



# Helsepersonells oppfattelse av kapasitetspress i spesialisthelsetjenesten

---

## ORIGINALARTIKKEL

SARA MARIE NILSEN

E-post: sara.marie.nilsen2@stolav.no  
Regionalt senter for helsetjenesteutvikling  
St. Olavs hospital

Hun har bidratt med idé, i utforming og gjennomføring av undersøkelsen, datainnsamling og alle deler av manuserbeidet.

Sara Marie Nilsen er ph.d. i samfunnsmedisin og forsker.  
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANDREAS ASHEIM

Regionalt senter for helsetjenesteutvikling  
St. Olavs hospital

Han har bidratt i utforming og gjennomføring av undersøkelsen og alle deler av manuserbeidet.  
Andreas Asheim er ph.d. i anvendt matematikk og forsker.

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

GUNHILD TØNDEL

Avdeling Mangfold og Inkludering  
NTNU Samfunnsforskning

Hun har bidratt i utforming og gjennomføring av undersøkelsen, datainnsamling og alle deler av manuserbeidet.

Gunhild Tøndel er ph.d. i sosiologi og forsker.  
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

---

## BAKGRUNN

Det er et helsepolitisk mål å øke utnyttelsen av ledig kapasitet i sykehusene, men flere er bekymret for at det er lite uutnyttet kapasitet igjen. Formålet med studien var å undersøke hvordan helsepersonell opplever og håndterer kapasitetspress i somatisk spesialisthelsetjeneste.

## MATERIALE OG METODE

I denne kvalitative studien utførte vi semistrukturerte intervjuer med enhetsledere, utskrivende leger og sykepleiere ved to norske helseforetak. Ni intervjuer (både individuelle og i gruppe) med til sammen 19 informanter ble utført oktober 2017 – februar 2018. Intervjuene ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering.

## RESULTATER

Kapasitetspress ble beskrevet som et stadig press om å behandle flere. Informantene lanserte begrepet «underkapasitet»: en situasjon der økte krav uten tilstrekkelige ressurser går på bekostning av noe(n). Ferdigbehandlede eldre pasienter som ventet på et kommunalt tilbud, ble regnet som spesielt sårbare, da de ofte var overrepresentert blant dem som ble flyttet mellom avdelinger og senger for å frigi plass ved stort behov for ledige senger. Sykehusansatte opplevde liten innflytelse på hva slags kommunale tilbud pasientene fikk etter utskrivning.

## FORTOLKNING

Informantene fortalte at dagens arbeidshverdag var negativt påvirket av underkapasitet. Helsepersonells opplevelse av kapasitetspress er viktig kunnskap i politikktutformingen på feltet.

---

Utviklingen ved norske sykehus har over tid gått i retning av kortere liggetider, økning i antall pasienter og en klar dreining mot mer dag- og poliklinisk behandling (1). Samtidig uttrykker sterke stemmer bekymring for at det er lite utnyttet kapasitet igjen og at krav om effektivisering kan gi *dårligere* effektivitet (2–5). I en tysk studie fra 2014 foreslås etablering av en klar grense for forsvarlig pasientbelegg (6). Diskusjonen er også aktuell i Norge, hvor Legeforeningens tidligere president er en av mange som har uttrykt bekymring (7).

Samhandlingsreformen ble innført i 2012 for blant annet å dempe den økende bruken av spesialisthelsetjenester ved å overføre mer behandlingsansvar til primærhelsetjenesten (8). Den demografiske utviklingen med en aldrende befolkning (9) innebærer imidlertid mer press på hele sektoren, for eksempel på areal og personal. For å løse fremtidens utfordringer satses det på ny teknologi, bedre logistikk og ressursutnyttelse samt økt oppgaveoverføring til kommunene (10).

Adekvat pasientbehandling forutsetter koordinering og prioritering av kapasitet mellom helsetjenestens forskjellige nivåer. Kapasitetsproblemer ett sted i helsetjenesten kan påvirke kvalitet og kapasitet i andre deler av tjenesten. Et sykehus kan kompensere uventet høy tilstrømming av pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp ved å utsette/stryke planlagte operasjoner, redusere liggetiden og skrive ut flere pasienter til hjemkommunen. En slik respons kan ha utilsiktede konsekvenser, blant annet for helsepersonell, pasienter og pårørende.

Alle forhold ved kapasitetspress er ikke tilstrekkelig dokumentert ved sykehusene. Formålet med denne studien var å undersøke hvordan helsepersonell i somatisk spesialisthelsetjeneste oppfatter og håndterer kapasitetspress i arbeidshverdagen.

## Materiale og metode

Vi har gjennomført en kvalitativ studie med analyse av intervjuer med helsepersonell fra to norske helseforetak, utført oktober 2017 – februar 2018. Utvalget representerer enhetsledere, utskrivende leger og sykepleiere fra medisinske, kirurgiske og ortopediske avdelinger, som håndterer stor tilstrømming av akutt pasienter til vanlig. Beleggsprosenten ved de utvalgte sykehusene var 84–95 % i perioden 2016–18. Det nasjonale gjennomsnittet i samme periode var 85 % (11). Informantene ble rekruttert gjennom henvendelser til enhetsleder, som deretter foreslo aktuelle personer ved sin enhet.

Et semistrukturert intervju organiseres etter en forhåndsdefinert, men samtidig åpen plan. Det er særlig egnet for å generere data om subjektive fenomen, meninger, følelser og erfaringer (12). Vi designet en intervjuguide etter temaene «kapasitetspress», «utskrivning av pasienter» og «fullt sykehus». Veiledningen inneholdt blant annet spørsmål om

arbeidsmengde, hvordan en rolig vs. en travel dag ser ut på jobb, og håndtering av stor tilstrømming av akutte pasienter.

Fem informanter ble intervjuet individuelt, mens 14 andre informanter ble delt i fire grupper. Gruppeintervjuene besto av 3–5 ledere, leger og sykepleiere. Intervjuene varte 1–1,5 time. Vi avsluttet rekrutteringen av informanter da vi opplevde at ytterligere intervjuer ikke tilførte ny informasjon (12). Under planleggingen av studiemetodikk diskuterte vi hvorvidt informantene ville tilpasse sine fortellinger etter intervjusituasjonen. Vi utførte både individuelle intervju og gruppeintervju. Sistnevnte åpner for diskusjon mellom informantene underveis, noe som kan bidra til ytterligere variasjon i datamaterialet.

Alle informantene mottok et informasjonsskriv i forkant av intervjuet og ga skriftlig samtykke til deltakelse. Intervjuene ble først tatt opp på lydfil, og deretter overført til en adgangsbegrenset intern mappe og transkribert i sin helhet. Personopplysninger ble behandlet konfidensielt, hvor navn, institusjonsnavn og stedsnavn ble anonymisert. Intervjuene ble tilordnet identifikatorer (A–I). Sitater angis med referanse i parentes. Analysen var inspirert av systematisk tekstkondensering, hvor forskeren opererer stegvis fra tematisering av data til sortering av dataenheter, koding, kondensering og syntetisering av funn (13).

Norsk senter for forskningsdata (NSD) vurderte at studien tilfredsstilte kravene i personopplysningsloven (55124/3/LH).

## Resultater

Informantenes overordnede fortelling om kapasitetspress handlet om temaene «effektivisering», «jobbe smartere», «underkapasitet» og «løse [oppgaver] innenfor rammene». Snakk om kapasitetspress utløste stort engasjement. Dette kan oppfattes som et terapeutisk behov for å « snakke seg gjennom » erfaringer fra sykehusenes korridorer, men informantene uttrykte klart at kapasitetspress tok stor plass i deres arbeidshverdag og skyldtes strukturelle forhold som ikke kunne reduseres til individuell følelse av press og stress. Det dreide seg om organiseringen av og innholdet i det helsefaglige arbeidet og hvordan effektivitetskrav endret oppgaver som pasientutskrivning. I det følgende beskrives derfor ikke bare opplevd kapasitetspress, men også en tilpasning av det helsefaglige arbeidets form.

### HVA HANDLER KAPASITETSPRESS OM?

Informanter beskrev kapasitetspress som en del av det helsefaglige arbeidets vilkår, som en faktor de alltid måtte forholde seg til og tilpasse seg etter. Videre beskrev de at presset har blitt en stadig større del av hverdagen ved større sykehus. Flere mente at kapasitetspress kunne være et misvisende begrep og foreslo at man heller burde snakke om *underkapasitet*:

«Det handler om underkapasitet i alle ledd, rett og slett. Og da mener jeg at det er arealknapphet, personalknapphet og det er en formidabel tilstrømming av pasienter som er økende. [...] Så det går veldig mye på logistikk, presset på å få pasienter fort nok behandlet, vurdert og sendt ut igjen, få de sirkulert fra alle destinasjonene vi har (A).»

Underkapasitet forstås som økte krav i forhold til tilgjengelige ressurser, og at dette går på bekostning av noe(n). En underdimensjonert organisasjon har underkapasitet, ikke kapasitetspress. Det mangler rom og ansatte.

Å finne plass til pasientene ble beskrevet som en daglig utfordring. Det kunne for eksempel være vanskelig å finne en ledig seng på riktig avdeling, noe som igjen medførte mer transport: «Når [vi] ikke finner plass på riktig avdeling, så må vi finne en plass for å få inn pasienten der det er plass, en seng, men ikke rett fagområde, det hender seg. Så da blir pasientene igjen flyttet i ettertid når det er mulig (D).»

Presset ble også oppfattet å påvirke relasjonen mellom kolleger, da «vakter på lav bemanning [...] krever at du gir 100 % [...] å ha en person som ikke kan jobbe optimalt er krevende» (D). Å jobbe sammen med noen som krever tilrettelegging, medfører at andre må

gjøre mer, noe som informantene beskrev som en «følelse av utilstrekkelighet konstant» (C).

Flere informanter uttrykte at endrede arbeidsforhold i liten grad ga rom for fagutvikling og forbedringsarbeid. Seksjonslederne ved sengepostene kalkulerte at «de bruker kanskje 90 % av tiden sin på logistiske utfordringer i stedet for ledelse. Det er ikke bra» (A).

#### EFFEKTIVISERING = BEDRE EFFEKTIVITET?

Hvorvidt effektivisering gir bedre effektivitet, ble problematisert i flere av intervjuene. Som en informant sa, «jeg bruker jo mye av min tid på å si at her er det for fullt, her går det for fort, her er det så marginalt med kapasitet at vi ligger [...] over toppen av kurven. Jeg vil ta [farten] tilbake, og jeg tror det er mer effektivt» (B). *Farten* i arbeidet var et gjengangertema. Andre informanter understøttet dette argumentet:

«Det som irriterer meg mest i dette er ikke hvis det er travelt og en jobber på, men når jeg blir gående å være ineffektiv da. Bruke kjempelang tid for å få tak i folk, på å plassere pasienter, masse unødvendig arbeid. Sånn som når jeg bruker flere timer der jeg i stedet kunne bidratt i avdelingen hvis jeg hadde fått tak i folk med en gang, eller hatt den senga med en gang» (D).

En informant påpekte at «det er en oppfatning om at vi bare må jobbe smartere, eller mer effektivt, og å jobbe mer med logistikken. Selv synes vi at vi ikke gjør annet enn det [...] vi rekker ikke så mye av det andre, som å bygge kvalitet» (A). Ifølge informantene skapte kapasitetspress påtrykk for bedre organisering, men økende press krevde også tid til prioritering og pasientlogistikk, som kunne vært brukt på pasienter.

Informantene var tydelige på at enkelte pasienter ble ressurskrevende *fordi* de måtte tilpasses sykehusenes «strømlinjeformede produksjonslinjer». Sykehusenes linjer kunne ikke tilpasses dem, samtidig som at pasientene ikke klarte å tilpasse seg. Som en informant påpekte: «vi opererer eldre og eldre mennesker, og de tåler ofte dårlig å bli operert, mange blir psykotisk etterpå, sånn delir da, og da må de jo ha fastvakt, for da har de masse utstyr og vi må leie inn ekstrapersonale til dem, og det er jo enormt ressurskrevende» (C). På grunn av mangel på ledige senger og økt pasientgjennomstrømming krevde pasientene også jevnt over mer oppfølging. Spesielt ble eldre beskrevet som utfordrende pasienter i møte med sykehusets effektivitetsbehov:

«Pasienten kommer inn. Og hos oss skal det skje fort. Så de kommer ofte samme dag som de skal opereres. De har ordnet seg hjemme og er klar, og kommer med datteren sin til operasjon. Og så skal det gå veldig fort. Primært fordi vi må ha de fort ut, fordi vi har liten kapasitet, men også fordi disse myndighetskravene presser på hele tiden. Så da vil en gammel krok komme på hodet inn her. Vi opererer han, men han blir syk etterpå, fordi han egentlig ikke er frisk og forberedt nok til å bli operert» (B).

Pasientens praktiske, fysiske og mentale forberedelsesarbeid ble beskrevet som sentralt for operasjonens suksess. Noen pasienter ble lagt inn kvelden før et inngrep, fordi de trengte hjelp og inngrepet var stort: «Det er kjempeviktig at [pasientene] får sove godt og. Hvis de ikke klarer å håndtere forberedelsene de skal gjøre, må de legges inn.» Når forberedelsesarbeidet ble overlatt til pasienten og pårørende, hadde helsepersonellet ikke lenger kontroll over hvorvidt forberedelsene ble gjennomført.

#### KAPASITETSPRESS OG UTSKRIVNINGSPRAKSIS

Eldre pasienter som var medisinsk ferdigbehandlet, men ventet på et kommunalt tilbud, ble fremhevet i intervjuene som spesielt sårbare for kapasitetspress i sykehuset. Når behovet for ledige senger var stort, var det gjerne disse ventepasientene som ble flyttet mellom avdelinger og senger for å frigi plass til nye pasienter. En informant sa at de faktisk snudde på en del listepasienter også når det var som verst. Dette innebar at planlagte opphold ble avbestilt. I tillegg skrev de ut pasienter også i helgene, og «tidligere, du skriver ut oftere og du skriver ut tidligere» (B). Dette karakteriserte en informant som at «vi lever

vel i en sånn hverdag at man ofte kjenner på at senga egentlig blir gjort ledig før den skulle vært ledig, på grunn av at vi vet at det er sånn press for å få nye inn» (D).

Det kreves skarp medisinsk kompetanse for å treffe riktig beslutning når pasienter skal sorteres etter hvem som får bli og hvem som skrives ut: «Det kommer an på hvor modig legen er og hvor kompetent han er. Jo flinkere de er, jo mer treffer de riktige valg» (A), påpekte en informant. Å treffe de riktige valgene er desto viktigere når utskrivende lege har liten innflytelse på hva som møter pasienten i etterkant av sykehusoppholdet. Kommunen avgjør hvilke tjenester pasienten eventuelt har behov for. En informant gjenga en frustrert samtale med en kollega: «Han sa at han syntes at denne pasienten måtte få en institusjonsplass, men så kommer kommunen og sier at vi gir hjemmesykepleie, for det synes vi er nok. Og da er det ikke noe vi kan gjøre» (I).

Bedre dialog med kommunene ble også etterspurt:

Per i dag «er [det] jo ingen dialog, vi får jo ikke lov å ringe kommunen en gang omtrent [...] Sykepleierne skal bare sende PLO [pleie- og omsorgsmeldinger] [...] Av og til ringer vi til fastlegen, men det er jo vanskelig å få tak i, sykehjemslege er også vanskelig å få tak i, så det er veldig sjelden at vi diskuterer pasienter. Vi skriver i epikrisen da, våre anbefalinger, men dialogmøter på tvers av, det eksisterer jo knapt. Det er hvis vi har noen som har vært innlagt mye som vi ser at her fungerer det ikke, vi må få kommunen inn, så tar vi kanskje noen pårørendemøter» (H).

Mulighetene til å ha en dialog om pasientbehov etter utskrivning var få. Samtidig uttrykte personalet stor interesse i utskrivningens utfall. «Legene har jo heller ikke lyst til å sende dem ut, men så er det noen som er sykere som skal inn. Det er kontinuerlig press fra mange egentlig», oppsummerte en informant (D).

## Diskusjon

Mens vi stilte spørsmål om sykehusets kapasitet, dreide informantene diskusjonen til å handle om underkapasitet. Full ressursutnyttelse betyr at man må balansere på grensen mot underkapasitet, som kan gå over til opplevd uforsvarlighet. Intervjuobjektene uttrykte skepsis mot ytterligere kapasitetspress, spesielt ved store sykehus. Flere påpekte uønskede effekter av underkapasitet, i form av pressede ansatte og dårligere pasienttilbud – og at denne kostnaden i liten grad blir anerkjent.

Eldre, ferdigbehandlede pasienter ble trukket frem som særlig sårbare for kapasitetspress. Eldre, kronisk syke pasienter tåler dårlig travle, uoversiktlige og skiftende miljø. Våre informanter bekreftet bekymringen som Evensen og medarbeidere i en originalartikkel har uttrykt for at overbelegg, kort liggetid og lav bemanning bidrar til dårligere pasientbehandling (14). Informantene beskrev videre at utskrivningsprosessen ble påvirket av kapasitetspress, med hyppigere og tidligere utskrivninger, hvor kommunikasjonen med kommunen var formalisert og forhandlingspreget. Studiens hovedfunn ligger også nært opp mot funn i en kvalitativ studie fra fem EU-land hvor man viste at utskrivninger ble påvirket av mangel på tid og sykehussenger, helsepersonell med mange samtidige oppgaver samt begrensede ressurser i primærhelsetjenesten (15).

### STYRKER OG BEGRENSNINGER

Studien er basert på intervjuer med 19 informanter ved to norske helseforetak. Resultatene kan ikke generaliseres til hele den norske sykehussektoren, men gjelder for de arbeidssituasjoner, avdelinger og sykehus som helsepersonell selv opplever å kjenne seg igjen i (12). Vår bruk av begrepet kapasitetspress som overordnet tema for intervjuene kan ha medført at helsepersonell fremhevet kritiske forhold ved sine sykehus.

Videre kan rekrutteringsstrategien ha skapt skjevheter i utvalget, ved at enhetsleder rekrutterte personer som mente det samme som seg selv. Vi mener likevel at data og tolkning ikke bærer preg av disse svakhetene. Informantene var for eksempel ikke ensidig kritiske i sine synspunkter.

# Konklusjon

Sykehusansatte har stor lojalitet til pasientene og systemet. Dette kan bidra til en høy terskel for å uttrykke kritikk eller bekymring. Samtidig kan nettopp erfaringer fra «innsiden» være det som bidrar til bedre tilpassede tiltak. Å lytte til de ansatte samsvarer med krav i helsepolitikken om brukermedvirkning (16) og kan kvalitetssikre letingen etter gode løsninger for fremtidens organisering. Det å ikke etterspørre erfaringer fra helsepersonell er et politisk og ledelsesmessig verdivalg – og må behandles som det.

---

## HOVEDFUNN

Dagens arbeidshverdag på sykehus ble i intervju beskrevet som negativt påvirket av underkapasitet.

Eldre, ferdigbehandlede pasienter som ventet på kommunalt tilbud, ble trukket frem som særlig sårbare for kapasitetspress.

## LITTERATUR:

1. Helsedirektoratet. Analysenotat 10/2018. SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2013–2017. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata-spesialisthelsetjenesten/Samdata%20spesialisthelsetjenesten%202013-2017.pdf/\\_/attachment/inline/86d8c9a2-0ee8-4ba1-980d-ob3code2d717:ecab416df070be8b4870be085bbcaf3dddc315f3/Samdata%20spesialisthelsetjenesten%202013-2017.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata-spesialisthelsetjenesten/Samdata%20spesialisthelsetjenesten%202013-2017.pdf/_/attachment/inline/86d8c9a2-0ee8-4ba1-980d-ob3code2d717:ecab416df070be8b4870be085bbcaf3dddc315f3/Samdata%20spesialisthelsetjenesten%202013-2017.pdf) Lest 14.3.2019.
2. Oftedal C, Topdahl RC. Staten vil belønne sykehus som sender pasienter hjem. NRK 1.9.2018. <https://www.nrk.no/rogaland/staten-vil-belonne-sykehus-som-sender-pasienter-hjem-1.14190754> Lest 14.3.2019.
3. Helsetjenesteaksjonen. <https://www.htaksjonen.org/> Lest 14.3.2019.
4. Huuse C, Thanem T. Raser mot nedbyggingen av norske sykehus: – Pasienters liv settes i fare. VG 17.4.2018. <https://www.vg.no/forbruker/helse/i/4dXMPG/raser-mot-nedbyggingen-av-norske-sykehus-pasienters-liv-settes-i-fare> Lest 14.3.2019.
5. Braathe F, Skogstrøm L. Professor: – Det er ikke forsvarlig å bygge ned sykehusene mer nå. Aftenposten 21.3.2018. <https://www.aftenposten.no/norge/i/EoL6vI/Professor--Det-er-ikke-forsvarlig-a-bygge-ned-sykehusene-mer-na> Lest 14.3.2019.
6. Kuntz L, Mennicken R, Scholtes S. Stress on the ward: evidence of safety tipping points in hospitals. *Manage Sci* 2015; 61: 754–71. [CrossRef]
7. Gjessing H. For mange pasienter er farlig. *Tidsskr Nor Legeforen* 2014; 14: 134.
8. Meld. St. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/sec1> Lest 14.3.2019.
9. Statistisk sentralbyrå. Befolkningsframskrivninger. <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram> Lest 14.3.2019.
10. Meld. St. 11 (2015–2016). Melding til Stortinget. Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019). <https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0efia403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf> Lest 14.3.2019.
11. Statistisk sentralbyrå. Spesialisthelsetjenesten. <https://www.ssb.no/statbank/table/11209/> Lest 20.8.2019.
12. Tjora A. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2012.
13. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health* 2012; 40: 795–805. [PubMed][CrossRef]

14. Evensen S, Saltvedt I, Ranhoff AH et al. Delirium og kognitiv svikt blant eldre i norske akuttmottak. Tidsskr Nor Legeforen 2019; 139. doi: 10.4045/tidsskr.18.0578. [PubMed][CrossRef]
15. Hesselink G, Flink M, Olsson M et al. Are patients discharged with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers. BMJ Qual Saf 2012; 21: 139-49. [PubMed][CrossRef]
16. LOV-1999-07-02-63. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_3#](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#) Lest 14.3.2019.

---

Publisert: 9. desember 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0219  
Mottatt 15.3.2019, første revisjon innsendt 20.6.2019, godkjent 9.9.2019.  
© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no