommer ²	16	14	722	13	45
Pneumoni	9	8,2	472	8,2	52
Mentale lidelser	17	13	666	12	39
Debilitas, arteriosclerosis cerebri	13	11,3	515	8,9	40
Nyre-urinveissykdommer	5	4	209	4	42
Indresekretoriske sykdommer	4	3	189	3	47
Mave-tarmsykdommer ²	4	3	169	3	42
Neurologiske sykdommer	6	5	139	2	23
Leddlidelser	3	2	102	2	34
Andre	3	2	88	1	29
Sum	127	100	5 760	100	45

¹ Herunder maligne tumores og leukemi.

² Maligne tumores ikke medregnet.

var få, bare 8 %, som hadde vært i arbeid i tiden like før innleggelsen, slik at de hadde sykepenger. Så vidt mange som 7 % var blitt rammet av invaliderende sykdom i arbeidsdyktig alder og hadde uføretrygd. I alt hadde 64 % alderstrygd, eventuelt med tillegg av pensjon. Økonomiske faktorer synes derfor ikke å bidra til at pasientene ikke kunne ta vare på seg selv.

Tabell 9.

Pasienter i gruppe 3 (pleiepasientene): mental og fysisk tilstand hos de 95 som ble utskrevet i live. Av de 127 pasienter i denne gruppe døde 32 i avdelingen.

	Antall	I %
<i>Atferd</i>		
1. Normal atferd	28	30
2. Enkelte atferdsmessige avvik	26	27
3. Mer omfattende atferdsmessige avvik	17	18
4. Betydelige atferdsforstyrrelser	17	18
5. Svære atferdsforstyrrelser	7	7
Sum	95	100
<i>Førlighet</i>		
1. Full førlighet	6	6
2. Enkelte mindre defekter	11	16
3. Mer omfattende defekter	18	19
4. Ferdes ikke ute alene	20	21
5. Helt avhengig av andres hjelp	40	38
Sum	95	100
<i>Kontinens</i>		
1. Inkontinent for avføring	1	1
2. Inkontinent for urin	3	3
3. Inkontinent for urin og avføring	15	16
4. Kontinent	76	80
Sum	95	100

Tabell 10.

Pleiepasientenes inntektsforhold ved utskrivningen. Av de 127 pasienter i denne gruppe døde 32 i avdelingen.

	Menn		Kvinner		Menn + kvinner	
	Antall	I %	Antall	I %	Antall	I %
Sykepenger	6	15	2	4	8	8
Alderstrygd	12	30	36	65	48	51
Uføretrygd	5	13	2	4	7	7
Pensjon	8	20	5	9	13	14
Alderstrygd + pensjon	5	13	7	12	12	13
Andre former	4	9	3	6	7	7
Sum	40	100	55	100	95	100

Tabell 11.

Bolig og husstand for 95 overlevende pleiepasienter.

Tabellen angir forholdene før innleggelsen, den plassering som utskrivende lege ønsket ved utskrivningen, samt den faktiske plassering av pasienten.

Før	Ønsket		Faktisk	
Antall I %	Bolig, husstand	Antall I %	Antall I %	Antall I %
47 50	Enslig	—	—	25 26
—	Enslig med utdannet tilsyn	5	5	4 4
7 7	Institusjon	72	76	45 47
41 43	Sammen med pårørende	18	19	21 23
95 100	Sum	95	100	95 100

Bolig og husstand. Tabell 11 gir en oversikt over pasientenes boligforhold før og etter sykehusoppholdet. Kolonnene til venstre angir forholdene før innleggelsen. Hele 50 % bodde alene før innleggelsen, 43 % bodde sammen med pårørende, og bare 7 % kom fra institusjoner.

Til høyre i tabell 11 angis den plassering som utskrivende lege mente var den beste for pasienten og også den plassering som pasienten faktisk oppnådde. Utskrivende lege mente at bare 5 % var skikket til å bo alene, selv med utdannet tilsyn. Han antok at 19 % kunne klare seg hjemme sammen med nære pårørende, mens 76 % burde anbringes i institusjoner som sykehjem, pleiehjem eller spesialavdeling for aktiv trening. Den faktiske plassering avvok betydelig fra disse ønskemål: 30 % vendte tilbake til en enslig tilværelse, og bare 4 % fikk før avreisen tilsagn om utdannet tilsyn; 23 % fortsatte å bo sammen med pårørende, og 47 % ble anbragt i anstalt. Av disse siste kom 10 % i spesialavdeling for aktiv etterbehandling (XV avd., Ullevål sykehus, og Solvang Sykehjem), 29 % kom til sykehjem eller pleiehjem, og 8 % kom til aldershjem.

I tabell 12 har vi tatt for oss de 41 pasienter som før innleggelsen bodde sammen med sine pårørende. Pasientene er delt i to grupper etter de pårørendes positive eller negative holdning til å ta pasienten hjem etter utskrivningen. Denne holdning har vi sammenholdt med pasientens fysiske og mentale tilstand. Merkelig nok synes det som om pasientenes *førlighet* og *atferd* spilte liten eller ingen rolle for de pårørendes holdning. Derimot var de pårørende mindre villige til å ta seg av inkontinente pasienter; 17 av de 21 pasienter som ble mottatt i sine hjem var kontinente, mot bare 11 av de 20 som ikke kunne sendes hjem igjen.

Diskusjon

1. *Undersøkellesmetode.* Denne undersøkelse er prospectiv. Kriterier for vurderingen av pasienter i 3 grupper hviler nødvendigvis på klinisk skjønn, og vi utarbeidet derfor våre kriterier i en forperiode som ikke ble tatt med i denne undersøkelsen. Våre kriterier representerer ikke en enkelt manns meninger, de representerer en hel avdelings samlede skjønn.

Det er i dag naturlig å stille store krav til medisinsk service, og gamle og skrøpelige pasienter har den samme

Tabell 12.

Relasjon mellom pasientenes tilstand og de pårørendes vilje og evne til å ta pasienten hjem etter utskrivningen.

Alle disse 41 pasienter bodde hjemme før innleggelsen. Se tabell 9 for bedømmelsen av atferd, førlighet og kontinens.

	Total- antall	Atferd		Førlighet		Kontinens	
		1-2	3-5	1-3	4-5	1-3	4
Pasienter med pårørende som tok dem hjem etter utskrivningen	21	13	8	6	15	4	17
Pasienter med pårørende som ikke tok dem hjem etter utskrivningen	20	10	10	4	16	9	11

rett til denne service som yngre pasienter. I tvilstilfelle har vi derfor ikke regnet pasienter som pleiepasienter, og våre tall til belysning av pleieproblemene må oppfattes som minimumstall.

VII avdeling er en av seks indremedisinske avdelinger ved Oslo kommunale sykehus, og det er ingen grunn til å tro at pleieproblemet er større ved denne avdeling enn ved de andre. Med vilje valgte vi en meget enkel plan for undersøkelsen, og planen ble gjennomført uten forandringer i undersøkelsesperioden. De statistiske beregninger er enkle og oversiktlige. Vi tror derfor at våre tall er holdbare og representative for dagens medisinske situasjon i Oslo, og vi mener at de må tillegges vekt i diskusjonen om hvordan de gamles medisinske service bør ordnes i vårt velferdssamfunn.

2. *Hva gjør et menneske til pleiepasient?* Oftest er det et samspill av mange faktorer. *Alderen* er viktig; den var gjennomsnittlig 76 år i vårt materiale av pleiepasienter. *Sykdommens art* spiller stor rolle, og de viktigste invalidiserende sykdommer i denne alder var vaskulære hjernelidelser, ondartede sykdommer og mentale lidelser. *Nedsatt førlighet* er en meget viktig faktor. Nesten $\frac{4}{5}$ av våre pleiepasienter hadde dårlig førlighet, omtrent halvparten kunne neppe klare seg i et privat hjem. Ca. $\frac{1}{4}$ av disse pasienter hadde pareser etter vaskulære katastrofer; hos resten var årsaken en mer generell svekkelse. *Inkontinens* var ikke hyppig, og *mentale forandringer* syntes også å spille forholdsvis mindre rolle. Alle pasienter var trygdet eller pensjonert på en eller annen måte, og *økonomiske* vanskeligheter synes derfor å ha liten betydning. *Bolig- og familieforhold* var derimot viktig. De fleste pleiepasienter hadde ingen nære pårørende som kunne ta seg av dem. Ektefellen var gjerne død eller selv meget skrøpelig. De fleste pasienter kom fra de sentrale bydeler med små og ofte tungvinte leiligheter. Barna var som regel flyttet for langt bort til at de kunne overta stedet. Pleiepasientene var derfor ofte ensomme mennesker, og dette er som regel en viktig faktor for invalidiseringen.

3. *Hvor stort er pleieproblemet?* Vi startet undersøkelsen fordi vi hadde følelsen av at pleiepasientene tok for mange av avdelingens senger. Resultatet var derfor overraskende: bare 6 % av alle pasienter ble registrert som pleiepasienter ved utskrivningen, og bare 9 % av alle liggedager gikk med til pleie av pasienter i gruppe 3. Vi vil imidlertid understreke at dette etter vårt skjønn er minimumstall.

Det er flere årsaker til at pleieproblemet fortoner seg større enn det er. Den viktigste er at man er tilbøyelig til å regne pleiepasientens *hele* liggetid som ren pleie. Dette er i og for seg naturlig, fordi de helt fra begynnelsen krever omfattende pleie, men også slike pasienter bør møtes med en aktiv innstilling inntil diagnose og prognose er klarlagt. Gamle mennesker har ofte flere sykdommer, og utredningen tar derfor lengre tid enn for yngre mennesker. Regner vi hele liggetiden for våre pleiepasienter som pleie, kommer vi til at pleiepasientene beslagla 15 % av liggedagene. En annen grunn

til at pleieproblemet virker stort, er at mange pasienter i gruppe 2 også representerer tung sykepleie.

Det er imidlertid nødvendig å skille mellom tung sykepleie og den pleie vi beskjeftiger oss med her. Tung sykepleie er en viktig del av innsatsen på en moderne indremedisinsk avdeling, fordi det er så mange gamle pasienter. Med *pleie* mener vi her den samlede omsorg for pleiepasientene, det vil si pasienter som på den ene side ikke kan ta vare på seg selv, men som på den annen side ikke lenger behøver å ligge i en aktiv indremedisinsk avdeling.

4. *Hvilken skjebne får pleiepasientene?* Av våre 127 pleiepasienter døde 32 i avdelingen. Det var naturlig å beholde noen av dem i avdelingen, men de som hadde langvarig sykeleie, kunne sannsynligvis ha vært overflyttet til et pleiehjem.

Halvparten av de 95 pasienter som ble utskrevet, var enslige før innleggelsen, og 26 % av pasientene gikk tilbake til en enslig tilværelse uten tilsyn, til tross for at utskrivende lege ikke anså dem skikket til det (tab. 11). Mangelen på pleiehjem ga seg to utslag: dels ble alle pasienter liggende å vente på plasing, og dels fantes det ikke plass på pleiehjemmene til de 26 % som fortsatt skulle hangle seg gjennom en enslig tilværelse. Dette materialet er lite, men det røper en betydelig svikt i «evakueringskjeden» innenfor våre sykehusinstitusjoner, først og fremst en mangel på pleiehjem.

5. *Hvor stor er gruppe 2?* Gruppe 2 omfatter pasienter som bare trenger tilsyn av indremedisiner med flere dagers mellomrom. Slike pasienter kunne derfor samles i en mindre aktiv enhet, enten en egen post på en større indremedisinsk avdeling, i en egen avdeling, eller endog i et eget sykehus, et såkalt B-sykehus. Det er derfor viktig å vurdere størrelsen av denne gruppen.

Vi fant at 13 % av pasientene var i gruppe 2 ved utskrivningen, og 13 % av liggedagene gikk med til pleie av pasienter i gruppe 2. I dette tallet har vi ikke regnet med den første del av oppholdet for disse pasienter, fordi de da var gjenstand for en så aktiv undersøkelse og/eller behandling at de ble satt i gruppe 1. Regner vi sammen *hele* liggetiden for pasientene i gruppe 2, finner vi at disse pasienter beslagla tilsammen 20 % av liggedagene.

6. *Hvor stor er gruppe 2 og 3 tilsammen?* Det har stor interesse å samle gruppe 2 og 3, fordi alle disse pasientene krever en mindre aktiv innsats — i teknisk forstand — enn den avdelingen kan gi. Disse pasienter utnytter derfor bare en liten del av avdelingens samlede og meget kostbare potensial.

Ved utskrivningen var tilsammen 19 % av pasientene i gruppe 2 og 3, og 22 % av det samlede antall liggedager gikk med til pleie av pasientene i gruppe 2 og 3. Dette tall omfatter kun den del av sykehusoppholdet hvor pasientene befant seg i disse to grupper. Regner vi også med den første og mer aktive del av oppholdet, beslagla disse pasienter 35 % av liggedagene. Etter vårt skjønn gir den første beregningsmåte et riktigere bilde av

problemet, og vi konkluderer derfor med at 22 % av liggedagene ble brukt til pleie av pasienter som befant seg i gruppe 2 og 3.

7. Sykehus-messige konsekvenser. Sykehusene representerer i dag en svær utgift, og det er viktig at disse penger disponeres rasjonelt. Vi vil diskutere to mulige konsekvenser av vår undersøkelse.

a) *Pleiepasientene*. Vi fant at 3558 liggedager eller 9 % av den samlede liggetid ved avdelingen gikk med til ren pleie. Av grunner som vi har nevnt, er dette minimumstall. Utgiftene pr. liggedag ved Oslo Kommunes institusjoner var i 1964 (1):

Ullevål og Krohgstøtten sykehus	ca. kr. 122
Aker sykehus	» » 107
Solvang sykehjem	» » 60
Oslo kommunes andre sykehjem	» » 40
Aldershjem	» » 33

Våre pleiepasienter kunne ha fått like god pleie ved en av de billigere institusjoner, men på grunn av plassmangel ved disse institusjoner kunne de ikke overføres.

Det er vanskelig å beregne den merutgift som Oslo kommune pådrar seg ved å disponere byens dyreste sykehusplasser til pleiepasienter. På papiret kan man beregne at hver pleiedag representerer en unødig utgift på kr. 60–80. På VII avdeling alene blir dette en årlig merutgift på ca. 280 000 kroner. Oslo Kommunes indremedisinske avdelinger hadde i 1964 et samlet belegg på 209 324 liggedager; herav hadde de to avdelinger på Aker sykehus 73 390 (1). Regner man at pleieproblemet var av samme størrelsesorden på alle avdelinger og at hver «pleiedag» representerer en merutgift på ca. kr. 80 for Ullevål sykehus og Krohgstøtten sykehus og på ca. kr. 65 for Aker sykehus, kommer man til at Oslo kommune på de medisinske avdelinger har en årlig merutgift på ca. 1,4 millioner kroner til sykehusbehandling av pleiepasienter. Disse penger kunne anvendes til andre formål hvis pleiepasientene ble overført til billigere pleieavdelinger.

Denne teoretiske beregning kan lett kritiseres. For det første ville utgiftene ved de medisinske avdelinger sannsynligvis øke ytterligere hvis man intensiverte driften ved å fjerne pleiepasientene. For det annet ville driftsutgiftene sikkert øke ved de nye pleiehjem; jfr. at Solvang sykehjem er dyrere i drift enn de eldre sykehjem. På den annen side kunne en del pasienter fortsatt forpleies i sine egne hjem, hvis hjemmesykepleien ble bedre utbygd. Alt i alt kan det derfor ikke være tvil om at den nåværende ordning er urasjonell og kostbar.

Hittil har vi bare sett på den økonomiske side av pleieproblemet. Vi vil imidlertid understreke at den nåværende ordning er lite tilfredsstillende også av menneskelige grunner. Disse pasienter trives ofte dårlig på en travel indremedisinsk avdeling, bundet til sengen og stolen ved siden av sengen, uten oppholdsrom og uten noen følelse av hjem. De ville uten tvil ha det bedre på mindre og fredeligere pleie- og sykehjem, særlig hvis slike hjem var fordelt rundt i byen, slik at pasientene

lettere kunne få besøk. Både økonomiske og menneskelige grunner taler derfor for å bygge flere pleiehjem til avlastning av de store sykehus. Samtidig er det nødvendig å bygge ut hjemmesykepleien, for at flest mulig pleiepasienter kan bli i sine egne hjem. Hvis disse tiltak gjennomføres, vil de medisinske avdelinger sannsynligvis kunne avvikle sine ventekøer.

b) *Gruppe 2*. Vi fant at 4968 liggedager eller 13 % av den samlede liggetid gikk med til pasienter i gruppe 2. Ved de medisinske avdelinger på Ullevål sykehus skal det nå innføres små «intensive care units» for pasienter som trenger helt spesiell overvåking. Vi mener at man bør overveie å innføre også «less intensive care units» for pasienter i gruppe 2. Slike avdelinger skulle være mer preget av trening og rehabilitering enn av medisinske undersøkelser og behandling. De burde være billigere i drift, og de burde kunne løse sine spesielle oppgaver bedre enn de vanlige indremedisinske avdelinger kan løse dem. Tilsvarende synspunkter har vært hevdet for kirurgiske avdelinger.

8. *Indremedisin eller geriatri?* Til slutt vil vi nevne enda et problem som denne undersøkelse trekker frem. Moderne indremedisin er i økende grad blitt intellektualisert og preges sterkt av forskning, teoretiske overveielser, sjeldne sykdommer og kostbare undersøkelser. Alt dette er viktig og nødvendig, men det løser ofte ikke de gamles problem. For å befri indremedisinen for dette problem, ble geriatrien skapt.

Takket være de medisinske fremskritt i vårt århundre er imidlertid de indremedisinske pasienter blitt stadig eldre, og vårt materiale har overbevist oss om at indremedisinen selv må ta hånd om sine gamle pasienter. Han må se i øynene at vanlige indremedisinske pasienter gjennomsnittlig er over 60 år, og han må også se i øynene at storparten av pasientene lider av teknisk sett enkle sykdommer: hjerte-karsykdommer, luftveislidelser og mave-tarmsykdommer utgjorde 62 % av pasientene og var ansvarlig for 65 % av liggedagene i vårt materiale. *To av tre indremedisinske pasienter var gamle mennesker med «enkle» sykdommer.* Konklusjonen blir derfor at *indremedisin er geriatri*. Indremedisinen må interessere seg for og like gamle mennesker; han må spesialisere seg på alminnelige sykdommer og symptomatisk behandling; han må interessere seg for menneskelige problemer, og han må lære seg praktisk sosialmedisin for gamle. Ønsker han ikke alt dette, bør han velge et annet fag.

Forskning og laboratoriemedisin er ubetinget nødvendig for fortsatt fremgang i indremedisinen, men det er også nødvendig å se realiteten i øynene og skape balanse i faget. Indremedisinen må ikke utdanne seg vekk fra sine pasienter; formålet med spesialistutdannelsen må fremdeles være å yte pasientene bedre service.

Sammendrag og konklusjoner

1. Vi har gjennom en 1-års periode utført en prospektiv undersøkelse over utnyttelsen av liggedagene ved VII avdeling (indremedisin), Ullevål sykehus i Oslo. Alle pasientene ble daglig henført til en av tre kategorier: 1. «Aktiv medisin», 2. «Medisinsk pleie», 3. «Pleie».

2. I alt hadde vi 1994 pasienter i perioden, og det samlede antall liggedager var 39 347. Vi fant at 81 % av pasientene var i gruppe 1 under hele oppholdet. Etter gjennomsnittlig 10 dager kunne 13 % ha vært overført til en mindre aktiv avdeling (gruppe 2) for et ytterligere opphold på ca. 15 dager. I alt ble 13 % av liggedagene disponert til «medisinsk pleie». Etter gjennomsnittlig 17 dager kunne de resterende 6 % ha vært overført til pleieavdeling (gruppe 3). I alt ble 9 % av liggedagene (3558) disponert til ren pleie.

3. Gjennomsnittsalderen for hele materialet var 61 år, og sykdommer i hjerte og kar, luftveier, mave og tarm var hoveddiagnosen hos tilsammen 62 % av pasientene.

4. Mennene dominerte gruppe 1, kvinnene gruppe 3. Kvinnene var gjennomsnittlig 4 år eldre enn mennene.

5. Pleiepasientene var gjennomsnittlig 76 år gamle, og hjerte-karsykdommer var langt den viktigste sykdomsgruppe hos disse pasienter. Halvparten var enslige. Ved utskrivningen ønsket vi å plasere 76 % av disse pasienter i institusjon, men det lyktes bare å skaffe plass til 47 %, ofte etter lang ventetid. Mangelen på syke- og pleiehjem fører dels til at pasientene blir liggende og vente i de kostbare medisinske avdelinger, og dels til at de til slutt ofte må sendes hjem til tross for at de ikke kan ta skikkelig vare på seg selv.

6. Vi beregner at Oslo kommune hvert år «feil» anvender ca. 1,4 millioner kroner ved å disponere kostbare sykehussenger til pleiepasienter på de medisinske avdelinger. Mennekelige forhold taler også for at det må skaffes flere pleie- og sykehjemsplasser, samtidig som hjemmesykepleien må bygges ut.

7. Geriatrien kan ikke overta alle de gamle pasienter. Indremedisinen må derfor akseptere sine gamle pasienter; i virkeligheten er indremedisin blitt geriatri. Dette bør få konsekvenser for spesialistutdannelsen i indremedisin.

Litteratur.

1. Bokholderiet, Ullevål sykehus og Forvalterkontoret, Aker sykehus. Personlige meddelelser 1965.
2. Folin, J.: Sjukhuspatienternas ålder. Nord. Med. 1951, 45, 545-547.
3. Gaustad, V.: Nye framsteg i geriatrien. T. norske Lægeforen. 1954, 74, 402-404.
4. Helse- og Velferdssentralen for eldre og uføre. Personlig meddelelse 1965.
5. Lingjærde, P. & Rømcke, O.: Endringer i belegget i en medisinsk avdeling i tiden 1935-1953. T. norske Lægeforen. 1955, 75, 1-3.
6. Meulengracht, E.: Den interne medicins fremtidsutsigter. Nord. Med. 1951, 45, 540-545.
7. Mårtenson, L.: Är svensk sjukhusplanering ändamålsenlig? Läk.-Tidn. 1962, 59, 3185-3201.
8. Omland, G.: Forandringer i belegget ved en generell indremedisinsk avdeling gjennom 40 år (1916-1956). Nord. Med. 1959, 62, 1447-1450.
9. Quigstad, G.: Geriatrike problemer i en indre medisinsk avdeling. Ibid. 1953, 49, 808-812.
10. Statistisk Sentralbyrå. Personlig meddelelse 1963.
11. Vogt, J. H.: Generalplan for Oslo Kommunes sykehusvesen. Dokument nr. 20 (1951-1952). Anmeldelse. T. norske Lægeforen. 1952, 72, 717-720.
12. Östberg, E. W.: De gamle og sykehusene. Läk.-Tidn. 1952, 49, 1186-1192.

The utilization of beds in a medical department. A prospective investigation

Kåre Molne, M.D. and Peter F. Hjort, M.D.

1. The aim of this one-year prospective study was to answer the question: «How are the beds used in a medical department (VII) of the Oslo City Hospital?» To this end, all patients were daily categorized in one of three groups: 1. Patients requiring *active examination and/or treatment*, 2. Patients requiring *less intensive medical care*, seen by the internist 2-3 times a week, and, 3. Patients requiring only *nursing care*.

2. The total number of patients was 1,994, and they spent altogether 39,347 days in the hospital. Eighty-one % remained in group 1 throughout their stay in the hospital. After an average of 10 days, 13 % could have been transferred to a ward for less intensive care (group 2) for a further 15 days. After an average of 17 days, the remaining 6 % could have been transferred to a nursing home (group 3) for the last 21 days of their stay. Of the total number of patientdays, 13 % were used for less intensive medical care and 9 % for nursing care (these figures do not include the initial period of active examinations and/or treatment to which every patient is entitled).

3. The median age of all patients was 61 years. Diseases of the cardiovascular, respiratory and gastro-intestinal systems were the main diagnoses in 62 % of the patients.

4. In group 1, the majority of patients were men; in group 3, women. The women were on average 4 years older than the men.

5. The patients in group 3 (nursing care) had a median age of 76 years, and they suffered mainly from cardiovascular diseases. Half of these patients lived alone prior to admission. Altogether 76 % of the patients in group 3 should have been transferred to further institutional care but only 47 % could be so placed, frequently after a long delay. Thus, owing to the scarcity of nursing homes, the patients stayed too long in the expensive medical wards, simply awaiting transfer. Furthermore, they were often finally sent home, even though they were probably not able to take care of themselves adequately.

6. We calculated that the City of Oslo spends an excess of about 1.4 million kroner each year on expensive medical beds that are used for nursing care. This money could be more efficiently spent on building nursing homes. The patients would probably also be happier in nursing homes or in their own homes, rather than in the busy medical wards. Therefore, more nursing beds should be made available, and programs for home-care should be increased.

7. Two out of three patients in the medical wards are elderly patients with «ordinary» diseases. Obviously, geriatrics cannot take over these patients. On the contrary, the internist must accept them and also the fact that internal medicine to a large extent has become geriatrics. He should therefore be adequately trained and mentally and morally prepared for the care of the aged.