



FAG

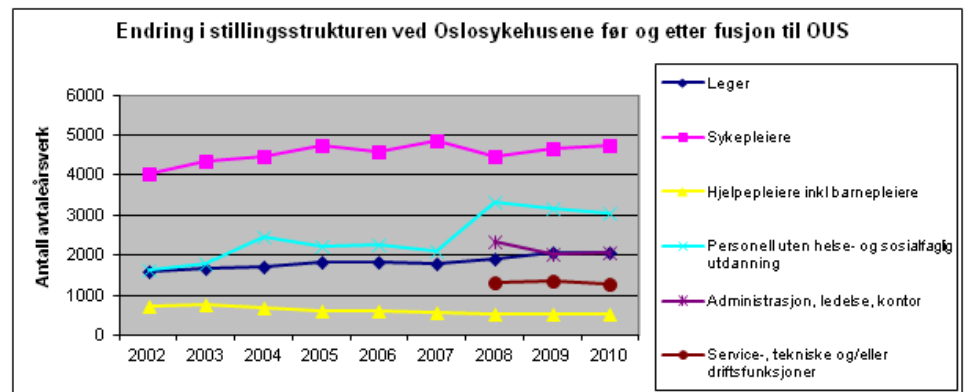
## Fagdebatt Oslo universitetssykehus

**Bjørg Marit Andersen**, dr med, professor i hygiene og smittevern

# Lite lønnsom sykehus

Sammenslåingen av Oslo-sykehus vil gi flere og dårligere pasienter samtidig som antallet stillinger kuttes.

Siden 2009 har Oslo-sykehusene Aker, Ullevål, Rikshospitalet og Radiumhospitalet vært fusjonert til ett stort sykehus, angivelig med én dør inn. Meningen var at både pasienter og ansatte skulle få det bedre i tillegg til at man ville oppnå økonomisk gevinst. Fusjoneringen startet i 2005 da Rikshospitalet og Radiumhospitalet ble slått sammen. I 2009 ble alle de fire sykehusene samlet. Prosessen er derfor i full gang, og jeg vil i det følgende se nærmere på hva som egentlig skjer når man slår fire store sykehus sammen til ett. For at sammenslåingen skal lønne seg blir alle de fire sykehusene redusert til uforutsigbare størrelser, og Aker skal på sikt legges ned. Sengetallet og antall ansatte skal reduseres. Arealer skal omfordeles og man planlegger nye bygg. Ved Rikshospitalet er mulighetene for arealutvidelser svært begrenset. I tillegg er ansvaret for rundt 160 000 oslopatienter overført til omkringliggende sykehus. Alle disse grepene gjør det nærmest umulig å finne ut om den store omorganiseringen har noen som helst effekt – og i så fall, på hva?



### Usikkert ansvar

Storsykehusets ansvarsområde som lokalsykehus, regionsykehus og nasjonalsykehus er ennå noe usikkert, men man hevder det er mindre enn tidligere, uten at det foreligger sikre tall. Beregningene for Oslo og omegn, med en raskt økende befolkningsvekst og økt antall eldre, vil trolig ikke holde mål da OUS vil få ansvar for et større antall mennesker i nær framtid. I henhold til Statistisk sentralbyrå (SSB) er antall somatiske senger ved OUS i rask nedgang, og reduksjonen var allerede i gang før sammenslåingen (Tabell 1). Antallet senger i OUS er redusert med nesten en tredel, sammenliknet med Oslo-sykehusene i 2007. Antall senger som skal serve en voksende befolkning er derfor betydelig færre, og liggetiden er i snitt redusert fra seks til fire døgn. Man kan selvsagt veie opp dette ved at man øker antall innlagte pasienter slik trenden viser for Oslo-sykehusene og OUS i perioden 2002–2010. Men når flere pasienter skal inn på et sykehus med færre antall senger blir resultatet et sterkt overbelegg kombinert med færre liggedøgn per pasient. Hvilken effekt dette vil ha på kvalitet og pasientsikkerhet er ukjent. Antall somatiske dagbehandlinger er redusert med en fjerdedel i OUS, sammen-

liknet med Oslo-sykehusene, mens poliklinisk behandling er økt nesten tilsvarende i samme periode.

### Dyrere senger

Det har vært en jevn økning av kostnader ved somatisk sykehusbehandling ved Oslo-sykehusene. Før fusjonen synes økningen å ha vært størst ved Rikshospitalet og seinere Rikshospitalet/Radiumhospitalet. Fra 2009 tenderer kostnadsutviklingen mot å være nedadgående. I 2010 er kostnaden for somatisk drift ved OUS på nivå med det Oslo-sykehusene hadde til sammen i 2005. Selv om de totale driftskostnadene for somatisk tjeneste synes å være noe redusert i 2010, er kostnader per seng økt fra 5,6 millioner på årsbasis i 2007 til 6,4 millioner i 2010.

### Færre ansatte

Totalt antall avtaleårsverk ved OUS var litt høyere i 2010 enn i Oslo-sykehusene i 2008, det vil si ingen innsparing i årsverk (Tabell 1). Avtaleårsverk ved Oslo-sykehusene har ligget på mellom 12 000 og 13 000 siden 2002. Men trykket på nedlegging av årsverk økte i 2011. Dessverre foreligger det ikke tall for 2011 fra SSB ennå. Siden 2002 har det vært en lang-

### Hovedbudskap

Fusjonen av fire sykehus til OUS i 2009 har ført til at færre og dyrere sykehussenger betjener en økende befolkning i Oslo-området. Økt press på sykehussenger medfører risiko for at sykehustrengende pasienter blir avvist eller gjennomgår ufullstendig diagnostikk og behandling.

### Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.  
» Helseforetak » Spesialisthelsetjeneste » Smitte » Økonomi

# fusjon

som økning i stillingsandeler for sykepleiere og leger og denne økningen fortsetter i OUS (Figur 1). Annet helsepersonell som hjelpepleiere og barnepleiere reduseres. Økningen av gruppen «personell uten helse- og sosialfaglig bakgrunn» økte kraftig ved Rikshospitalet i 2003–2004 og på nytt ved Rikshospitalet/Radiumhospitalet i 2007. Hva som ligger i disse tallene er usikkert og bør granskes nærmere. SSB slår sammen administrasjon, ledelse og kontor med intern service og drift frem til 2008. Det er et tankekors at det er like mange i administrasjon og kontor som det er leger ved sykehusene. Det er også bekymringsfullt at antall årsverk i intern service og drift er betydelig lavere en i administrasjonen og at dette ytterligere reduseres i 2011 og 2012. Med økt aktivitet, kortere opphold, større gjennomstrømming av pasienter og dårligere pasienter, vil belastningen på personalet øke parallelt med at man reduserer antall stillinger og belegger sengene nærmest 100 prosent hele året. Dette kan føre til problemer med hygiene og smittevern siden det er disse «myke verdiene» som forsvinner først når man begynner med innsparing.

## Redusert kapasitet

OUS er i ferd med å få en betydelig kapasitetsreduksjon av senger, antall liggedøgn og antall dagbehandlinger per år sammenliknet med tidligere. Dette til tross for en betydelig befolkningsøkning i Oslo-området. Til gjengjeld er det en merkbar økning av poliklinisk aktivitet som kanskje for en stor del er generert av ventelistegarantien og som kanskje ikke i seg selv fører til en grunnleggende behandling for pasienten. Dersom beleggsprosenten skal ligge på det som helsetilsynet nasjonalt og internasjonalt anbefaler som normalt – cirka 85 prosent, er reduksjon av sengekapasitet nesten 30 prosent fra tidligere! Hver seng benyttes i snitt av 75 pasienter hvert år. Dette er en økning fra tidligere, og hver seng er i bruk nesten alle dager i året. Dessuten koster sengen mer ved OUS enn det den gjorde ved de tidligere Oslo-sykehusene. Det vil derfor være et betydelig

Aktivitet og kostnader ved Oslo-sykehusene 2007 – 2010 – før og etter fusjon til OUS (SSB)				
	2007 Før	2010 Etter	Reduksjon %	Økning %
Senger	2202	1588	28	
Antall innlagt (utskrevet) pasienter	116911	118212		7,1
Antall liggedøgn	658934	561887	14,7	
Antall dagbehandlinger	108352	79793	26,3	
Antall polikliniske behandlinger	650689	859476		24,3
Antall senger 85% belegg	1872	1350	27,9	
Antall pasienter per seng/år	62,5	74,4		16
Antall liggedøgn/totalt antall senger/år	300	354		15,3
Liggetid/seng/år (gjennomsnitt) - døgn	6	4	33,3	
Driftskostnad - somatikk (millioner kr)	12343	10173	17,6	
Kostnad per seng/år (million kroner)	5,6	6,4		12,5
	2008	2010		
Antall avtale årsverk - somatiske sykehus	12708	12945		1,8

Mars 2012, Bjørg Marit Andersen.

press på sengekapasiteten fremover. Men for å holde kapasiteten oppe reduserer man liggetiden i gjennomsnitt med en tredel til fire døgn per pasient.

## Konklusjon

Under slike forhold bør man diskutere hva som er akseptabel minimum gjennomsnittlig liggetid for alvorlig syke pasienter ved sykehus. Særlig fordi det mangler etablerte «B-sykehus» for videre behandling av alvorlig syke pasienter i Oslo-området. For kort liggetid kan føre til for tidlig utskrivelse, for dårlig diagnostikk og behandling, reinleggelse og alvorlig forverring av sykdommen. Samlet kan en slik utvikling bli svært fordyrende for samfunnet. I tillegg vil presset på effektivitet og gjennomføring for lege- og pleietjenesten, for medisinsk service og diagnostikk, operasjonsavdelinger, intern service, renhold og vedlikehold øke. Et ustrukturert sykehuskonglomerat med manglende oversikt, kapasitet, ansatte, kompetanse, senger og areal vil helt

klart gå ut over sykehusets hygiene og smittevern. Det kan føre til risiko for mer alvorlige sykehusinfeksjoner og spredning av resistente bakterier. Dette har man ikke tatt hensyn til i det hele tatt ved planleggingen av OUS. Hittil (2010-tall fra SSB) har ikke OUS vist å fylle

**«For å holde kapasiteten oppe reduserer man liggetiden i gjennomsnitt med en tredel, til fire døgn per pasient.»**

noen av de kravene som ble satt til innsparinger i årsverk eller utgifter per seng. Og det er fremdeles mange dører inn i systemet. Samtidig er kvaliteten på behandlingen truet av for stort turnover, minkende kapasitet og kompetanse, og manglende opplegg for de meget syke sykehuspasientene som er «ferdigbehandlet» ved OUS. ■■■