

Todelt helsevesen

På vei mot et sengeløst, hjerteløst og todelte helsevesen

Sven Erik Gisvold spesialist i anesthesiologi

prof. em. og overlege ved Bevegelsessenteret, St. Olavs hospital



Sør-Trøndelags legeförenings ærespris 2020

går til en person som i over 20 år har hatt mot til å ta bladet fra munnen og si styresmaktene midt imot. Han har vært aktiv i den helsepolitiske samfunnsdebatten i flere tiår.

Etter embetseksamen i 69, med påfølgende turnustjeneste, vendte han hjem til fødebyen Trondheim. Der har han jobbet siden, med unntak av to år i Pittsburg, USA. Spesialiteten var i boks i 1979, og i 1985 disputerte han med tittelen "Resuscitation after complete global brain ischemia".

Da han begynte som assistentlege ved avdelingen han etter hvert skulle bli både avdelingssjef OG klinikkssjef (samtidig!), var han eneste norske lege. Fra før jobbet det overleger fra Australia, India, England og Iran, men altså ingen nordmenn. Samme år, 1973, overtok han som president i Norsk anesthesi-

ologisk forening, og to år senere ble han trillingfar. Dette vitner om stor arbeidskapasitet! I 1994 ble han sjefsredaktør i Acta Anesthesiologica Scandinavia

På vei mot et sengeløst, hjerteløst og todelt helsevesen

Siden 1980 har antallet aktive sykehussenger blitt redusert til det halve – fra 22 000 til drøyt 10 000 i dag. Vi er blant de land i Europa som har det laveste antall sykehussenger per innbygger. Konsekvensen er mer uverdigg behandling, alvorlige komplikasjoner og dødsfall. Utviklingen skjøt fart da Foretaksmodellen ble innført i 2002. Sykehusene skal drives som industriforetak hvor driften skal «lønne seg» Ca. 750 000 nordmenn har nå privat helseforsikring. Antallet privatklinikker har økt fra ca 5 i 2002 til over 40 i dag. Det er liten tvil om hvem som blir taperne: de ressursvake, eldre og de med uklare og sammensatte lidelser. Sykehusutvalget og Helsepersonellkommisjonen har lagt fram sine rapporter. Hvordan ser framtida ut?

Kritisk sengemangel rammer de eldre «Eldrebølgen» er et tosidig fenomen. Når *andelen* eldre i befolkningen øker, er det blant annet et resultat av synkende barnetall. Når det *absolutte* antallet øker, er det blant annet resultat av vellykket forebygging.

Eldrebølgen er noe vi har forebygget oss *til*, ikke noe vi kan forebygge oss *fra*. For 100 år siden døde folk av infeksjonssykdommer som unge, for 50 år siden av hjerte- og karsykdom som middelaldrende. Nå lever vi til vi blir gamle.

Flere skrøpelige Likevel vil et økende antall eldre medføre et økende antall skrøpelige. Typisk for denne gruppen er at akutt sykdom ofte gir dramatisk funksjonstap, at risikoen for legemiddelbivirkninger og kirurgiske komplikasjoner øker og at de medisinske utfordringene blir mer komplekse .

Bekymringsfullt at sengetallet beskjæres Mye kan gjøres for mer sømløse overganger til primærhelsetjenesten etter diagnostikk, stabilisering og initial behandling i sykehus, men det er grenser for hvor korte sykehusoppholdene bør bli. Det er bekymringsfullt at sengetallet stadig beskjæres (7). Nye sykehus får underdimensjonert sengekapasitet fordi man overvurderer teknologiens og smarte arbeidsmetoders potensial til å erstatte senger.

Advarslene ble avvist med at nye bygg skulle gi mer effektiv drift.

Det nye St. Olavs hospital har minst 200 færre døgnssenger enn det gamle sykehuset i Trondheim. Advarslene ble avvist med at nye bygg skulle gi mer effektiv drift. Nå sier sykehusets langtidsplan at det trengs en økning på 350 senger (46 %) på 15 år (8). Det illustrerer hvor urealistiske beregningene var. Det samme har skjedd ved Akershus universitetssykehus og sykehuset i Østfold. Få år etter åpningen bygges enerom om til tomannsrom, og korridorene er fulle (9).

Det er bekymringsfullt at helseforetakene fortsetter å dimensjonere nye sykehus for små, slik det for eksempel ser ut til å skje i Oslo (4). Det vitner om en langtkommen kunnskaps- og erfaringsresistens som bør bekjempes.