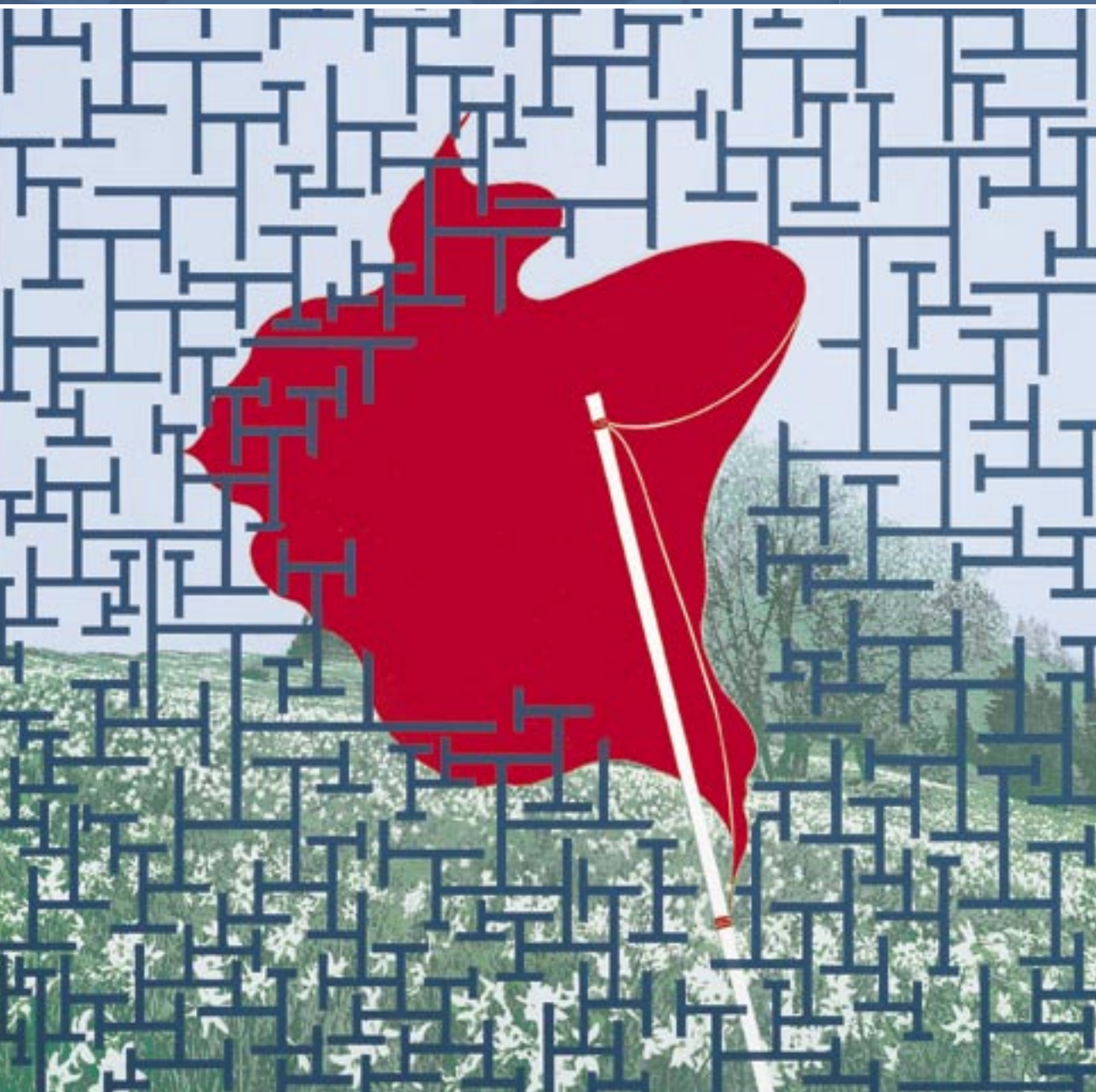


OKTOBER 2004 #3

OVERLEGEN



- s. 2 **Kulturrevolusjon**
Redaktør av Espen Huldt-Nystrøm
- s. 4 **NAVO-koden**
Leder av Lars Eikvar
- s. 6 **Organisering av legeforeningen**
av Bjørn Halvorsen
- s. 8 **Trikkedrap og ansvar**
– desentralisering av dilemmaer
av Aslak Bonde
- s.10 **Faglighet – nøkkelen til en bedre
spesialisthelsetjeneste**
av Espen Huldt Nystrøm
- s.12 **Helsefarlige helsereformer?**
av Hege Saltnes
- s.15 **Nordöl 2004 i Ribe**
av Espen Huldt Nystrøm
- s.19 **Det foregår en strukturdebatt**
– og hvor er Of?
av Espen Huldt Nystrøm
- s.20 **Sykehusstruktur i endring**
av Hans Petter Aarseth

Per Kleiva er født 1933 i Torsken i Troms. Fra tidlig på 60-tallet har han vært en klippe i norsk billedkunst, blant annet i gruppa GRAS på 70-tallet. En enkel, sterk uttrykksform og evnen til å gi estetikken et politisk budskap, har bragt hans ry langt utover landets grenser. Hans sosialpolitiske engasjement har bidratt til å bedre norske kunstneres kår. «Frigjøringsringen» er fra 1971.

KULTURREVOLUSJON

Bølgende folkehav på Den himmelske freds plass. Grønne uniformer. Romslige skuggeluer med emalj-estjerne. Høyre hånd (eller var det venstre) hytter med den unnselige boka. Taktfast folkemasse: *Tjen folket, tjen folket, eller la de hundre blomster blomstre*. Nasalt, på kinesisk. Alle brukte sikkert sorte fløyels-sko med tøyrem festet over vristen med trykknapp.

Å, du lykkelige kineser. Rettferdighet mot reaksjon! Mot bakstreverske idioter, godt synlige for alle som hadde lært å se rett. Tvang du mat opp av jorden eller stål ut av masovnene kunne du ikke misforstå ditt mål; det var enkelt å være nyttig.

Å, du nyttige kineser! Den som produserte kjente sin identitet, og som regimets vokter tjente du samme herre som dem; makten sprang ut av folket og tjente dets behov.

Og her hjemme satt vi, studentene, og begrep det hele. Kulturrevolusjonen som vi fikk være en flik av: Vi som visste, og beruset oss hemningsløst. Vi som forsto, men visste enda bedre selv. Noen tufser av oss som ikke kom lenger enn til en slags undring. Og pappaguttene som freste av forakt mens den vitenskaplige vekkelse blåste dem av banen.

Enn om vi var aller første generasjon; da hadde vi sluppet ydmykelsen. Men historiens da capo innhentet oss: Regimenes trang til å konsolidere seg etter omveltninger. Og den like uunngåelige følge: En pinlig økende avstand mellom regimet og dets ideologi.

For hvem tjener *egentlig* hvem - og hva ligger i gapet mellom dem som styres og dem som styrer? Det kan være både umulig og farlig å prøve å svare på det

første. Eventyrlig kreativitet er gjennom tidene oppvist for å bringe et tvilende folk nærmere sitt regime.

Enten må folket da forlate sin tvil. En viss humanisering av metoder til dette formål har funnet sted; guillotin og Gulag er ikke lenger markedsledere. Moderat overspising er i våre dager gullstandard, etter at prinsippet har ligget mer eller mindre brakk siden romertiden.

Eller man kan erstatte tvilen med et budskap som alle *må* ta – en kulturrevolusjon, for eksempel. Et ressurskrevende konsept som krever både religiøs begavelse, og velutviklet evne til manipulasjon. Kort sagt statsmannsevner.

• • •

En kinesisk delegasjon var nylig i Norge og ble introdusert for sykehusreformen. Under foredraget lyste de opp, og tolken fortalte at de kjente denne situasjonen svært godt. Det var akkurat som under kulturrevolusjonen da all faglig beslutning lå hos politikere og byråkrater.

Kulturrevolusjonen fikk en plass i historien - i kraft av sin læringsverdi. Hva foregikk i hodene til byråkratene som tok faglige beslutninger? Og hva tenkte fagfolkene som ble styrt slik? Alle ønsket kanskje det beste. Men da det kom til stykket hadde de verken vært kloke eller nyttige for folket. Åpenbart var de ofre for statsmannskunsten.

De tjente sin hensikt, men begrep ikke at de var nyttige for noe annet enn de selv trodde. Nærmere kommer man knapt en definisjon av *nyttig idiot*. Man kan, litt akademisk, undres over hvor mange nyttige idioter man må være i et system, for å kvalifisere til kulturrevolusjon. Og man kan, litt mer

praktisk, reflektere over hvem som særlig risikerer å bli nyttig idiot.

De som styrer vet hvor de vil, men kan ha hensikter som er uklare eller skjulte for dem som styres. Produksjonen har, på sitt nivå, enklere etikk og mål. Noen av oss opererer mellom nivåene: Fagledere, lavere byråkrater, fagforeningsfolk - og redaktører. Vi formidler informasjon, budskap om makt. Dårlig forståelse for budskapet og dets hensikt former oss ubønnhørlig. Nettopp! Til nyttige idioter.

Dypest sett er det umulig å vite hvem som egentlig tjener hvem, og hvem man egentlig tjener selv. Fasett fins ikke. Nettopp derfor er disse spørsmål vitale å stille; en forspist mangel på engasjement gjør oss like glitrende til nyttige idioter, som et blåøyd ja til en køpnikade vil gjøre.

Sykehusreformen har så langt vært en prosess uten faglig vekt. Forsommerens fallitt i norsk akutt-psykiatri viser at regimet fører noen nyttige idioter for mye. Som tilskuere var vi personlig engasjerte - på godt og vondt - i et politisk eksperiment i et fjernt land for lenge siden. Uansett ståsted den gang har vår innsikt økt: Statsmannskunsten må ikke få blåse opp sykehusreformen til en kulturrevolusjon. Både profesjonens og foreningens plikt er å innta arenaen og ta stilling. Selv. Hele tiden. Og la samfunnet se det.



Espen Huldt Nystrøm

UTGIVER: NORSK OVERLEGEFORENING,
PB 1152 SENTRUM, 0107 OSLO.
TLF.: 23 10 90 00 / FAX 23 10 91 50
INTERNETT: WWW.LEGEFORENINGEN.NO/
OVERLEGEFORENINGEN
REDAKTØR: ESPEN HULDT-NYSTRØM
E-POST: ehuldt-n@frisurf.no
FOTO: ESPEN HULDT-NYSTRØM,
EDITH STENBERG, ANDERS ASPAAS,
THOMAS BRUN.
LAY-OUT: JOHANNE HJORTHOL / FEBER
TRYKK: MERKUR-TRYKK AS,
PB 25 KALBAKKEN, 0901 OSLO
OPPLAG: 6000
FORSIDEN: PER KLEIVA, «FRIGJØRINGEN»,
1971, FARGESILKETRYKK

NAVO-koden

av Lars Eikvar

I arbeidslivet anvendes gjerne en prøvetid på seks måneder ved nyansettelser. I samfunnet ellers gjelder andre frister. Kjøpsloven gir forbrukeren 2 års returrett ved større feil og mangler. Bak dette ligger forståelsen av at alle kan gjøre feilvurderinger ved valg. Da sykehuseier skulle velge arbeidsgiverorganisasjon for de nye helseforetakene, forelå det flere muligheter. Valget falt på NAVO, arbeidsgiverorganisasjonen for «virksomheter i offentlig sektor». Det er nå mer enn to år siden. Tiden er inne for evaluering.

Vårt møte med NAVO i 2002 var krevende og preget av usikkerhet og posisjonering fra begge sider. Oppgaven var da også formidabel. Vi skulle få på plass ny overenskomst til erstatning for et konglomerat av hovedtariffavtaler, særavtaler og lokale avtaler, utviklet over årtier i den fylkeskommunale strukturen. Vår ambisjon var å sikre medlemmene gode kollektive rammevilkår, spesielt for arbeidstid og sosiale bestemmelser. Samtidig var målet å legge til rette for bedre lønnsutvikling basert på kompetanse, ansvar og innsats. NAVO ønsket mest mulig av avtalens innhold lagt ut på de enkelte foretak – også sosiale

vilkår. Mangeårig kjennskap til våre lokale arbeidsgivere gjorde oss ytterst skeptiske til dette. Vi fikk etter hvert en god sentral A1-del mellom Akademikerne-helse og NAVO; videreføring av sentrale bestemmelser for pensjon, sykelønn, forsikring og andre sosiale vilkår ble sikret. Vår A1 ble nærmest normgivende for resten av NAVO-helse.

Også for de andre delene av overenskomsten, var vårt utgangspunkt forskjellig fra NAVOs. Vi fikk ingen forståelse for behovet for sentrale vernebestemmelser for overtid og utvidet arbeidstid. NAVO ønsket rett og slett ikke avtaler som sikret en felles standard for lønns- og arbeidsvilkår i helseforetakene. Det ble nødvendig å bruke svært mye tid for å få på plass en akseptabel avtale.

Vi måtte prioritere hensynet til assistentlegene ved det sentrale bord. Overlegenes lønns- og arbeidsvilkår måtte sikres ved deres lokale forhandlingsstyrke. Her lyktes vi langt på vei, men kun etter iherdig innsats fra lokale tillitsvalgte. Det måtte brukes urimelig mye tid på å få motparten til å innse at overlegene var en etablert og sentral del av arbeidstokken, og

ikke en gruppe «nyansatte» som kunne plasseres på minimums-satsene i A2. Slik sett fulgte vi «NAVO-modellen» for overlegene, men fikk paradoksalt nok liten hjelp av NAVO til dette.

Etter overenskomstens inngåelse har det oppstått en rekke uenigheter om avtalepunkter, både i A2 og B-delsavtalene. Det hadde vi ventet. Men vi hadde ikke ventet at NAVO nærmest systematisk skulle trenere avklaringen av dem. Vi opplever nå et spill som ikke er det organiserte arbeidsliv verdig. Legeforeningen stiller opp lokalt etter partenes felles intensjoner. Men lokale arbeidsgivere hevder seg bundet på hender og føtter; lokale tillitsvalgte stanger altfor ofte hodet mot NAVOs sentrale føringer for avtaletolkning – som NAVO atpå til ikke er villig til å diskutere. Det er direkte pinlig å skulle forholde seg til en motpart som på denne måten nekter å bidra til å avklare saker sentralt, og tvinger oss til å gå til arbeidsretten med enkeltsaker for å opprette den nødvendige ro lokalt. En slik ødsling av tid og ressurser tjener verken eiers eller pasientenes interesser. Situasjonen vil etter hvert bli fullstendig ødeleggende for den tillit som er



nødvendig mellom to parter i en overenskomst.

Også andre arbeidstakerorganisasjoner har hatt samarbeidsproblemer med NAVO, både ved overenskomstinnngåelse i 2002, og i årets revisjon. Det har da også endt med brudd og mekling for LO, YS og UHO. Mye av uenigheten har ligget på lønnsproblemer. Men forhandlingene avdekket også fundamentale motsetninger i forståelsen av elementers plassering: At sosiale bestemmelser bør være avtalt sentralt i helseforetakene, er organisasjonene på arbeidstakersiden enige om. NAVO står alene om å henvise dette til lokale avtaler. Med en slik avstand i så fundamentale spørsmål, må man undres over NAVOs motiver.

I helseforetakssektoren er det nå inngått nye hovedavtaler med bestemmelser om rettigheter, plikter og samarbeidsformer mellom tillitsvalgte og ledelsen. Både Akademikerne og UHO fremmet krav om innhold i tråd med gamle hovedavtaler i statlig og fylkes-

kommunal sektor: Disse hadde fått sin utforming over mange år, og lå til grunn for etablerte samarbeidsformer. Men NAVO viste liten forståelse for de spesielle forholdene i helseforetakene og insisterte på en avtale som i øvrigt virksomheter tilknyttet NAVO. Vi fikk da også hovedavtaler som synes klart mindre egnet som samarbeidsramme, og som må forbedres gjennom lokale tilleggsavtaler. Men det mest skuffende var at NAVO ikke viste interesse for å tilpasse hovedavtalen til helseforetakenes behov. Man vektla i stedet å unngå «smitteeffekter» som kunne reversere endringer oppnådd i andre NAVO-sektorer.

Intensjonene i sykehusreformen må ligge fast: Befolkningen skal motta spesialist-helsetjenester uavhengig av geografisk bosted og sosial status, med vekt på nærhet, tilgjengelighet, kvalitet og kapasitet. Dette betinger organisering og drift på forutsigbare og likeverdige forutsetninger. En av de viktigste er et godt klima mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, tuf-

tet på felles forståelse av virksomhetens mål, og på et avtaleverk som understøtter forutsigbare forhandlingsrammer og partenes gjensidige respekt.

Helseforetakene forholder seg til felles rammebetingelser for finansiering og oppgaver. Da må grunnleggende vilkår for arbeidstakerne gjøre det samme. Det vekker derfor mer enn undring, når NAVO systematisk arbeider for en desintegrasjonsmodell, med forhandling av rammevilkår på 40 ulike foretak. Det finnes simpelthen ikke kompetanse eller kapasitet til dette, verken på arbeidsgiver- eller arbeidstakersiden. Tilnærmingen er kun egnet til å skape uro og kaos. Det vil skade både arbeidstakernes interesser og foretakenes evne til å levere gode tjenester.

Kanskje har NAVOs modell vært hensiktsmessig for å omforme store virksomheter som NRK og TeleNor til konkurransedyktige aktører i et internasjonalt marked. Men NAVO har helt andre utfordringer i helseforetakene. Erfaringene våre så langt er en motpart uten evne og vilje til å ta dette på alvor. Prøvetiden er ute, NAVO! Sykehuslegene vil ikke være alene om å påpeke følgene av en feilvurdering.

ORGANISERING AV LEGEFORENINGEN

Forhenværende leder av organisasjonsutvalget greier ikke å tøyle lysten til å kommentere dagens situasjon: To nivåer er av særlig betydning i dagens helsevesen og bør gjenspeiles i foreningen: En lokalenhet springer ut av samhandlingsarenaen rundt hvert foretak. En regionalenhet møter motparten på det strategisk tyngste nivå i tjenestene.

–Red.

FORENINGENS UTFORDRINGER er som for 12 år siden: Prinsippet for geografisk organisering, og forholdet mellom lokalavdeling og yrkesforening.

Men først: Hva skal foreningens oppgaver være – utenom rent faglige? Hvor formes dagens helsepolitikk og helsevesen? Hvem legger premissene og hvem tar avgjørelsene?

Svarene er forsåvidt enkle. Foreningen skal ivareta medlemmenes interesser økonomisk, sosialt, personalpolitisk og faglig. Helsepolitikken formes *sentralt* i departement, *regionalt* i styre og administrasjon, og *lokalt* på det enkelte helseforetak – men definitivt ikke i fylkesadministrasjon og fylkesting. Premissene legges av politikere, administrasjoner og saksbehandlere, men også av interesseorganisasjoner som Dnlf, når de er tilstede med fornuftige folk og innspill på rett sted og til rett tid.

HVEM ER «LEGEFORENINGEN» LOKALT I SPESIALISTHELSETJENESTEN?

De tillitsvalgte for Of og Ylf er utvilsomt Legeforeningens ute i sykehusene. De ivaretar kontakten med lokalt foretaksstyre og med administrasjonene. Ved be-

hov for støtte søker lokale tillitsvalgte i praksis alltid Of og Ylf i Legenes hus. Jeg kan gjennom 15 år som tillitsvalgt ikke huske å ha søkt råd i fylkesavdelingen. Of's og Ylf's lokale funksjoner vil bli viktigere i årene som kommer. Et kompetent og frikjøpt tillitsvalgsapparat vil være helt avgjørende for Legeforeningens praktiske og politiske suksess på foretaksnivå.

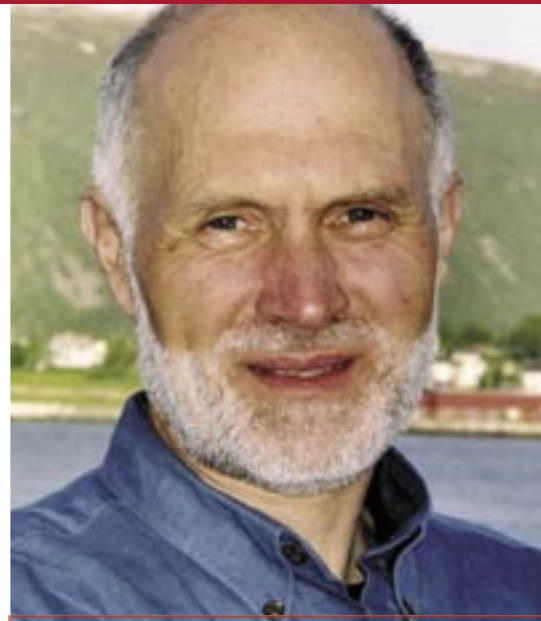
Uten å kjenne primærlegenes og Aplf's utfordringer like godt som Of's og Ylf's, vil jeg tro at også kommunehelsetjenesten har behov for et sterkt tillitsvalgsapparat med direkte linje til sitt sentrale sekretariat. Det er derfor ikke tvil i min sjel om at yrkesforeningenes tillitsvalgte må styrkes økonomisk, formelt og frikjøpsmessig både i kommuner og helseforetak. Økonomisk støtte vil bli aktuelt fra Dnlf - muligens også fra yrkesforeningene – sentralt. Økt

Det er en gåte at Legeforeningen har valgt å holde seg unna det strategisk viktige regionale nivå.

profesjonalisering av tillitsvalgte har alt startet, og vil bli ytterligere nødvendig for å matche arbeidsgivers endringstempo og økonomifokus.

HVILKET POTENSIALE HAR FYLKESAVDELINGENE?

Fylkesavdelingene spiller i dag knapt noen rolle for utforming av helsepolitikk eller -tjenester i fylket; og langt mindre på tvers av fylkesgrensene. Derfor har de neppe mye å samarbeide om. Deres største potensialer er å være *samhandlingsarena mellom 1. og 2. linjetjenesten*; dette er viktig - og blir viktigere i tider med knappe ressurser. For all del må den ivaretas og utvikles.



Bjørn Halvorsen

EN MULIG LOKAL ORGANISERING

Etter min mening vil samhandlingsarenaene for de store foretak være *det enkelte geografiske sykehus med "naturlig tilhørende primærleger"*. Samarbeid og sosialt behov i forhold til Of, Ylf, Aplf og PSL kan her ivaretas i et lokalt styre. Dette blir ingen høringsinstans for Dnlf, men en lokal enhet, med lokal agenda og lokale utfordringer. Lokalenheten støttes av foreningens sentrale ledd.

HVA MED GEOGRAFISK OVERBYGNING?

Flere og flere avgjørelser tas regionalt; det er en gåte for meg at Legeforeningen velger å holde seg unna dette strategisk viktige nivå. I regionenes administrasjoner og styrer tas overordnede avgjørelser om drift - og faktisk også helsepolitikk. Dette berører naturligvis den enkelte lege. En *konserntillitsvalgt på regionalnivå* må representere Dnlf overfor regiondirektør og styre. Han vil trenge korreksjon og rådgivning fra en sterk gruppe tillitsvalgte – altså yrkesforeningenes tillitsvalgte som i detalj kjenner de lokale utfordringer.

FUNKSJON FOR DE ULIKE NIVÅER:

Lokalenhetene består av medlemmer fra alle yrkesforeningene i "samhandlingsarenaen" og har lokal agenda. De støttes ved behov av relevante yrkesforeninger sentralt, men har ikke organisatoriske

oppgaver utover lokalnivået. Lokalenhetene sørger for representasjon til regionsnivået etter nærmere retningslinjer.

Regionalnivået støtter konserntillitsvalgt og er høringsinstans for moderforeningen. Regionalnivået sørger for representasjon til Landsstyret slik at yrkesforeningene i hver region er tallmessig representert etter en fastlagt nøkkel. En må ellers blant annet ta stilling til graden av gjennomgående representasjon, altså hvor mange hatter det er lurt å bære for en enkelt tillitsvalgt (... bør ansattes representanter i RHF-styret være konserntillitsvalgt samtidig ...).

Konseptet innebærer en politisk viktig og riktig utfordring av vår generelle evne til pasientrettet helhetstenkning; yrkesforeningene i og utenfor sykehus må finne sammen i praktisk problemløsende tankegang.

Yrkesforeningene representerer fortsatt grupper med ulike arbeidsordninger og -miljø. De er kompetansesøylor for sine respektive medlemmer og berøres prinsipielt ikke av den geografiske omorganisering.

Konseptet gir en politisk viktig og riktig utfordring av vår evne til pasientrettet helhetstenkning

Fagaksen har jeg ikke omtalt. Jeg føler det er stor enighet rundt den. Oppgavene skjøttes av spesialforeninger og sentrale organer i sekretariatet. Organisering skal diskuteres og avgjøres på lik linje med øvrig struktur. Det vil vi greie fint.

Jeg innser at det er vanskelig å få fylkesavdelingsledere i et landsstyre til å nedlegge seg selv. Men etter min mening er eneste farbare vei å oppdatere foreningens struktur i henhold til utfordringsbildet. Vi trenger en fleksibel forening med styrke der medlemmer har behov for den: Yrkesforeningenes tillitsvalgte blir en bærende, ansvarlig ressurs. De bør profesjonaliseres, kanskje blir organisasjonen samtidig både slankere og mer slagkraftig, og tillitsvakte lettere å rekruttere. Sterke yrkesforeninger og sterke lokalenheter trengs på lokal- og regionalnivå for å ivareta samhandling, samarbeid og strategisk medvirkning.

Trikkedrap og ansvar

– desentralisering av dilemmaer

Artikkelen sto som dagsaktuell kommentar i Morgenbladet 13.08.04. og refererer til et knivdrap utført i Oslo av en mentalt syk somalier. Han var nettopp utskrevet fra psykiatrisk institusjon, vurdert som «frisk nok». Ledere og andre i «godt nok»-sykehusene bør gjøre sine refleksjoner.

–Red.

Tre leger på Ullevål vurderte trikkedrapsmannen som ufarlig fire dager før drapet. Var det en faglig, eller en økonomisk vurdering?

Politikere og journalister er vant til å lete etter skjulte agendaer. Når en institusjon, sektor eller etatsleder klager over pengemangel, har vi vennet oss til å se på det som et spill for å få økt bevilgningene.

Kanskje har vi oversett at svært mange samfunnsreformer de siste tiårene har dreid seg om å desentralisere ansvar. Ledere på lavere nivåer er blitt gjort politisk og rettslig ansvarlige, og det betyr igjen at det blir nesten umulig for dem å innrømme at de driver uforsvarlig. Kanskje underdriver de istedet for å overdrive?

Et eksempel: Når politidirektør Ingelin Killengreen for en drøy uke siden sa at politiet nå driver på kanten av det som er ansvarlig, så kunne uttalelsen taes for det

den var, eller tolkes på to måter: Enten som et utspill for å få opposisjonspolitikere til å presse igjennom større bevilgninger, eller som en skjønning av virkeligheten. En politidirektør kan ikke lede en etat som har uforsvarlig lite midler. Så lenge hun ikke går av, er hun nødt til å si at politiet driver forsvarlig.

Mange samfunnsreformer de siste tiårene har dreid seg om å desentralisere ansvar.

Toppene innenfor psykiatrien står i det samme dilemmaet. De klager jevnt og trutt over for lite penger, men de fleste av dem blir på sine poster. Så lenge de blir, garanterer de for at driften er forsvarlig.

Ullevål-legene, som vurderte norsk-somalierens helsetilstand, kunne ikke ha skrevet ham ut, dersom de anså ham som en fare for seg selv eller andre. Da ville

de høyst sannsynlig ha blitt gjort rettslig ansvarlige – i tillegg til at de ville ha fått mye av det politiske ansvaret - for det umotiverte drapet på trikken i Oslo.

Generelt kan altså akutt-institusjoner innenfor psykiatrien si at folk blir skrevet ut for tidlig på grunn av pengemangel. Men i hver enkelt sak må de samme institusjonene si at de har handlet faglig forsvarlig – uansett.

Ullevål sykehus innrømmer noe rutinesvikt i den aktuelle saken. Det ble blant annet ikke gjort godt nok arbeid for å finne ut om han hadde noe å gå til.

Det er neppe tilfeldig at det er her rutinesvikten oppsto. I følge lederen for psykiaternes interesseorganisasjon er det mange som blir skrevet ut fra akutt-institusjoner til «ingenting». Det er for få akuttplasser og for dårlig kapasitet til å ta i mot de utskrevne pasientene i de såkalte DPS'ene (distriktpsikiatriske sentre).

Hadde Ullevål sykehus og an-



Aslak Bonde

dre akutt-institusjoner undersøkt grundig og kritisk hver gang en pasient ble skrevet ut, hadde de trolig ikke kunne skrive ut så mange som de av økonomiske grunner må.

Ledere på lavere nivåer er blitt gjort politisk og rettslig ansvarlige, og det betyr igjen at det blir nesten umulig for dem å innrømme at de driver uforsvarlig.

I det distriktpsikiatriske senteret som skulle ta ansvar for drapsmannen, sitter det også leger og sjefer med formelt ansvar. Det er umulig for dem å innrømme at de gir et så mangelfullt tilbud at tilstanden for en utskrevet pasient raskt kan forverre seg etter utskriving. Det ville ha vært så uansvarlig at de måtte ha gått fra jobben sin.

De eneste som kan si at noe har sviktet, er de som i sin tid skjøv ansvaret nedover. Både helseministeren og Sosial- og helsedirektoratet har denne uken kommet med dårlig skjult kritikk av både akutt-tjenesten og kommunenes og bydelenes psykiatritjeneste.

Helseminister Gabrielsen følger imidlertid ikke opp sin kritikk med å bevilge mer penger. Han skyver ansvaret og forventningene ut til institusjonene og kommunene, men han fortsetter med å bestemme pengebruken. I en av Maktutredningens mange bøker er dette fenomenet beskrevet i detalj under merkelappen *desentralisering av dilemmaer*. Det dreier seg om ansvarsfulle helse- og omsorgsarbeidere nede i systemet som må foreta de avveiningene politikken ikke klarer å ta. Slik har det vel vært her også.



Enklere å nå Overlegeforeningen!

Det har vært tungvint å bla opp Of's hjemmesider via Legeforeningens inngangsportal. Vi legger jevnlig ut informasjon om styrets arbeid, møter og kurs, men har hatt få besøk, rundt 200 hver måned. Heretter kan man slå opp www.overlegeforeningen.no eller www.overlegene.no og bli viderekoblet automatisk til hjemmesiden som nå utvikles videre i innhold og form med innsats fra styret.

Vi har også etablert en ny e-posttjeneste. Du kan sende e-post til oss på adressen: epost@overlegeforeningen.no

STATUSRAPPORT 2005 PÅ BEDDINGEN:

Faglighet – nøkkelen til en bedre spesialisthelsetjeneste

Av EspenHuldt-Nystrøm

Fagmiljøene har gang på gang oppsummert sykehusreformen som en endring uten vekt på faglighet. Legeforeningen utarbeider nå en statusrapport om dette. Den kommer til våren. Man vil neppe nøye seg med fokus på foretakenes dårlige økonomi. Avgjørende for kvalitet og faglighet, er hvordan kunnskap samles og anvendes. Vår praksis vil nok bli utfordret på en måte som kan føles kontroversiell, selv om rasjonaliteten er synlig bak. Dette styrker foreningens integritet.

I fire år på rad har Legeforeningen utgitt en statusrapport – et utredningsarbeid med søkelys på et underprioritert tjenestetilbud. Temaene har vært eldreomsorg, ungdomsmedisin og helhet i behandlingstilbudet. I år kom den fjerde: Psykiatrirapporten ga kritiske analyser i *forkant* av sommerens tragedier med sinnslidende pasienter. Og foreningen entrer banen igjen; den femte rapporten kommer til våren.

Faglighet i spesialisthelsetjenesten skal under lupen. Sykehusreformen er gjentatte ganger oppsummert som en endring uten vekt på faglighet. Legeforeningen har tatt opp hansken. Det ble markert med et ide-møte i Oslo 23. august, med deltakere fra helsebyråkratiet, fagmiljøene, foreningen og brukerorganisasjonene. Møtet bar bud om tyngde, tydelighet og troverdighet.

Avgjørende for kvalitet og faglighet, er *hvordan kunnskap samles og anvendes*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten utgjør et kritisk viktig grensesnitt

mellom helsebyråkrati og fagmiljø. Det omfatter tre funksjoner som tidligere lå i ulike deler av byråkratiet: I stikkords form dreier det seg om *Evaluering av klinisk forskning, kvalitet i pasientbehandlingen, og kunnskapshåndtering* – det siste dreier seg om forbindelsen mellom hva man vet og hva man derfor bør gjøre. Jon Arne Røttingen ga en spennende oversikt.

Prosessorganisering av sykehus baseres på behandlingsforløpene og ikke på spesialitetene. Kanskje tåler ikke slik organisering hvilken kompleksitet eller hvilket mangfold som helst. Men Bjarne Riis Strøm var ikke i tvil om suksess for Ringerike sykehus som gjennomfører dette fra høsten.

Fellesnevnerne for andre inspirerte innlegg var ikke til å misforstå. *Samhandling* mellom nivåene i helsetjenesten har ikke bedret seg tross flere års snakk om at det er viktig. Avgjørende betydning av *kvalitetsmåling* og *virksomhetsregistrering* har også fått økende oppmerksomhet, men er ikke grepet godt nok i de



fleste spesialiteter. Et mangfold av *kulturaspekter* ble vektlagt av flere – fra eldre kollegers holdninger som preger de yngre, til forståelsen av ulike rammevilkår. Eller fra spesialistenes vegring mot å markere seg som utøvere av tjenestenes *hovedfag* – til ledelsenes evne til å lede hensiktsmessig.

Den kommende statusrapport vil utvilsomt ikke nøye seg med fokus på mange foretaks misligholdte plikt til å støtte fagutvikling og forskning. Faglighet, kvalitet og prioritering utfordrer i like stor grad vår egen profesjon – hva vi ser, og hva vi vil se.

Det ser ut som foreningen gaper litt høyere for hver statusrapport. Fra det viktige og enkle har man beveget seg mot det viktige og vanskelige. Vår praksis utfordres nå på en måte som noen sikkert vil føle ubehagelig, selv om rasjonaliteten er synlig bak. Dette styrker foreningens integritet.

Folk elsker å hate oss. Ønsket for rapporten er at den blir synlig i samfunnet. Uansett bør den integreres til en bit av den identitet vi møter pasientene med. De politiske miljøer tørster etter dokumentasjon av denne type. Slik settes foreningen på kartet. Vi gleder oss til et enda djervere jafs neste gang.

Hege Saltnes intervjuer tidligere avdelingsoverlege Agnar Aspaas

Helsefarlige helsereformer?

Fredag ettermiddag vet vi at noen må ut av akuttposten; det kommer alltid nye pasienter med sterkere behov enn de som alt er der. Pasienter som ikke er tilstrekkelig stabilisert og diagnostisert skrives derfor ut; den som gjorde siste vurdering blir syndebukk hvis noe går galt. Tidligere avdelingsoverlege, Agnar Aspaas, sa opp ved akuttpsykiatrisk avdeling i Vestfold og mener at et sosialpolitisk eksperiment gjorde det ulevelig for både akuttpsykiatrien og ham selv.

Hva gjør reformer i helsevesenet med helsepersonells helse? Som overlege i en akuttpsykiatrisk avdeling har jeg i sommer følt maktesløshet etter at psykiatriske pasienter har begått tragisk kriminalitet. Når fasiten er gitt, er det lett å tenke at ting skulle vært annerledes. Flere har hevdet at pasienter skrives ut for tidlig; svingdørspolitikken i psykiatrien er farlig. Akuttavdelinger har stadig press på at noen må ut; det kommer alltid nye pasienter med større behov enn de som alt er der. Pasienter som ikke er tilstrekkelig stabilisert og diagnostisert skrives derfor ut; den som gjorde siste vurdering er syndebukk hvis noe går galt.

For oss i slike posisjoner føles byrden tung. Vi gjøres ansvarlige for resultatene av en nedbygd sykehuspsykiatri; psykiatireformen har konsekvent redusert antall sengeplasser og satset på desentralisert tjenestetilbud. Gjennomsnittlig liggetid i sykehus har gått dramatisk ned; Legeforeningen har i sin statusrapport tidligere i år nærmest slaktet behandlingstilbudet til psykiatriske pasienter. Og i sommer har tragiske hendelser rettet søkelys mot våre tjenester.

Jeg har møtt tidligere avdelingsoverlege, kollega Agnar Aspaas, som før fylte 50 sluttet ved akuttpsykiatrisk avdeling i Vestfold. Hva han tenker han om utviklingen i norsk psykiatri, og hva det har betydd for ham personlig?

ET SOSIALPOLITISK EKSPERIMENT

SINTEF har beregnet at antall døgnplasser i voksenpsykiatrien er redusert med en tredjedel fra 1990. Tanken bak nedbygging av institusjonene har vært at styrking av DPSer og kommuner skal kompensere for bortfalt behandling i institusjon. Hvordan har dette etter din mening fungert?

– Problemstillingen kan kokes ned til at akuttavdelingene har bufret et sosialpolitisk eksperiment de siste ti, tyve år: Det har eksistert en ide eller visjon om at økt poliklinisk aktivitet ville føre til færre akuttinnleggelse. Virkeligheten viste seg å bli at akuttinnleggelsene ble flere, parallellt med stadig flere polikliniske konsultasjoner. I beste fall kommer nedgangen i innleggelse om mange år, når

Det eksisterte en visjon om at økt poliklinisk aktivitet ville gi færre akuttinnleggelse. I virkeligheten ble de flere.

kommunepsykiatri og distrikpsykiatri har fått en form som fungerer. Men uansett hvor god kommunepsykiatri og distrikpsykiatri blir, så tror jeg ikke de greier å overflødiggjøre akuttavdelingene.

SINNETS MUNTERHET

Hva er bakgrunnen for at du har valgt å tre tilbake fra din stilling i offentlig helsevesen?

– Å være overlege i akuttpsykiatri gjennom 10 år



Et bedre liv

kostet etter hvert ganske mye for personlig helse og sinnets munterhet. Vestfold er et progressivt fylke i den forstand at desentralisering begynte tidlig og er kommet langt. Institusjonsplassene ble bygget ned år for år. Distrikpsykiatrien har blitt satset på, men har stort sett behandlet lettere psykiske lidelser med hovedfokus på polikliniske tjenester. Gjennom forsømmelser og prioritering av de minst trengende, har tungpsykiatriske pasienter fått et underlødige tilbud - med psykotiske tilbakefall som ikke er blitt fanget opp i tide. Slik har pågangen til akuttpsykiatrien økt og økt. Først i de aller siste årene har poliklinikk definert rehabiliteringsteam for langtids psykosepasienter, og utarbeidet planer for oppfølging i samarbeid med kommunene. Dette er vegen å gå. Men det forutsetter kompetente døgnavdelinger som kan stabilisere pasientene når det er nødvendig. For min personlige arbeidsmotivasjon kom disse endringene for sent.

UBETALTE ÅRSVERK

– Det har bare vært *en* måte å håndtere økt arbeidspress på: Jobbe mer og bruke kvelder og fritid. Jeg har regnet ut at jeg har gjort mellom ett og to ubetalte årsverk i løpet av den tiårs perioden jeg var overlege.

Jeg presset meg selv utilbørlig – og mine medarbeidere tilsvarende – og ble slik tatt til inntekt for et system jeg ikke kunne stå inne for.

LAVERE TERSKEL FOR PSYKIATRISK HJELP

– En ytterligere faktor for arbeidsbelastning i akuttpsykiatrien, er at smertegrensen i samfunnet synker og man forventer akuttinnleggelse for ting man før taklet på andre måter. I tillegg er det økt pågang av problemer som ikke er psykiatri i faglig forstand, men som samfunnet forventer at psykiatrien skal håndtere. Eksempler er husbråk, rus og forkommenhet, eller sammenbrudd i offentlige tjenester som barnevern, demensomsorg, eller omsorgen for psykisk utviklingshemmede. Kravet til dokumentasjon og formaliteter har dessuten økt betydelig, det samme gjelder tid som medgår til håndtering av klage- og forvaltningssaker.

ORKET IKKE MER

– Så jeg sluttet fordi jeg ikke ville leve slik lenger.

Du sier mye om utviklingen på systemnivå i forhold til psykiatritjenesten. Mener du at reformen innenfor psykiatri medvirket til at du ikke lenger jobber i offentlig helsevesen?

– Ja helt klart. Overlegene har presset både seg og sine familier. Jeg er ikke den eneste som har sluttet. De tre overlegene som jobbet i akuttpsykiatrien her i fylket for tre år siden har alle gått til mindre utsatte stillinger. Og det var det umulig å rekruttere nye folk; først etter dobling av antall overlegestillinger på akuttpostene, fikk man søkere. Jeg syns dette viser at mer robuste sykehusinstitusjoner blir lettere å jobbe i.

Hvor tenker du at ansvaret for denne type utvikling ligger?

– Sentrale myndigheter har gitt uklare føringer.

Men også lokalt har det sviktet: I Vestfold har fylkeskommunen gjennom -80 og -90 tallet latt DPS'ene gå sine egne veier uten hensyn til helhet i tilbudet. Ferdig stabiliserte pasienter hopet seg opp på akuttpostene og DPS'ene prioriterte tilbud til pasienter med lettere lidelser. Men svikt fins også i egne rekker; mange fagfolk har vært naivt begeistret for hva en desentralisert psykiatri kunne få til, og hvor lite man kunne greie seg med av akutt-tjenester.

REPRESENTANT FOR ET SYSTEM JEG IKKE KUNNE STÅ INNE FOR

– Av betydning for min oppsigelse var at jeg ble tatt til inntekt for et system jeg selv slet med. Jeg sto på for egen del, og følte at jeg presset mine medarbeidere tilsvarende – og dermed utilbørlig. Slik måtte jeg innse at jeg ble tatt til inntekt for et system jeg ikke selv kunne stå inne for.

Først etter doubling av antall overlegetillinger på akuttpostene, fikk man søkere.

Nylig omtalte Legeforeningens president Hans Kristian Bakke konsekvensene av sykehusreformen i forhold til økt fokus på økonomi og mindre på faglighet. Hva er din mening om effekten av dette fremover?

– Jeg tror sykehusreformen har vært nødvendig; klarere ledelse gjør at problemer blitt tatt tak i. Mye positivt har skjedd i Vestfold når det gjelder prioriteringer og ansvarsforhold enhetene imellom. Men når økonomien skal styre, kan faglige hensyn bli satt til side. «Tunge» fagfolk er lite med der beslutninger fattes. På den annen side vet vi at opp gjennom åra har leger vært lite flinke til å tenke utover egne interesser. Fagfolk har karret til seg, og beskyttet egne revir. Små enheter har styrt autonomt; helheten har blitt skadelidende. Vi kommer neppe utenom å se på effektivitet i virksomhetene; samtidig må man innse at effektivitet ikke er nok. I Vestfold begynner pasientlogistikken å flyte brukbart mellom akuttposter og DPS-er. Men blir pasienter friskere av effektiv forflytning? Vi trenger å utvikle kvalitetsmål på vår behandling.

FREE-LANCER

Hva gjør du nå, når du ikke lenger jobber i offentlig helsevesen?

– Jeg jobber som free-lancer; en til to dager i uka som vikar i min kones private psykiatri-praksis, og så gjør jeg en del rettspsykiatri. Og, legger han til med et smil, – vikarierer litt her og der. Hvis det er godt betalt.

– Jeg var forberedt på vesentlig redusert inntekt, men så tjener jeg likevel omtrent som før – og har et helt annet liv. Hvis alle kolleger skulle gjøre det samme ville systemet bryte sammen.

UTBRENTHET

Du sa noe innledningsvis om at det gikk ut over sinnets munterhet. Hvordan ble du selv, familien din, og kollegene dine påvirket gjennom de siste årene?

– Jeg vet at jeg var utålmodig, irriterabel og uopp-lagt. Og jeg vet at det var merkbart i familien og sikkert på jobb. Så jeg måtte bare stoppe før jeg mistet gangsynet.

Gikk det så langt at du var på grensa til «å møte deg selv i døra» – utbrenthet etter langvarig slitasje?

– Jeg tror nok jeg hadde tegn på utbrenthet, men jeg tror også at jeg sluttet i tide. Hadde det vært helt nødvendig kunne jeg sikkert holdt på lenger. Men jeg ville ikke. Og jeg er heldig som hadde alternativer. Liver er avgjort bedre nå; og familien merker det.

SAVNER LAGSPILLET

Savner du et større fagmiljø og akuttavdelingens tempo?

– Jeg har likt akuttavdelingen svært godt; det er en jobb som gir umiddelbar mening. Man oppnår resultater, og det er en nødvendig jobb. Men selv om jeg savner lagspillet, samhandlingen om felles oppgaver, går jeg neppe tilbake – til endeløse utredningsgrupper, høringssvar og planprosesser som skal i gang før de gamle er evaluert.

KREATIVITET

Du er også jazzmusiker. Hvordan har det blitt påvirket?

– Jeg har mye mer overskudd til musikk nå og kan holde et høyere nivå. Ikke minst kan jeg si ja til musikalske prosjekter som er utviklende. Og det er viktig, for meg kan psykiatri aldri bli hele tilværelsen.

NORDÖL 2004 I RIBE

Representanter fra overlegeforeningene i Danmark, Sverige, Finland og Norge møttes til drøftinger i Ribe 11. og 12. juni. Faglighet er og blir en årsak til kostnader – og styresmakter snakker sammen. Etisk og demokratisk perspektiv tilsier at pasientfokus må beholdes; norsk, svensk og finsk erfaring indikerer at danske kolleger bør vokte faglighetens kår ved sine omorganiseringer. Samarbeidet i Nordöl bør utvikles; vi har felles utfordringer, og beslektet kultur å møte dem med.



ILLEVARSLLENDE FRA SVERIGE.

Svenskene beskrev sin eksistensielle tilstand slik: «Før var vi en motivert inntektskilde, nå er vi bare en trist årsak til problemer og utgifter». Et helt nummer av «Sjukhusläkaren», no2/2004 var nylig viet mangfoldet av frustrasjon over dårlig kapasitet, dårlig ressursutnyttelse og dårlig arbeidsmiljø i svenske sykehus.

Ligger Norge sju – ti år bak svensk utvikling, kan vi like gjerne våkne med en gang. I Sverige har omorganiseringer og reduksjoner ikke hjulpet på noe. Antallet sykehussenger er redusert med alarmerende 57

I Sverige fins ikke separat organisasjon for overleger og leger under utdanning. Deres felles organisasjon heter Sjukhusläkarforeningen. De utgir «Sjukhusläkaren» (www.sjukhuslakaren.se), en staselig storebror av «Overlegen».

% (ja, du leser riktig) i løpet av 90-tallet. Svenske kolleger lever med pasientkøer, prioriteringsproblemer, svekket behandlingstilbud og dårlig kvalitet i lege-pasientmøtet. Forskning og fagutvikling har dårligere kår enn på lenge. Lønnen er mindre konkurransedyktig enn før. Ressursknapphet gir merkbar forverring av arbeidsmiljøene, med faneflukt og rekrutteringssvikt. Helsetjenestens andel av BNP er fallende, og skatteinntektene for små til å prioritere kvalitet og faglighet. Landstingsförbundets årlige markedsun-

dersøkelser viser befolkningens syn; utarmingen av sykehustjenestene har gått mer enn langt nok.

Politiske løsninger innebærer enda mer effektivisering – for eksempel å samle akuttberedskap på

Innsparingstiltak: «Nærsvukvård» – mer på helsevesenets enn pasientenes premisser.

færre sentra. En tenker seg at antallet akuttisykehus reduseres fra 70 til 40. De som ikke får akuttberedskap kan se frem til nedlegging eller omlegging. *Överläkarforeningen* vil foretrekke det siste – som minst av de foreliggende onder.

En annen bekymring er avtagende tilfang av underordnede leger. Vakter har blitt en økende personlig belastning. I Nord-Sverige blir befolkningen dessuten trolig halvert i løpet av 20 – 30 år. Vaktressursene utnyttes gradvis dårligere ettersom befolkningsgrunnlaget avtar. Både ressursutnyttelse og arbeidsmiljø gjør effektivisering av vaktjenesten til en hovedsak.

Överläkarforeningen foreslår en handlingsplan som deler spesialisthelsetjenestene i tre lag. *Høyspesialisert* tjeneste legges til regionssykehus og skal finansieres statlig. *Spesialisert* tjeneste for øvrig legges til alle akuttisykehus og skal også ha statlig finansiering. Det laveste behandlingsnivå blir «nærsvukvård». Begrepet er nokså nytt og berører grensesnittet mellom primær- og sekundærtjenestene. Særlig eldre og indremedisinske pasienter skal defineres

til behandling på dette nivået. Dagkirurgi, men ikke tyngre operasjoner, kan gå inn i konseptet. Ulike modeller for «nærsvukvård» var skissert.

Forslagene var uferdige: Kronikere, eldre og deres problemer var utydelig definert: De fremsto ikke som premiss for løsninger; *nærsvukvård* syntes mer basert på helsevesenets behov enn på pasientenes. Graden av spesialisering innen tjenesten var knapt belyst, men man bekymret seg uansett for rekrutteringen. Sett utenfra virker det både umoderne

Det er både umoderne og uetisk å bruke pasientalder som kriterium for utvalgelse, særlig når behandlingen er planlagt for å spare penger.

og uetisk å bruke pasientalder som kriterium for utvalgelse til behandling, særlig når behandlingen er planlagt for å spare penger.

Kronikere og gamle har rett til fullgod behandling enten nivået heter «nærsvukvård» eller noe annet. Danskenes klare standpunkt, at behandling må besluttes der spisskompetansen er, viser et bedre pasientfokus. Ingen reflekterte over om «nærsvukvård» bare flytter utgifter fra sykehusenes til andres budsjetter. I lys av norsk erfaring savnet man drøfting av primærnivåets behov – for eksempel for investeringer, rekruttering og økt driftsbudsjett – for å kunne inngå i et meningsfullt konsept.

I halen av de dårlige tider forventes det at sykehuslegers forhandlingsgevinster vil dreie seg om arbeidsmiljøtiltak heller enn lønn i overskuelig fremtid.

OPTIMISTISK FRA DANMARK FØR OMORGANISERINGER.

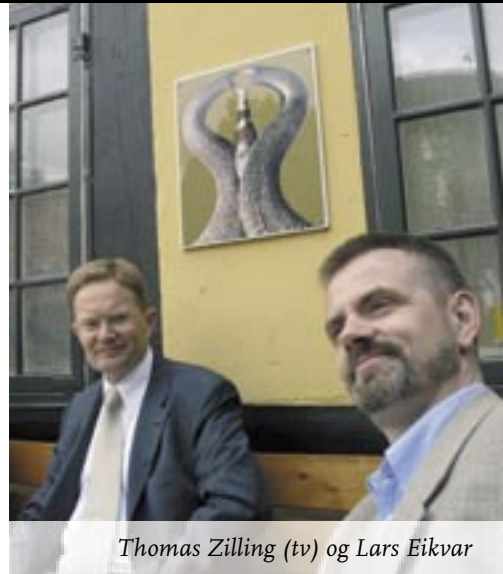
Bakteppet for Danmarks helsepolitiske utfordringer er konsist oppsummert av *Overlægeföreningen*¹⁾. Man står foran regionalisering og sterkere statlig styring og koordinering. Våre danske kolleger er enige med myndighetene i å utnytte potensialet ved samordninger. *Overlægeföreningen* er opptatt av å sikre politisk myndighet over beslutninger, og styring etter dialog. Finansielle årsaker til omlegging anerkjennes. Men etter blant annet norske erfaringer, er man sterkt kritisk til både innsattsstyrt finansiering og sentralstyrt rammefinansiering. En region burde, som ansvarlig for tjenestene, ha anledning til å skrive ut skatt – en logisk konsekvens av ansvaret for dem.

En kan misunne danskene. Klimaet preges av en helt annen ro og tillit enn vi husker fra egen prosess.

Proessen er gitt mer tid enn den fikk hos oss. Endringene er initiert av myndighetene, men *Overlægeföreningen* er aktivt med på notene fordi utgangspunktet oppleves hensiktsmessig. Man har stor tro på at faglighet får prioritet når *Sundhedsstyrelsen* får



Vi sejlede nedad åen ...



Thomas Zilling (tv) og Lars Eikvar

myndighet over et koordinert sykehusvesen. Son-deringer om funksjonsfordelinger er i gang; både *Overlægeföreningen* og fagmiljøene deltar aktivt, også her med lavere konfliktnivå enn vi har opplevd hos oss. Hittil har planarbeidet skjedd sentralt. Reformen er tenkt å tre i kraft i 2007, etter et års planleg-gingsfase ute i sykehusene.

En kan misunne danskene. Klimaet er preget av en helt annen ro og tillit enn vi husker fra egen pro-cess – selv om det danske DRG-sirkus går sin skjeve gang i egne fora. For en utenforstående kiler det il-levarslende i magen ved de gode kollegers risiko for å bli feid av banen når store penger skal spares og politiske vedtak fattes.

FRUSTRERT FRA FINLAND. ²⁾

Problemer for finske sykehusspesialister er tidligere skissert i OVERLEGEN ³⁾. Tross dokumentert tillit i befolkningen, oppleves en tillitskrise i forhold til myndighetene. Lovgivningen har fjernet profesjo-nens autonomi.

Selvregulering, gjeldende praksis i andre euro-peiske land, ble i 1991 erstattet med myndighetsre-gulering. Den enkelte spesialist har stadig formelt ansvar for beslutning om diagnose og behandling, men avgjørelsene styres av andre hensyn, særlig økonomiske. Innflytelsen til *Specialitetsföreningarna* er devaluert. Spesialistgodkjenning er delegert til det enkelte universitet. Finske spesialiteter evalu-eres da ikke som i resten av EU, og nektes derfor

innpass der. Profesjonell virksomhet styres kun av den enkelte kommune; Finland har 446 ulike syke-huseiere, og ingen overordnet koordinering av sy-kehustjenestene. Ved kliniske tilsetninger er klinisk kompetanse undervurdert i forhold til akademisk,

Lovgivningen har fjernet profesjonens autonomi.

og lønnsfastsettelsen understreker nedprioriterin-gen. Avtagende pasientfokus og motivasjon synes som et økende arbeidsmiljøproblem.

Finske kolleger har gjort mye godt tankearbeid rundt spesialistrollen og profesjonens plass i sam-funnet. Men trykket for å gjenopprette faglighetens kår virker lavt. Vi hadde unnet dem å lykkes.

FORUNDRET FRA NORGE.

Her hjemme gleder Of seg fortsatt over å ha styr-ket grunnlønnselementet. Men etter nesten to år fortumles man fortsatt over at NAVO – i en aura av autisme – har foret arbeidsgivers styringsrett med anabole steroider. Det må da være ugreit å få syke-husansatte som motstander *en bloc*. En næringsrik blandingskost av dialog og folkeskikk hadde vært ønskelig for begge parter. *Something seems rotten*; foreløpig kan vi ikke gi våre nordiske venner noen praktisk oppskrift for å takle slikt.

¹⁾ Overlegen 2004:1: p 8 - 10.

²⁾ Sjukhusläkaren 2004:2: p 33

³⁾ Overlegen 2003:1: p 11. 2004:1: p 8.



MØTE

Strukturproblemer ...

REDAKTØRENS BLIKK PÅ LANDSSTYREMØTET I LOEN:

Det foregår en strukturdebatt – og hvor er Of?

Strukturdebatten er underprioritert. Organisasjonsutvalgets analyse har dessverre ikke fremmet almen forståelse for at gode svar baserer seg på kreative spørsmål. Og i landsstyre-møtets debatt glimret Of ved sitt fravær

Legeforeningens lover og Prin-sipp- og Arbeidsprogram be-stemmer at foreningen skal være en tradisjonell fagforening og en faglig forening. Landsstyret sparket i gang debatten om ny organisasjonsform i Sandefjord i 2001. I Molde vedtok vi i 2003 at foreningen skal være både geografisk, yrkesrelatert og fag-lig organisert, men samtidig enhetlig. Yrkesforeningene skal altså bestå; spesialforeningene skal styrkes, og geografisk orga-nisering er uavklart. Foreningen har ikke ønsket organisatorisk tyngde på regionsnivå; mange er uenige i det. Vedtaket om Legefo-reeningens struktur skal gjøres på landsstyremøtet i Bergen i 2005.

Diskusjonen i Loen viste ingen synlig forankring i et utfor-dringsbilde. Argumentene gjen-

speilte ingen strategiske spørs-mål. Sentralstyret fikk kritikk for utydighet av Ylf. Of hadde ikke diskutert saken på forhånd, og glimret ved sitt fravær i disku-sjonen. *Økonomi og faglighet* er naturlige premisser for organi-seringen. Utover dette var disku-

...vi må ikke surre oss bort i internt tankespinn...

sjonen bekymringsfullt umoden. Selv en enkel redaktørsjel ser at *strategisk vurdering av motparten* er obligatorisk før man danner formasjon. Foretakene og NAVO er motvillige til dialog lokalt og sentralt. Foreningen burde ha *tyngde og troverdighet* til gode mottrekk. Man kan også savne foreningens *tydelighet* - når det gjelder budskap og støttefunksjo-

ner. Endelig kunne foreningen dyrke *samhandling* mer målrettet - mellom grupper i foreningen, og med aktører i byråkratiske, politiske eller andre posisjoner.

De nesten 6000 Of-medlemme-nes spisskompetanse forvalter eventyrlige økonomiske ressur-ser på pasientenes vegne. Og vi lever med utallige av systemets problemer på kroppen. Mange av dem er vi de beste til å løse. Da må vi ikke surre oss bort i internt tankespinn. Et pasientfokus vil styrke foreningen strategisk og taktisk. De andre yrkesforenin-ger bør se sine hovedutfordrin-ger tilsvarende. Først da kan vi sy sammen en robust og smidig organisasjon.

Sykehusstruktur i endring

Av Avdelingsdirektør Hans Petter Aarseth.
Avdeling for spesialisthelsetjenester - Sosial- og helsedirektoratet.

Foreningens tidligere president representerer nå det offentlige helsebyråkrati. Hans foredrag på landsrådsmøtet i Sandefjord for et år siden om faglig basert prioritering, fikk ny aktualitet etter debatten i Loen. Livreddende hjelp og kronikeromsorg begrunner i dette innlegget to konsepter for faglig fundert funksjonsfordeling; ett desentraliserende og ett sentraliserende. I lys av situasjonen i Sverige, se side 16 – 17 i dette nummer av Overlegen, kan det et kan være interessant å se Aarseths artikkel som norske styringsorganers røst. Vi bør kjenne vår besøkelsestid. Proaktiv medvirkning i grensesnittet mot primærhelsetjenesten kan spare oss for nedslående erfaringer.

– Red.

Vår sykehusstruktur har blitt dannet under helt andre forhold og betingelser enn vi har i dag. Noen sykehus har blitt bygget av lokale ildsjeler, andre ble bygget på grunn av datidens bosetting og næringsliv, andre igjen på grunn av avstander og mangel på fremkommelighet. Endringer i disse forhold, og ikke minst den medisinske og teknologiske utvikling, tilsier at vår sykehusstruktur må endres.

Foretaksreformen, der staten overtok alle offentlige sykehus, kan gjøre en slik omstilling lettere. Samtidig er det gjennomført andre reformer som kan gjøre det vanskeligere å forme en hensiktsmessig struktur. Særlig gjelder dette fritt sykehusvalg, og fremveksten av private sykehus som må fungere i et marked.

Det er forskjellige faktorer som må tillegges vekt når man skal vurdere sykehusstruktur. Dessverre trekker ikke disse i én og samme retning. Det må derfor gjøres noen politiske valg. Fagfolkene må imidlertid fortelle hvilke konsekvenser de

forskjellige valg har.

Skal vi få gode prosesser er det avgjørende at fagfolkene er tydelige på når de er faglige aktører, og når de er politiske aktører. Alt for ofte blandes disse roller; det bidrar til å forvirre publikum og politikere. Det må imidlertid også understrekes at det er ikke *en* løsning som er

**Det er viktig at ...
kompetanse flyttes ut
til pasientene**

faglig riktig og alle andre derved gale.

Særlig tre sett argumenter brukes i debatten: Kravet til nærhet, som ofte settes likt med krav om trygghet. Krav til kvalitet, som ofte settes likt med sentralisering. Krav til økonomi. Jeg har svært liten tro på at vår sykehusstruktur i seg selv legger beslag på mye av de ca 60 milliarder kroner som i 2004 går til sykehusene. Derimot har sannsynligvis behandling på feil nivå,

og mangel på kvalitet i diagnostikk og behandling, store konsekvenser for kostnadene. Jeg tror derfor debatten er tjent med at vi legger bort rent økonomiske argumenter og konsentrerer oss om nærhet, trygghet og kvalitet.

Det blir ofte fremstilt som om nærhet til et sykehus, særlig hvis det har akuttberedskap både i kirurgi og indremedisin, er det eneste som kan gi befolkningen trygghet. Dette er i beste fall en falsk trygghet, men hvis det var riktig ville det jo være uforsvarlig å ikke sørge for at alle i vårt land hadde slik nærhet til akutte tjenester. Hva er det som må være på plass for at befolkningen skal ha trygghet for å få nødvendig hjelp når det haster?

Vi trenger lokal kompetanse innen det vi kan kalle livreddende medisin. Vi trenger en kompetanse som kan stabilisere pasienter for transport og vi trenger en kompetent og ikke for sentralisert ambulansetjeneste. Og så trenger vi sykehus der personalet er trent i å håndtere den type pasienter de får til behandling.

Lille speil på veggen der...

I dette system kan et lokalsykehus eller et mer spesialisert sykehus ha en rolle, men vi kan ikke basere en god akuttmedisinsk kjede bare på sykehus. Vi ville komme lenger hvis vi i stedet diskuterte hvordan vi utvikler og bevarer god akuttmedisinsk kompetanse der folk bor, i kommunene, og hvordan vi skal dimensjonere, bemanne og utruste en god nok ambulansetjeneste inkludert helikoptre, biler og fly. Hadde vi svarene her, kunne vi kanskje by befolkningen reell trygghet, løsrevet fra debatten om det enkelte sykehus.

Men nærhet har også en annen dimensjon. For dem som av forskjellige grunner trenger langvarige eller hyppige opphold i sykehus, er det åpenbart viktig at behandlingen ikke finner sted for langt unna familie og bosted. For disse pasientene kan nærhet være et vesentlig kvalitetselement.

Spesialisthelsetjenesten står overfor store utfordringer når den skal tilpasses den kommende eldrebølge. Allerede i dag sees åpenbare mangler. En stor del av de gamle med mange sykdommer pluss omsorgs- og pleiebehov får for dårlige tilbud når sykehusvesenet ikke er tilpasset dem. Utfordringen bør ikke møtes med å bygge flere, større, mer spesialiserte sykehusavdelinger. Den bør møtes med å utvikle til-

bud lokalisert der folk bor, med tilstrekkelig spesialistkompetanse og utstyr, og med et forpliktende samarbeid med et mer spesialisert sykehus. Det er viktig at forpliktelsen er gjensidig, slik at sykehus og personell faktisk tar et ansvar for at kompetanse «flyttes ut» til pasientene.

På enkelte fagområder har man noen steder kommet godt

Behandling på feil nivå har store konsekvenser for kostnadene.

i gang. Geriatrike team bidrar med kompetanse i kommunene. Det samme gjør de palliative team som nå etableres i samarbeid mellom sykehusavdelinger og kommuner. At det i større grad er mulig å bruke takster og innsatsstyrt finansiering for pasienter som ikke fysisk er lokalisert i sykehuset, og det at pasienttransport ikke lenger betales av en tredjepart (RTV), er virkemidler som vil bidra til en ønsket utvikling.

Ofte bruker vi begrepet kvalitet synonymt med god og spesialisert kompetanse. Som det fremgår ovenfor er det altfor enkelt. For noen typer diagnostikk og behandling er likevel spesialisert kompetanse nødvendig for at kvaliteten skal bli god. Det vil

gjelde områder der det er krevende teknikker eller vanskelige vurderinger som forutsetter mye øvelse og erfaring.

Det at spesialisering går meget raskt, og at antall leger øker mye raskere enn antall pasienter (og utførte prosedyrer), tilsier at ikke alle kan lære alt; vi må la noen bli gode og få anledning til å «lære» på det pasientgrunnlaget som finnes. Tiden er moden for å diskutere om det er riktig at studenter, turnusleger og utdanningskandidater skal ha obligatorisk trening på prosedyrer som de aldri senere skal praktisere.

Fortsatt er det bare på enkelte områder det finnes dokumentert at «øvelse gjør mester». På den annen side ville det være rart om så ikke skulle være tilfelle også innen medisin. Jeg tror også mange av oss intuitivt har en forståelse av at det går best i pasientbehandlingen når man følger faste prosedyrer og standarder.

På enkelte områder finnes det dokumentert at særskilt kompetanse gir bedre resultater, for eksempel ved kirurgisk behandling av rectumcancer, slik det fremgår av rectumcancerregisteret. Ved systematisk opplæring, ikke bare av kirurgen, men også av radiologer og patologer som deltar i diagnostikk og oppfølging, har man oppnådd en dramatisk bedring av behandlingsresultatene. Samtidig er det synliggjort



en betydelig kostnadsreduksjon fordi man lar være å gi unødige behandling.

Men til tross for at vi har hatt denne kunnskapen i mange år, går det svært sent å trekke konklusjoner og ta de nødvendige konsekvenser. Nå tar de regionale helseforetak fatt i dette; på en rekke områder innen kreftbehandling vil det etter hvert finne sted en samling av aktivitetene

til færre sykehus. Det betyr at disse sykehusene i større grad må konsentrere seg om dette, og gi fra seg andre oppgaver.

Parallelt med dette har vi fått en rekke private tilbydere som kan gi god behandling innen sine spesielle områder. Pasientene vil tilpasse seg, og de vil ha kvalitet. På samme måte som alle vil ha nærbutikk, men handler i supermarkedene, vil befolkningen

ha lokalsykehus, men behandles av de beste spesialister. Dette må spesialisthelsetjenesten ta inn over seg. Bare de tilbud som dekker folks behov vil ha livets rett. Uavhengig av hva fagfolk og politikere sier.



Medlemsrådgiveren gir deg svar på dine bank- og forsikringssspørsmål

Som medlem av Den norske lægeforening har du tilgang til spesielle betingelser i DnB NOR. Benytt deg av disse!

- **Inntil 50 % rabatt på årsprisen på kundeprogrammene Total og SAGA**
- **Medlemsrabatt på boliglån**
- **Medlemsrabatt på billån**
- **Meget gunstig gruppelivsforsikring**
- **Alle typer skadeforsikringer til gunstig medlemspris**

Ring **04700** eller gå inn på www.medlemsradgiveren.no. Du kan også henvende deg til ditt nærmeste DnB NOR kontor.