



Overbelegg i norske sykehus – en trussel mot pasientsikkerheten

Dagens situasjon i norske sykehus er at vi har for få senger til for mange pasienter. Korridorpasienter er blitt et vanlig fenomen, men er en alvorlig trussel mot pasientsikkerheten. Gjennomsnittsbelegget i norske sykehus er i dag hele 93 prosent. Det er 8 prosentpoeng over den internasjonalt anbefalte øvre grense for forsvarlighet. Vi har sett en rekke eksempler på sykehus som over lengre perioder har over 100 prosent belegg. Enkelte avdelinger kan i perioder ha et belegg på opp mot 120 prosent. Den offentlige oversikten over *antall korridorpasienter i norske sykehus* som kvalitetsindikator viser at utfordringen må tas på alvor. Det viser med tydelighet at sykehusene og de regionale helseforetakene må styrke innsatsen på både kapasitet og kvalitet.

Legeforeningen mener:

- Norge har nådd en øvre grense for beleggsprosent i sykehusene. Dagens svært høye beleggsprosent fører til redusert kvalitet og pleie, og utgjør en fare for pasientsikkerheten.
- Ny forskning har vist at beleggsprosent over 92,5 prosent øker forsinkelser i pasientforløp, økt forekomst av sykehusinfeksjoner, økt dødelighet blant pasienter og økt sykdom blant ansatte.
- Norske myndigheter og helseforetakene må innføre et forsvarlighetstak i Norge på 85 prosent belegg i ordinær drift.
- Fremtidige demografiendringer og sterkt økende antall eldre tilsier at sengetallskapasiteten i norske sykehus må styrkes det neste tiåret.

Bakgrunn

Norske sykehus har økt produktiviteten markant de siste årene gjennom blant annet stor vekst i dagbehandling. Det er godt dokumentert i Helsedirektoratets siste SAMDATA-rapport for norske sykehus 2013¹. Samtidig viser Statistisk Sentralbyrå at norske somatiske sykehus har hatt et gjennomsnittlig belegg på ca. 93 prosent mellom 2009-2013. I 1980 var det rundt 22 000 somatiske senger i norske sykehus. Beleggsprosenten var da 78 prosent. Vel 35 år senere er sengeantallet mer enn halvert, til ca. 10 800 senger. I 2000 var det 85 prosent gjennomsnittlig belegg i norske sykehus. Dette har nå økt til 93 prosent. OECD forklarer den høye beleggsituasjonen med det lave sengetallet i Norge, selv om også endrede arbeidsformer og pasientforløp spiller inn. I 1980 var liggetiden om lag 10 døgn. I dag er gjennomsnittlig liggetid for akutte somatiske innleggelser 4,5 dager.

Medisinskfaglig utvikling, endrede arbeidsformer og bedre pasientforløp har ført til økt poliklinisk dagtidsbehandling og halvert sengetallskapasitet siden 1980. Det har vært en positiv og ønsket utvikling at flere pasienter kan behandles poliklinisk på dagtid. Bevisst satsing på dagbehandling er effektivt og kostnadsbesparende der planlegging er mulig. Farene ved høy beleggsprosent er på den andre siden sterkt underkommunisert og representerer en faretruende utvikling.

¹Helsedirektoratets Samdata-rapport for 2013 <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samdata-spesialisthelsetjenesten-2013/Publikasjoner/is-2194-samdata-2013.pdf>

Parallelt med denne utviklingen har Solberg-regjeringen stilt helseforetakene overfor en ny avbyråkratisering- og produktivitetsreform. Legeforeningen advarer sterkt mot antakelser om at det er mulig å hente mange flere effektiviseringsgevinster gjennom ytterligere sengereduksjoner. Norge har allerede lav liggetid i sykehus, og få innleggelser. Kun Israel og Tyrkia har hatt kortere liggetid enn Norge de siste årene. Norge ligger betydelig lavere enn gjennomsnittet for OECD-landene. Likevel har utviklingen bare fortsatt i Norge.

En ny tysk studie viser at når pasientbelegget blir høyere enn 92,5 prosent øker dødeligheten signifikant². Over denne grensen blir det så travelt at det skjer flere potensielt fatale feil. Når avdelingene blir fulle skrives de relativt sett minst alvorlig syke ofte ut. Leger og sykepleiere opplever økende stress og økt risiko for feil i takt med at andelen svært alvorlig syke mennesker øker. Risikoen for reinnleggelser øker i disse tilfellene. Reinnleggelser kan aldri helt unngås, men unngåelige reinnleggelser medfører økt slitasje både for pasienten og helsepersonell. Samtidig gir det samfunnsøkonomiske merkostnader. Samhandlingsreformens intensjon er å unngå merkostnader og gi bedre pasientflyt. Men snart to år etter reformen har kommunene fremdeles ikke tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til fullt ut å ivareta alle pasientene. Dette svingdørsproblemet må evalueres og forbedres.

Norge har nådd en øvre grense for tøffe sykehuseffektiviseringer over drift. Legeforeningen har påpekt betydelig potensiale for helseforetakene ved å kutte administrative dobbeltfunksjoner og tilrettelegge for stedlig, pasientnær ledelse. Vi støtter nødvendig avbyråkratisering i offentlig sektor der det er til hinder for effektiv og god pasientbehandling. Men ytterligere reduksjoner i sengekapasitet er feil vei å gå. Det svekker produktiviteten og går i ytterste konsekvens utover pasientsikkerheten. Systematisk høy beleggprosent fører til redusert kvalitet i behandling og pleie. Det gir forsinkelser i pasientforløp, opphopning av pasienter i akuttmottak, økt sykdom blant ansatte, økt forekomst av sykehusinfeksjoner, og økt dødelighet.

Økningen i antall eldre vil i kommende år ytterligere utfordre kapasiteten og samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Medisinske fremskritt, bedre folkehelse og økt levealder innebærer at flere eldre vil både tåle og forvente avansert behandling og rehabilitering. Eldre og andre sårbare pasientgrupper har imidlertid større behov for vurdering, oppfølging og lengre liggetid enn befolkningen for øvrig.

Britiske helsemyndigheter setter 85 prosent belegg som øvre grense for forsvarlighet. Helsetilsynet ga i 2001 anbefalinger i tråd med dette. Norske myndigheter og helseforetakene må nå innføre et tilsvarende forsvarlighetstak i Norge på 85 prosent belegg i ordinær drift. Legeforeningen mener Helsetilsynet, Arbeidstilsynet, og Helse- og omsorgsdepartementet må følge opp ny forskning og bruke deres rolle som forvaltere til å sanksjonere ved brudd. Veiledende normer og anbefalinger er ikke tilstrekkelig for å oppnå pasientens helsevesen. Her påligger også partiene og Stortinget et ansvar for å sikre pasientene og helsepersonell adekvate ressurser til å møte politisk uttalte mål.

² Kuntz L; Mennicken R. Scholtes S. *Stress on the ward: Evidence of Safety Tipping Points in Hospitals*. www.health.jbs.cam.ac.uk/