
Vi har ingen ledige senger

DEBATT

SVEN ERIK GISVOLD

sven.e.gisvold@ntnu.no

Sven Erik Gisvold er spesialist i anestesilogi, professor emeritus ved NTNU og overlege ved St. Olavs hospital.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Hvor skal koronapasientene ligge?

«Det ligger pasienter i alle sykehussenger i Norge.» Dette uttalte fagdirektør Svein Lie 6. mars (1) – før det var én eneste koronapasient innlagt i sykehus i Norge. Det tragiske faktum er at han har rett. Det finnes ingen buffer. Ved de fleste norske sykehus er belegget omkring 100 %, mange steder over. Det er daglige diskusjoner på sykehusene om hvor man kan legge pasienter som har blitt innlagt og som ikke kan sendes hjem. Fortvilte historier har versert i pressen lenge (2, 3), og avviksmeldinger har vært sendt uten at noe har blitt gjort. Tvert imot: Hver gang man har bygget et nytt og flott sykehus, har man bygget ned kapasiteten. I 1980 hadde vi ca. 22 000 somatiske senger ved norske sykehus. Nå er vi nede i under 11 000 (4). Vi er blant de landene i Europa med færrest sykehussenger per capita.

Nedbyggingen har skjedd jevnt og trutt og under skiftende regjeringer (3). Dette til tross for at OECD anbefaler et gjennomsnittsbelegg på 85 % som øvre forsvarlige grense, nettopp for å kunne møte uforutsette hendelser med økt press på sykehusene. Det nye sykehuset i Trondheim har over 200 færre senger enn det vi rev ned. Det samme gjentok seg i Østfold og Akershus, og skal nå skje i Drammen til tross for at sykehuset allerede før epidemien var tungt belastet med korridorpasienter. I Oslo kan man håpe at den uvettige og katastrofale planen om å legge ned Ullevål til fordel for et mammutsykehus på Gaustad, blir stoppet. Dette vil bare forverre kapasitetsproblemene i hele Sør-Norge (5).

«Vi er blant de landene i Europa med færrest sykehussenger per capita»

Vi har i Norge for lengst passert «the safety tipping point in hospitals» (6). De yngste slipper heller ikke unna: I Bergen planlegger man en ny kvinneklinikk som dimensjoneres for at en stor del av nybakte mødre og barn skal sendes hjem 4–24 timer etter fødselen, til tross for at fagfolk har uttrykt bekymring for uheldige konsekvenser for mor og barn (7).

En må undre seg over hva som er grunnlaget for disse beslutningene. Det kan virke som effektivitet, logistikk og økonomi har fått veie tyngre enn trygg pasientbehandling. Beslutningstakerne har lyttet mer til svært godt betalte konsulentfirmaer med urealistiske kalkyler om fremtiden og til byråkratiet i departementet enn til fagfolk ved sykehusene (8).

Underkapasiteten ved sykehusene får alvorlige konsekvenser. Mediene har omtalt flere dødsfall (9, 10), og VG rapporterte om 1 546 gamle pasienter som ble sendt hjem fra sykehusene midt på natten, 400 av disse var over 90 år (2). En fersk, stor epidemiologisk studie fra NTNU tyder på at det er en sterk sammenheng mellom økt press på sykehusene og økt mortalitet (11).

Intensivkapasiteten i Norge ligger bare midt på treet i Europa (12). Skal man øke kapasiteten, må man ta i bruk regulære postoperative arealer som intensivplasser og omskolere anestesisykepleiere. Men det er de «ordinære» pasientene som må betale prisen, de som har andre sykdommer og som i dag mer enn fyller sykehusene. Disse problemene vil nå treffe oss som et knyttneveslag – et slag som vil bli kraftig fordi vi over mange år har bygget ned sykehusene.

«Det er de 'ordinære' pasientene som må betale prisen, de som har andre sykdommer og som i dag mer enn fyller sykehusene»

Skal vi få plass til de covid-19-smittede pasientene som er så syke at de må på sykehus, må vi skjære ned på all planlagt aktivitet ved sykehusene. Det blir ikke lett. En stor del av kirurgien er allerede dagbehandling med hjemsending samme dag. Før i tiden hadde vi mange «friske» pasienter liggende på sykehusene. Det forekommer ikke nå. Det kan nok frigjøres personale ved å avlyse dagkirurgi, men senger frigjøres ikke. De som i dag ligger i våre sykehussenger, er virkelig syke og trenger de sengene de ligger i. Og våre intensivavdelinger er allerede fulle av «ordinære» pasienter med organsvikt av andre årsaker. Disse kan ikke velges bort, eller hva? Kan det bli snakk om å utsette også pasienter med alvorlige sykdommer? Vil alder bli brukt som et avgjørende kriterium?

Noe av det mest nedslående er at man nå avlyser kirurgisk virksomhet fordi man ikke har nok sterile frakker og munnbind. Disse må spares til dem som skal behandle covid-19-pasientene. Vi ble advart for snart tre måneder siden og har hatt rikelig anledning til å skaffe beskyttelsesutstyr, slik de gjorde i flere asiatiske land. Dessverre tok vi ikke advarslene alvorlig.

Politikere og byråkrater har utvist en deprimerende mangel på framsyn og realisme. Mange kolleger har sett dette komme. Hvorfor har vi ikke protestert kraftigere? Kanskje forstår vi nå at nedbyggingen må stanses?

LITTERATUR

1. TV2. Pressekonferanse om koronaviruset. <https://www.tv2.no/v/1547770/> Lest 24.3.2020.
2. Syke eldre fraktes hjem om natten. VG 15.6.2019. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/70j249/midt-paa-natten-fraktes-syke-eldre-hjem-fra-sykehusene> Lest 24.3.2020.
3. Kristiansen IS. To pasienter i sengen eller én i korridoren? Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 16. [PubMed]
4. Vangsnes L-E. En ubehagelig sannhet. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137. doi: 10.4045/tidsskr.17.0720. [PubMed][CrossRef]
5. Slagstad R. En reddende engel? Tidsskr Nor Legeforen 2020; 140: 322.
6. Kuntz L, Mennicken R, Scholtes S. Stress on the ward. Evidence of safety tipping points in hospitals. Manage Sci 2014; 61: 754–71. [CrossRef]
7. Eberhard-Gran M. Nyfødte barn og sårbare mødre. Tidsskr Nor Legeforen 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.18.0878. [PubMed][CrossRef]
8. Slagstad R. Den nye helseadelen. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137. doi: 10.4045/tidsskr.17.0400. [PubMed][CrossRef]
9. Gisvold SE. Mennesket er ingen Toyota. Adresseavisen 26.1.2017.
10. Otterlei SS. Daniel (43) døde alene på akuttmottaket. NRK 14.12.2018. https://www.nrk.no/vestland/xl/daniel-_43_-dode-alene-pa-akuttmottaket-1.14339076 Lest 24.3.2020.
11. Nilsen SM, Bjørngaard JH, Carlsen F et al. Hospitals' discharge tendency and risk of death – an analysis of 60 000 Norwegian hip fracture patients. Clin Epidemiol 2020; 12: 173–82. [PubMed][CrossRef]
12. Rhodes A, Ferdinande P, Flaatten H et al. The variability of critical care beds in Europe. Intensive Care Med 2012; 38: 1647–53. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 24. mars 2020. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0238

Mottatt 19.3.2020, godkjent 24.3.2020.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. februar 2026.