



Torgeir Bruun Wyller, professor i geriatri, Universitetet i Oslo



Heidi Haukelien, sykepleier og sosialantropolog, phd, Telemarksforskning, Bø



Liv Sigrun Engebretsen, sykepleier, Kongsberg



Marie Aakre, sykepleier, St. Olavs Hospital, Trondheim

Senger til alle!

Antallet senger i norske sykehus er halvert siden 1980. Dagbehandling, polikliniske tilbud og innsatsteam i hjemmet skal løse oppgavene. Men utviklingen har gått for langt.

Lenge var helsetjenester tett forbundet med senger til de syke. For bare få tiår siden måtte man holde sengen i ukevis etter et hjerteinfarkt eller en fødsel. Psykisk syke var i store asylr med mange sengeplasser.

Det er mange gode grunner til at helsetjenesten i dag har færre senger. Men det har oppstått en myte om at jo færre senger det er i et sykehus, desto mer effektivt er det. En myte om at «lengst mulig i eget hjem» alltid er et gode. Denne myten er knyttet til målstyringsideologien. Den fortrengr de humanistiske idealene og undergraver det tradisjonelle verdigrunnlaget for helseprofesjonene. Ideologien preger både helsetjenesten og store deler av offentlig sektor i altfor stor grad.

Somatiske sykehus

I 1980 var det 21 883 somatiske senger i norske sykehus.

Tretti år senere er sengeantallet mer enn halvert, til 10 814 senger. Mens vi i 1999 hadde 3,0 senger per 1000 innbyggere, er tallet 2,1 i dag.

Endrete arbeidsformer og pasientforløp forklarer en del av dette. I 1980 var liggetiden om lag 10 døgn. I dag er gjennomsnittlig liggetid

for akutte somatiske innleggelses 4,5 dager. Bare Israel og Tyrkia har hatt kortere liggetid enn Norge de seneste årene.

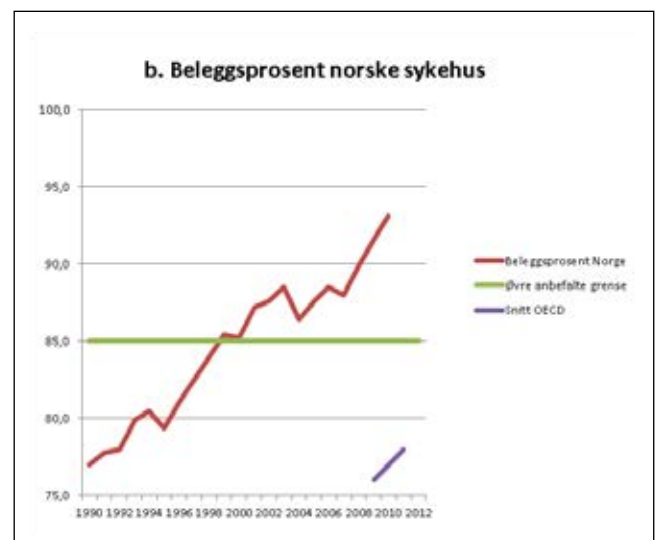
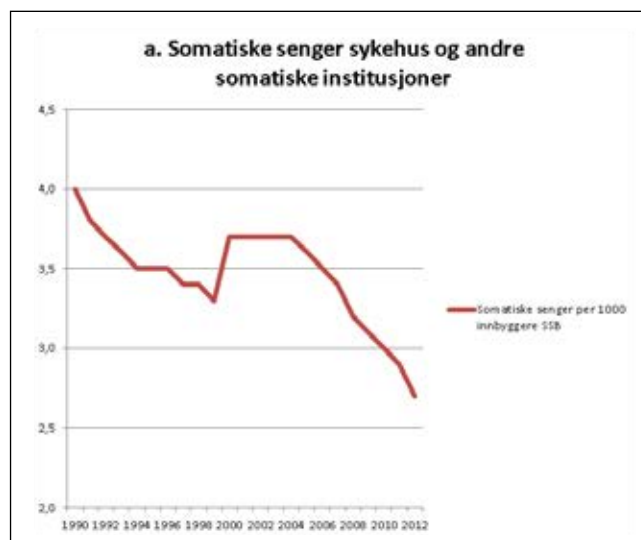
I 1980 var gjennomsnittlig belegg i norske sykehus på 78 prosent. I 2000 hadde det steget til 85 prosent, og nå har det økt ytterligere til 93 prosent (se figur 1). I samme periode har gjennomsnittlig belegg i OECD-landene vært relativt konstant rundt 78 prosent.

Betydelig underkapasitet

Alt i 2001 vurderte Statens helsetilsyn sengemangel som årsak til overbelegg. De konkluderte med at det var underkapasitet i norske sykehus.

Rapporten «Health at a Glance 2013» viser at lavt sengetall er en forklaring på høyt belegg i norske sykehus. Britiske helsemyndigheter setter ifølge OECD 85 prosent belegg som øvre grense for forsvarlig beleggsprosent. Dette er i tråd med Helsetilsynets anbefalinger fra 2001.

I avdelinger der en stor andel av innleggelsene skyldes øyeblikkelig hjelp, fører sykdomsvariasjoner i løpet av årstidene til perioder med stor belastning. Derfor får man ofte problemer med overbelegg når den gjennomsnittlige beleggsprosenten er høy. Følgen er redu-



FIGUR 1: I 1999 hadde vi 3,0 senger per 1000 innbyggere, i dag er tallet 2,1. Tall fra SSB. Til høyre: Beleggsprosent, basert på tall fra OECD.

sert kvalitet i behandling og pleie, i tillegg til forsinkelser i pasientforløp, opphopning av pasienter i akuttmottak, økt sykkelighet blant ansatte, økt forekomst av sykehusinfeksjoner og økt dødelighet.

I NOU 2005:3 «Fra stykkevis til helt», står det: «Utvalget er bekymret for utviklingen ... som kan tyde på at norske sykehus nærmer seg en forsvarlighetsgrense. Spesielt er det behov for å analysere om eldre pasienter, definert som utskrivningsklare, faktisk er tilstrekkelig undersøkt, utredet, behandlet og/eller rehabilitert». Likevel ser utviklingen ut til å fortsette.

Psykiatrien

I psykiatrien har utviklingen vært enda tydeligere (se figur 2). I perioden 2005–12 ble sengetallet redusert med cirka 1 000, altså en reduksjon på cirka 20 prosent. Straffedømte som vurderes som sinnslidende, blir nå i økende grad dømt til tvungent psykisk helsevern. De dømte må være på lukkede avdelinger. De plassene som er igjen, er i stor grad skjøvet ut av sykehusene og over i distriktpspsykiatriske sentre (DPS).

Dette var lenge en ønsket utvikling. Man ville bort fra de store asylene med preg av oppbevaring. Behandlingen skulle skje nærmere stedet pasientene faktisk skulle leve. Men det ser ut som kutt i antallet senger gradvis er blitt et mål i seg selv. I økende grad advarer både fagfolk og pasienter mot det som skjer. Vi har fått en ideologisk og økonomisk styrt utvikling i psykiatrien som neglisjerer at det finnes mennesker med så sterke psykiske plager at et asyl (i ordets egentlige betydning som et stabilt, trygt og forutsigbart tilfluktssted) er det beste tilbudet over en lengre periode.

Sykehjemmene

Antall sykehjemsplasser er redusert når man tar hensyn til endringen i alderssammensetningen i befolkningen. Dette blir ofte maskert i offentlig statistikk. En rapport fra forskningsstiftelsen Fafo viser trenden svært tydelig (se figur 3, side 85). Antall personer over 80 år med langtidsplass i sykehjem sank fra 198 per 1 000 i 1992 til 143 per 1 000 i 2006. Nedgangen har fortsatt også i perioden 2006–2011.

Også dette startet som en ønsket utvikling. Slogordet «lengst mulig i eget hjem» uttrykte et genuint ønske om å lytte til pasientenes egen stemme, la dem få bo hjemme så lenge de ønsket, og ikke stue dem inn på upersonlige institusjoner. Men også her har hensynet til pasientene svingt fra å være reell til å bli et skalkeskjul for andre agendaer. Daglig ser vi at pasienter i sykehus som har vært grundig vurdert til å få det best med permanent sykehjemsplass, blir skrevet ut til korttidsplass. Så sendes de hjem etter 2–3 uker. Etter få dager blir de lagt inn i sykehus igjen fordi de nok en gang har falt og er funnet ynkelige og hjelpeløse på gulvet.

Boliggjøring av eldreomsorgen

I mange år har statlige finansieringsordninger gjort det mer økonomisk gunstig for kommunene å satse på omsorgsboliger enn på sykehjemsplasser. Dette er en del av en trend som er kalt «boliggjøring av eldreomsorgen». Kommunene har lagt vekt på at selv om eldre trenger hjelp i det daglige, må de tilbys et oppholdssted som tar hensyn til at det faktisk er deres bolig, trolig for resten av livet.

Dette er en sympatisk idé. Men man har oversett at når svikten i helse og funksjon blir stor nok, er kvaliteten på den helsefaglige behandlingen og omsorgen enda viktigere enn kvaliteten på boligen.

Man er ikke i stand til å nyte en god bolig dersom man er meget syk, den sykepleiefaglige oppfølging er minimal og uten kontinuitet, og fastlegekontakten har degenerert til et telefonbasert farmakologisk supermarked med hjemmesykepleien som kurér.

Dessverre er det situasjonen for mange av de skrøpeligste beboerne i omsorgsboliger. «Døgnskuttet tilsyn» er ofte basert på at hjemmesykepleien skal løpe innom et visst antall ganger per døgn. Omsorgsboliger er et flott alternativ for mange av dem som bodde i aldershjem før i tiden. Men de aller sykeste er ofte best tjent med å være innlagt i en god helseinstitusjon, nemlig et sykehjem.

Kaster pasienter til hverandre

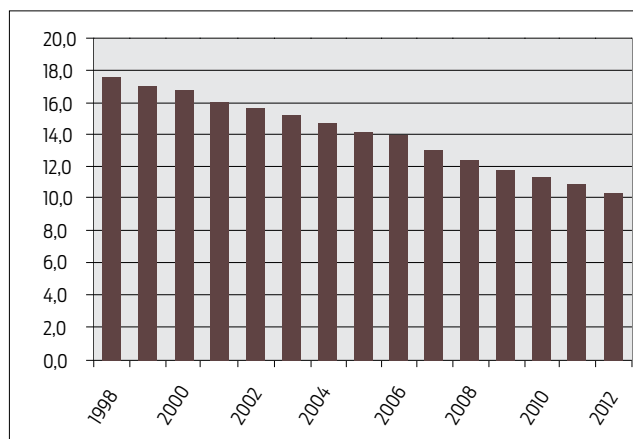
Samhandlingsreformen seiler under falskt flagg. I virkeligheten har den svært lite med samarbeid å gjøre. Tvert imot har begge parter (sykehus og kommuner) skjerp våpnene i krigen om å kaste pasientene inn i «motpartens» budsjett og ut av sitt eget. Reformen er først og fremst en serie virkemidler som skal gjøre det mulig å

«Fastlegekontakten har degenerert til et telefonbasert farmakologisk supermarked med hjemmesykepleien som kurér»

redusere sengetallet i sykehus ytterligere.

Det er vanskelig å redusere forbruket av sykehussenger blant unge pasienter. Når unge først må legges inn, er de gjerne så alvorlig syke eller skadede at behovet for sykehusbehandling er åpenbart. Derfor er det de gamle som i større grad må holdes utenfor. Myten om de mange unødvendige innleggelsene blant de eldste er lett å selge fordi eldre med alvorlige og behandlingstrengende sykdommer ofte har vage og ukarakteristiske symptomer, preget av sviktende funksjon.

I første stortingsmelding om samhandlingsreformen påsto man at i én av sju sykehussenger ligger det pasienter som ikke skulle vært der. Dette er grundig imøtegått, også i departementets egne grunnlagsdokumenter. Likevel fortsatte arbeidet med reformen med de samme forutsetningene. Vi har sett stygge eksempler på hvordan kommunestyre forsøker å hindre at syke eldre skal komme på sykehus.



FIGUR 2: Døgnplasser per 10 000 innbyggere i det psykiske helsevesenet for voksne 1998–2012. Basert på Samdata 2012.

Stygge eksempler

Myten om de mange unødvendige innleggelsene har ført til at man nå med stor hastighet etablerer en helt ny tjeneste med usikker nytteverdi; de kommunale akutte døgnseengene (KAD). Her skal akutt syke, hovedsakelig eldre, legges direkte inn i en slags sykehjemsavdeling for ikke å belaste sykehuset. Problemet er at hos nettopp disse pasientene er symptombildet ofte særlig diffust, og sykehusets diagnostiske hjelpemidler særlig nyttige. Det er godt dokumentert at i akutsituasjoner er det vanskelig å velge ut de pasientene som kan ha nytte av tilbud på henholdsvis kommunalt nivå og i sykehus. Allerede kort etter at KAD ble opprettet, har man sett stygge eksempler på at gamle pasienter med akutte, alvorlige sykdommer er blitt lagt inn der, og dette har forsinket nødvendig og nyttig sykehusbehandling.

Det er en øvre grense for hvor lenge et KAD-opphold kan vare. Derfor er KAD en dårlig løsning for pasienter som trenger permanent sykehjemsplass. Vi har allerede sett scenariet der den skrøpelige gamle som ikke klarer seg hjemme, blir lagt inn i KAD når det blir akutt krise. Pasienten blir i KAD til tiden er ute, og først da sendes hun til sykehuset fordi hun fortsatt ikke kan klare seg hjemme. I sykehuset blir hun raskt meldt utskrivningsklar, får et korttidsopphold ved en annen kommunal institusjon, og sendes så hjem igjen inntil neste krise oppstår. Den store satsingen på KAD-plasser vi ser nå, er en dårlig erstatning for de gode langtidsplassene vi burde fått.

Helsedirektoratet har publisert forbløffende tall for hvor mange KAD-senger landets kommuner skal ha. Svært mye tyder på at kravet til KAD-senger per kommune er satt altfor høyt i forhold til behovet.

Lokalsykehusenes rolle

Diskusjonen om sykehussenger henger også sammen med lokalsykehusenes rolle. Når lokalsykehus legges ned, fører det nesten aldri til at de gjenværende sykehusene får flere senger.

Ethvert lokalsykehus bør ikke bestå for enhver pris. Noen lokalsykehus er nok for små eller for faglig sårbare til at pasientene får god behandling. Men mange helsebyråkrater har en ideologi om at «jo større dess bedre». De ønsker seg få og store sykehus med industriell driftsprofil der klart definerte «maskinfeil» rettes opp på kort tid. Deretter sendes pasienten ut igjen.

Sammenslåingen av sykehus til svære helseforetak er inspirert av denne tenkningen, og fører ofte til at de minste av sykehusene blir slaktet. Sørgelige resultater av denne tenkningen ser vi blant annet i Vestre Viken, Sykehuset Innlandet og Oslo universitetssykehus, der etableringen av for store enheter har ført til klart svekket kvalitet, som forventet ut fra internasjonal forskning.

Det er grunn til å tro at mindre sykehus har kvaliteter som forsvinner når de blir større: Nærhet, oversiktighet, korte kommunikasjonslinjer, enklere samarbeidsforhold. Pasienter med kompliserte eller sjeldne tilstander må selvsagt sendes til større sentre, men lokalsykehusene gir et godt tilbud til mange med vanlige sykdommer, forutsatt at de holder en viss minstestandard. Også «vanlige» sykdommer kan endre seg fort, så pasientene blir ustabile. Sykdommene kan maskere seg som noe annet enn de er. Derfor må et fullverdig sykehus ha døgnberedskap for indremedisin, kirurgi og anestesi, intensivavdeling, akuttmottak og tilgang til de viktigste indremedisinske og kirurgiske grenspesialitetene.

Siden mange pasienter med alminnelige sykdommer ønsker seg til et sykehus i nærheten, er politikere og byråkrater blitt forledet til å tro at disse pasientene er så «enkle» at de kan behandles på sykehus uten akuttfunksjon og intensivavdeling. Dermed har man lansert «distriktsmedisinske sentre» (DMS) som erstatning for nedlagte lokalsykehus. Igjen ser man for seg at særlig de gamle skal være pasienter der.

Kanskje er DMS et godt tilbud for visse pasientgrupper, men de er ingen erstatning for lokalsykehus. Det er en aldersdiskriminerende misforståelse å tro at de gamle kan behandles et sted der det ikke er så nøye med utstyr, beredskap og kompetanse. Legger man ned sykehus, legger man ned sykehus, og man får færre senger til disposisjon. Ofte mister man et godt tilbud. Oppretter man DMS, får man noe helt annet, og det erstatter ikke det sykehuset man mistet.

Politisk lureri

Helseminister Bent Høie har bestemt at ingen lokalsykehus skal legges ned hvis det ikke kan begrunnes i kvalitet og sikkerhet. Det er skremmende, men lærerikt, å se at lederne i helseforetakene tilpasser argumentene til disse signalene. Konklusjonen er klar: Lokalsykehusene skal vekk, og bare begrunnelsen må endres slik at den ikke kolliderer med statsrådets føringer.

Dette ser vi tydelig i Sykehuset Innlandet. I redegjørelsen til styremøtet 19.12.2013 om saken «Omstillingsbehov somatikk» skriver direktøren:

«Regjeringens plattform gir ikke grunnlag for å foreta endringer i sykehusstrukturen uten at dette er begrunnet med kvalitet og pasientsikkerhet. De strukturmodellene som fagdirektør presenterte i styreseminaret den 28. oktober etter en grundig og god prosess, kan derfor ikke uten videre legges til grunn i det videre omstillingsarbeidet. ... I samråd med fagdirektør vil administrerende direktør derfor foreslå en ny inngang i omstillingsarbeidet som tar utgangspunkt i å definere kvalitetskrav/-kriterier.»

I klartekst betyr dette: «Vi har fortsatt tenkt å legge ned noen av de velfungerende sykehusene rundt Mjøsa for å spare penger til et fremtidig gigantsykehus, men vi vil begrunne det annerledes.»

Sykehusslakterne får hjelp av økende bruk av «kvalitetsindikatorer» i sykehusene. Noen av Mjøs-sykehusene skårer nemlig dårligere på enkelte av indikatorene enn landsgjennomsnittet. Dermed kan man ikke bli motsagt når man stripper sykehusstilbudet og påstår at det er til pasientenes beste. Men er disse kvalitetsindikatorerne reelle mål på sykehuskvalitet?

Kvalitet eller pseudokvalitet?

Mange rapporteringskrav gir et svært indirekte uttrykk for tjenestekvalitet. Man teller det som kan telles, men ikke det som ikke kan telles. Pasientnær omsorgskvalitet måles ikke. Lenge rapporterte sykehusene bare overbelegg, epikrisetid, ventetider og fristbrudd. Dette er ikke uinteressant, men sier lite om kvaliteten av helsetjenestene som gis. Epikrisetid er et godt eksempel. For å oppfylle kvalitetsindikatoren, skriver og godkjennes epikrisene raskere enn før. Men vi ser oftere dårlige hastverksepikriser.

Et ny og diskutabel kvalitetsindikator er 30 dagers overlevelse. Dødsfall innen 30 dager etter innleggelsen vurderes på grunnlag av diagnoser og prosedyrer som settes av sykehusene. Det er enkelt å manipulere tallene, både ved å unngå å ta imot pasienter med

høy risiko og ved å tøye diagnose- og prosedyrekodingen slik at man pynter på statistikken.

Ellers er helsetjenesten svært opptatt av å være evidensbasert, altså å bygge behandlingen på forskning av beste kvalitet. Der er det en selvfølge at alt som registreres er strengt standardisert og kontrollert. Men når man skal finne politisk akseptable grunner for å legge ned sykehus, blir man sjelden tatt for lurvete statistikkbruk og kvasivitenskapelige halvsannheter.

Sykehuset Innlandet er ikke noe unikt eksempel. Helt parallelle prosesser ser ut til å finne sted flere steder. I Kongsberg førte nedleggelse av akutt kirurgi til seks timers ventetid i akuttmottaket i Drammen sommeren 2012.

Det samme skjer i Nordfjord, der Helse Førde åpenlyst og med stor freidighet går stikk imot signalene fra begge statsrådene Støre og Høie om å opprettholde kirurgisk virksomhet (20).

Er det sant at senger er dyre?

Vedtak om å redusere sengetall blir ofte begrunnet med hva det koster å ha en pasient i en seng ett døgn. Sist så vi dette i Riksrevisjonens rapport om effektivitet i sykehus. Man bruker døgnprisen kommunene må betale for «ferdigbehandlede» pasienter for å se hva man kan «spare» om alle sykehus hadde like kort liggetid som de korteste.

Det er forbløffende at det organet som har ansvar for å overvåke Statens pengebruk, kan begi seg inn på et så primitivt resonnement. For det første er dette et administrativt fastsatt beløp som ikke avspeiler reelle kostnader. Dessuten vet alle som har arbeidet i et sykehus, at pasientene skaper mest arbeid ved innleggelse og utskrivning og relativt mindre i tiden imellom. Derfor øker ikke kostnadene ved et sykehusopphold lineært med liggetiden.

I tillegg er det en rekke utgifter ved å drive sykehus som ikke påvirkes av sengetallet. Jo færre senger, desto mindre blir nevneren i de ulike brøkene som brukes for å beregne «kostnader per seng». Alle slike brøker er varianter med sengetall i nevneren. Dermed fremstår hver seng som dyrere dess færre de er. Derfor fører sengetallsreduksjoner sjelden til de innsparingene man forespeiler, men derimot fremstår sengene som enda dyrere, og ytterligere reduksjoner som enda mer påkrevet.

Meningsløs resonnement

Riksrevisjonens rapport har også en rekke andre grunnleggende svakheter. Blant annet har man brukt pasienttilfredshetsundersøkelser hos pasienter med hoftebrudd som argument for at sykehus med kort liggetid har like bra behandlingsresultat som de med lengre liggetid. Men blant pasienter med hoftebrudd er minst halvparten så demente eller forvirret at de er ute av stand til å svare meningsfullt på et slikt spørreskjema. Dermed er Riksrevisjonens resonnement meningsløst. Det er også en feil når Riksrevisjonen generaliserer om sengebehov og effektivitet på grunnlag av fire avgrensede sykdommer som alle behandles kirurgisk (hofteprotese, hoftebrudd, korsbåndskade og tykktarmskreft). Problemet med sengemangel, overbelegg og for kort liggetid er størst i de medisinske avdelingene.

Det er på tide å tenke annerledes. Dagbehandling, polikliniske tilbud og innsatsteam i hjemmet er bra for mange, men vi trenger fortsatt en seng til den som er svært syk. Ikke en hvilken som helst seng, men en seng omgitt av tilstrekkelig kompetanse alt etter

pasientens behov. Det kan være rehabilitering, demensomsorg, psykiatrisk behandling, palliasjon eller et fullverdig lokalsykehus-tilbud med kirurgi, medisin og mulighet for intensivbehandling. Vi må slutte å tro at jo færre senger vi har, dess mer effektive er vi. Nå trengs et krafttak for å gjenopprette et tilstrekkelig antall plasser både i sykehjem, gode lokalsykehus, rehabiliteringsavdelinger og psykiatriske sykehusavdelinger.

Troen på «det sengeløse sykehus»

Blogger og tidligere Høyre- og Frp-politiker Anne Beth Moslet karakteriserte i Dagens Medisin i 2013 legene som en «antikommersiell sutregjeng», som har «merkelig og foreldet innstilling til helsevesenet – preget av antikommersielle og antiindustrielle holdninger til den høyteknologiske sektoren de selv jobber i». Forskjellen på Moslet og mange andre helsepolitikere og -byråkrater, er at hun åpenbart er en ærlig sjel som ikke pakker ordene inn i svada. Der andre snakker pliktskyldigst og uforpliktende om omsorg, trygghet og verdighet, lar Moslet alle slike begrunnelser åpenlyst ligge. Glem omsorg, glem trygghet, glem verdighet, det koster for mye! Helsetjenestens oppgave er å reparere feilen, skifte delen, få samlebandet til å gå fortere, tjene DRG, sende pasienten ut igjen på timen. De som ikke greier seg, får kommunen ta seg av uansett om de på sin side har senger, folk og kompetanse nok til det.

Dette er de holdningene Helsetjenesteaksjonen gjør opprør mot. Vi behandler levende mennesker, ikke produkter. Dette krever individuell tilpassing, empati og omsorg. Og det krever også at vi har tilstrekkelig antall trygge senger til pasientene. ■■■

Hele artikkelen, sammen med referanser, ligger på sykepleien.no



Les også intervjuet med Torgeir Bruun Wyller på side 14.



FIGUR 3: Beboere på institusjon per 10 000 innbyggere i de aktuelle aldersgrupper 1992-2011. Gjengitt fra Gautein et al. med tillatelse fra FAFO.

