

SAMMENSLÅING, NEDLEGGELSE OG FUNKSJONSFORDELING AV OG MELLOM SYKEHUS - SETT NORDFRA

Knut Rasmussen

Vi arbeidet hardt, men hver gang vi begynte å bli en gruppe som fungerte - skulle vi omorganiseres. Jeg lærte meg senere i livet hvor lett det er å møte hver ny situasjon med omorganisering, og også hvilken vidunderlig metode det er for å skape illusjoner av fremskritt - mens følgene er kaos, ineffektivitet og demoralisering.

GAIUS PETRONIUS, DØD ÅR 66 E.KR.

Disse temaene er blant de mest brennbare i dagens spesialisthelsetjeneste og i dagens helsepolitikk og er altså i henhold til Gaius Petronius ikke nye. Jeg har levd med disse diskusjonene et langt liv og er derfor takknemmelig for å få anledning til å oppsummere noen refleksjoner. Selv om jeg har et visst grep på historie og geografi, er det sikkert mange detaljer jeg ikke har fått med meg. Jeg ber dere tilgi meg dette.

Når sykehus slås sammen, blir som regel det ene eller begge nedlagt. Når funksjonsfordelinger vedtas, starter ofte en fallende kurve for det sykehus som mister sin funksjon. Alle disse parallellfenomenene diskuteres derfor under ett.

Historien

Historien har mye å lære oss om dette, og man kan trygt si at grunnen til at så mange av disse diskusjonene har skåret seg er at deltagerne ikke kjenner historien.

Norsk sykehusutbygging har hatt en overordnet plan som ikke har vært dårlig. Innføringen av de tredelte lokalsykehus som norm var et gjennombrudd for kvalitet innen indremedisin og kirurgi, og etableringen av sentralsykehus i alle fylker ga støtet til en rivende nasjonal utvikling i mange fag.

Etableringen av de 5 helseregioner (senere 4) i 1975 var et stort og riktig grep.

Men lokaliseringen av sykehusene var relativt tilfeldig og fulgte stort sett prinsippet om at alle byer skulle ha sykehus. Små byer og tettsteder med industriutvikling og store avstander til nærmeste by, som Odda, Sauda, Rjukan, Høyanger og Kirkenes, ble også privilegert med egne sykehus. For Nordfjordeid var det en helt spesiell historie, der en Pittsburgh- milliardær finansierte det hele etter en del lokale ulykker.

Heller ikke funksjonsfordelingen var planlagt i utgangspunktet, men den medisinske utvikling tvang gjennom normer for hvem som burde gjøre hva og et system for fordeling av ansvar mellom de store sykehus. Rådet for høyspesialiserte somatiske helsetjenester, som jeg ledet i perioden 1995-2002, ga råd om landsfunksjoner (monopoler), flerregionale funksjoner (delt ansvar mellom minst to, men ikke alle regionsykehus), regionale funksjoner og kompetansesentra og slo også fast at en rekke funksjoner burde desentraliseres til alle fylker (1). Diskusjonene i dette forum var først og fremst faglige og basert på dokumentasjon, men det lot seg ikke hindre at politiske og ideologiske vurderinger også snek seg inn. Et av de tilbakevendende temaene var Kvinnslandsrapporten som fastslo at det forelå en relasjon mellom kvalitet og kvantitet innen flere fagfelt (2). Administratorer og politikere trykket ofte denne til sitt bryst når de ville spare penger eller legge ned noe.

Samtidig skjedde det en rivende utvikling innen kommunikasjon og når det gjaldt befolkningens forventninger til helsetjenesten. Befolkningen hadde forstått kvalitet/kvantitetsrelasjonen lenge før Kvinnslandsrapporten, og tilliten til de min-

ste institusjonene avtok. Samtidig bedret samferdselsmulighetene og ambulansetjenesten seg raskt og muliggjorde enkelte sentraliseringer. I spor av dette ble sykehusene i Vardø, Vadsø og Høyanger nedlagt på 60-70-tallet, og sykehuset i Sauda er fadet ut. Mange mindre sykehus på Østlandet/Sørlandet med korte avstander til en storebror er også desimert, for eksempel sykehusene i Porsgrunn, Mandal, Horten, Halden, Kragerø, Stensby og kanskje Larvik. Er det noen som vil foreslå at disse reetableres? Neppes. Men ved alle disse nedleggelsene var det fakkeltog og høye rop, ofte organisert av de ansatte og andre med større interesse for arbeidsplasser enn for helse. Alt i alt ble antall sykehus i Norge redusert fra 84 til 78 i perioden 1975-94 og antall sykehussenger falt fra 22500 til 14.000 (3).

Også i kardiologien har vi hatt vår *fair share* av disse diskusjonene. Pacemakerbehandling ble utviklet i Oslo og Bergen og så desentralisert hinsides enhver rimelighet. Senere har antall pacemakerklinikker heldigvis gått ned. Utbygningen av hjertekirurgi utenfor Rikshospitalet ble konsekvent bekjempet av dette, og både Ullevål sykehus og sykehusene i Bergen, Tromsø og Trondheim og på Feiring bygget opp hjertekirurgi nesten uten hjelp fra "sentrum". Diskusjonen om intervensjonskardiologi ved de nest største sykehusene i regionene er fortsatt livlig.

Kan vi gjøre dette til en rasjonell prosess?

Den ferske konflikt på Nord-Møre, som nå kanskje er løst, og den enda ferskere og stadig mer kaotiske Oslo-prosessen tyder på at svaret er nei. Det er nesten ikke saklige og ballanserte faglige argumenter og nesten ingen analyser av helsemessige konsekvenser av det ene eller andre vedtak. Dette er merkelig. Medisin er jo, eller bør være, et akademisk fag, og fagfolk burde derfor kunne gjøre dette til et tema der man kan forske og hente frem internasjonal kunnskap, på samme måte som ellers i faglige spørsmål. Hvorfor har vi ikke et forskningsinstitutt som studerer effekter av sammenlånninger og nedleggelse og som legger ned prinsipper for diskusjon av slike temaer?

Tvert imot er dette blitt mer og mer politisert, og med en viss rett stoler ikke politikerne lengre på de "rene faglige argumenter". Da vi planla et godt regionalt spesialisthelsetjenestene i Nord-Norge på 90-tallet, ble fagfolkene enige på nesten alle punkter, men hele arbeidet ble bare satt en strek over av fylkespolitikere. Det er klart at politikere til syvende og sist er de som må bestemme når de får en faglig plan. Ingen faggruppe kan vente å bli hørt i alt. Universitetet i Tromsø og medisinstudiet der ville aldri ha eksistert hvis man bare hadde hørt på fagfolkene. Men når de faglige argumenter drukner i politikk, er det trist.

Min tro er at grunnen til at vi ikke har skikkelig forskning på dette er at politikere og administratorer ikke vil vite. Det å få klare tall på antall dødsfall under transport eller under operasjon på små sykehus ville for mange være svært ubehagelig. Heldigvis begynner vi nå, etter ti-år med nøling, å få gode nok helsestatistikker til å avdekke dette.

Noen debattanter i disse spørsmål faller alltid ned på samme side i spørsmålet om sentralisering eller desentralisering. Mads Gilbert mener at samfunnet bør kompensere fullt ut for de medisinske problemer som finnes i det perifere Norge. I tillegg til at han ønsker en god ambulansetjeneste støtter han derfor også nesten all desentralisering. Selv reiste jeg til Tromsø for å desentralisere for snart 40 år siden. Men både enhver sentralist og enhver desentralist møter før eller senere seg selv i døren. Full kompensasjon for å bo på den øde øy kan aldri forventes. Det er ikke rimelig og ikke mulig å ha alt på hvert nes, og det er heller ikke rimelig å sende alt til Rikshospitalet, selv om det later til at de der synes det vil være best. Likevel har Mads Gilbert rett i en ting, nemlig at rettferdighet og likhet hele tiden må stå på topp av agendaen.

Personlig har jeg lenge ment at dette kunne gjøres bedre hvis man starter med den faglige, demografiske og geografiske analyse. Jeg vil her presentere en skisse for dette, basert på en gjennomgang av noen av de sentrale faktorer i algoritmen.

Avstander og kommunikasjoner

Norge har ekstreme vær- og kommunikasjonsproblemer og i tillegg en meget spredt befolkning. I andre spredt befolkete samfunn bor som regel de fleste i landsbyer eller tettsteder. Vi insisterer på å bo i den røde stua på et nes for oss selv.

Avstander blir ofte brukt som det sentrale argument i fordelingsdebatter. Men et blick på norgeskartet viser at toleransen for avstand til sykehus og funksjoner er meget forskjellig rundt omkring i landet. Det distrikt som ligger lengst fra sitt lokalsykehus, er nok Kvænangen i Troms med ca. 300 km dårlig bilveg. Flere andre distrikter i Nord-Norge og øvre Gudbrandsdal ligger nesten like langt unna. Terje P. Hagen har publisert tall på hvor stor andel av befolkningen som i 2000 hadde en reisetid til sykehus på over 1,5 timer. Ikke overraskende var Finnmark på topp med 67,6 %, i Troms var tallet 55,3 %, mens fylkene med kortest tid lå under 5 %.

I Sør-Norge finnes en rekke små sykehus med korte avstander til storebror og ofte en storebror som slett ikke har for mye å gjøre. Jeg nevner at Larvik har ca. 3 mil til både Skien og Tønsberg og enda kortere vei til Sandefjord. I Østfold fantes tilsvarende korte avstander. Orkanger ligger bare 31 km fra Trondheim. Disse avstandene er vel medisinsk sett nærmest betydningsløse og ikke større enn det man finner innen en kommune.

På noen strekninger har kommunikasjonene bedret seg betydelig. Korgentunellen har forkortet veien mellom Mo og Mosjøen til 86 km, og veien fra Mosjøen til Sandnessjøen har fått bro og er blitt bare 73 km. Man kunne da tenkt seg at et sykehus i Mosjøen kunne dekket behovet for de 80.000 menneskene på Helgeland, men dette ble blokkert ved at de to store rottet seg sammen mot lillebror i midten (se på kartet). "Trekantforbindelsen" i Sunnhordland har forkortet veien mellom Stord og Haugesund til bare 53 km og gjort den fergefri. Avstanden mellom Førde og Florø er ved hjelp av tunneller blitt bare 51 km. Opsettetunellsystem mellom Lærdal og Voss gjør at direkte øyeblikkelig-hjelp-transport den veien kan bli attraktiv. Den nå berømte

avstand mellom Molde og Kristiansund er på 68 km og har fått tunell. Det er kanskje ikke så urimelig at samfunnet spør seg om disse betydelige utbedringene av transportmulighetene ikke bør få konsekvenser for den medisinske oppbygning.

Den mest bisarre geografiske fordeling jeg vet om er "de seks sykehusene rundt Mjøsa", en liten dam nede i sør. Riktignok er vel Stensby sykehus nå desimert, og jeg må innrømme at Feiring-klinikken ikke er offentlig. Det verste er Hamar-Elverum, der avstanden er ca. 32 km. En vanvittig dublering som bare kan ha fått lov å bestå på grunn av en helseminister fra området. Videre finnes det siden 1985 en utmerket Mjøs-bro. Mitt forslag har lenge vært ett sykehus for Mjøsregionen, med Feiringklinikken inkludert. Da kunne man også fått god akutt intervensjonskardiologi på det indre Østland. Hva med Rudshøgda?

Fylkesgrensene har utvilsomt hemmet en rasjonell sykehuslokalisering og et rasjonelt samarbeid. Ville både Kongsberg og Notodden hatt sykehus hvis de hadde ligget i samme fylke? Dette skulle blitt bedre av foretaksreformen, men resultatet er ikke så lett å se. Nedleggelsen av Røros sykehus som akuttsykehus og samarbeidet med nærliggende Tynset er kanskje det eneste eksempel, og dette skjedde før reformen. Hvis ikke Harstad hadde ligget i Troms og Stokmarknes og Narvik i Nordland, ville vi da hatt tre sykehus på den begrensede befolkning i Hålogaland? Stord og Haugesund ligger i hvert sitt fylke, og dette øker neppe fusjonslysten. Det er sikkert også mange andre gode eksempler fra Østlandet på at denne "fylkesifisering", til tross for foretaksreformen, fortsatt har stor makt.

Andre steder har ikke politikerne koblet kommunikasjon og helsevesen. Hvis man i stedet for å skyte riksveien til Lofoten gjennom Hinnøya hadde etablert fast forbindelse mellom Lofoten og Vesterålen, kunne to sykehus vært lagt ned og et nytt kunne oppstått (i Svolvær?).

Samtidig binder luften Norge sammen. Mens de fleste i den forbindelse tenker på helikoptre, er det grunn til å nevne at ambulansefly er en mye viktigere transportmetode i Nord-Norge. Når et ambulansefly først er oppe i lufta, kan det nesten fly hvor som helst uten å tape mye tid.

Avstanden til flyplassene blir viktigere enn flytiden. Vi dirigerer derfor akutte infarkter direkte til Tromsø både fra Finnmark og Helgeland. Helikoptrene er selvfølgelig gode å ha langt fra flyplasser og i de virkelige haste-situasjoner. Både nok tilgang på ambulansedy og antall helikopterstasjoner er derfor sterke faktorer for å oppnå reell trygghet for befolkningen.

Avinors planer om å sanere sine 46 flyplasser i Norge er derfor en stor trussel mot pasienttryggheten.

IT-teknologi lanseres ofte som en løsning for desentraliserte institusjoner. Det er ingen tvil om at overføring av røntgenbilder, ultralydbilder, laboratorieresvar, frysesnittbilder etc. kan styrke kvaliteten ved små sykehus og sykestuer og kan hjelpe dem til en forsvarlig drift. Men fortsatt står nok pasienten og den kompetente lege i sentrum, og da nytter det ikke så mye med gode IT-løsninger.

Kvalitet og kvantitet

Alle er enige med Kvinnsland i at øvelse gjør mester. De første gangene man gjør noe tar det lengre tid og resultatet blir ofte ikke optimalt. Både som enkeltpersoner og grupper gjør vi det bedre og mer effektivt etter hvert som volumet stiger. Men mange tror at kvaliteten med dette kan forbedres i det uendelige. Det er helt sikkert ikke tilfellet. Kvalitetsgevinsten flater ut på et visst volum og av og til kan det kanskje bli for mye slik at økt volum gir fallende kvalitet. Dette blir en kurve med et optimum eller platå og hvert felt har hver sin vanskelighetsgrad og hvert sitt optimum. Av og til er 10 prosedyrer i året nok, av og til må man opp i 500. Forholdet mellom kvantitet og kvalitet må derfor studeres empirisk innen hvert fagfelt og hver medisinsk aktivitet (4,5). Dessverre har vi ikke alltid disse dataene, men vi bør med bedre registre absolutt kunne klare å skaffe dem.

Det mest brennbare desentraliseringsproblem innen kardiologien de siste årene har vært fordelingen av ansvaret for intervensjonskardiologi. Både i Midt-Norge og Nord-Norge har dette ført til betydelige diskusjoner, og på Sørlandet var lokaliseringsdebatten livlig. Rune Wiseth oppsummerte etter min mening dette helt utmerket

med formuleringen: "Nå har vi et middels stort intervensjonskardiologisk senter. Hvis det opprettes et nytt senter i regionen, får vi et lite og et bittelite". Internasjonal litteratur tyder på at kvalitetsgevinsten ved PCI øker minst opp til 500 prosedyrer per år (6).

På en rekke felter innen kirurgien har resultatene helt åpenbart vært for dårlige på mindre sykehus og inngrepene har vært utført alt for sjelden. Karkirurgi og kreftkirurgi er derfor med rette sentralisert i betydelig grad.

Med kvalitet burde vi ikke bare tenke på kvalitet på de rene kliniske tjenestene. Vi burde også se på hva som er det optimale for innovasjon, forskning og undervisning. Alt tyder på at optimum for disse funksjoner ligger på et mye høyere pasienttall. Små sykehus kan klare rutinene, men for forskning og innovasjon kreves en større kritisk masse, som på en universitetsklinikk. Det å hule ut universitetsklinikken ved å frata dem pasientgrunnet kan derfor skade selve ryggraden i norsk medisin.

Men monopoler er også farlige (7). Monopoler kan virke fordømmende og sløvende både på dem som har det og på dem som ikke har det. Vi burde etter mitt syn ha minst to gode miljøer innen de fleste fagfelt. Derfor kjempet jeg i sin tid for at barnehjerte kirurgien i Bergen skulle leve, men akk så forgiveves.

Som svoren desentralist gikk det en tid før jeg innså at de små sykehus også kan fungere som "patient traps". Pasienter med alvorlige sykdommer som endokarditt eller alvorlig arythmi blir observert og ikke forstått alt for lenge før de blir sendt videre. Aller verst er det hvis de ikke blir sendt videre i det hele tatt. Dette er både farlig og ineffektivt. Innen vårt fag bør det for eksempel ikke finnes et akuttsykehus uten god kompetanse i EKG og ekkokardiografi.

Men kvalitet-kvantitetsargumentet har også i stor grad misbrukt. Ved sammenslåing av større sykehus som begge har nok å gjøre, understrekes det at kvaliteten vil stige. Det har man egentlig ingen holdepunkter for dersom begge sykehus er inne på platået på læringskurven. Kvaliteten kan også gå ned på grunn av desimering av gode miljøer og overbelastning av "vinneren". Resultatet av fusjoner for kvalitet er

ofte meget vanskelig å forutse og mange er blitt og vil bli skuffet (8).

Kvalitetsproblemer ved små sykehus kan i noen grad kompenseres for med vikarbroer fra de store. Fra Ullevål sykehus holdt Mons Lie og medarbeidere lenge liv i Rjukan, og fra Tromsø hadde vi hjertespesialistbro til Kirkenes i et par år. Forutsetningen er en idealisme som kanskje er i ferd med å dø ut og at vikarene bidrar til å bygge opp den lokale kompetanse, ikke bare til å ta unna en jobb. Det kan også være fullt for-svarlig å opprettholde spesielle funksjoner med små volumer på små sykehus dersom det finnes noen som er spesielt kompetente og interesserte. For eksempel er det en anomali at Volda fortsatt driver med pace-makere, men det gjør sikkert ingen skade så lenge de opprettholder kvalitetskontrollen. Men når ildsjelene slutter bør man tenke seg om.

Ethvert sykehus og ethvert helseforetak bør egentlig ha oppmerksomheten systematisk rettet mot felter der prosedyretallet er lite og stadig stille seg spørsmålet om dette egentlig er noe vi skal drive med. Å stille dette spørsmålet på en objektiv måte uten prestisjehensyn kan selvfølgelig være vanskelig.

Kvantitet-effektivitet

Dette er parallellargumentet for sentralisering og nevnes ofte sammen med det foregående. Det blir så mye stordriftsfordeler sies det. Hvis vi starter på null, både på det enkelte fagfelt og på organisasjonsnivå er det klart at effektiviteten vil øke med volum. Tiden per prosedyre vil gå ned og kapasiteten utnyttes bedre, man lager standardprosedyrer og effektive pasientforløp innen hvert fagfelt. Men etter hvert blir effektiviteten som kvaliteten rimelig god, og det blir ikke så lett å ta ut stordriftsfordeler. Å slå sammen to avdelinger med over 500 hjerteoperasjoner i året til én, resulterer neppe i noen økonomisk gevinst. Kanskje oppnår man både økonomisk tap og kvalitetstap (8,9,10). Næringslivet har forstått dette, skepsisen overfor "merger mania" av store selskaper er blitt økende.

Sammenslåing gir stordriftsgevinst først og fremst der enhetene har vært for små og folk har gått og ventet på noe å

gjøre. Det eneste som man virkelig kan tjene på er å slå sammen, er de små enhetene som har skilt på døra, kort kontortid og mye kakespising innenfor. Aller mest oppnår man ved å slå sammen vaksjikt. Alt som bidrar til å holde norsk helsepersonell som en kostnadskrevende "hær i hvilende vakt", er av det onde. De som har vakt, må ha arbeidsoppgaver, alt annet er urasjonelt. Det som koster mest, er beredskap. Derfor kaster administratorene seg over denne. Men beredskap er jo nettopp det som gir trygghet og nærhet. Som påvist av Tande og Munch-Ellingsen (11) er forskjellene her store. Mens Helse Midt-Norge hadde 109 leger i beredskap til enhver tid, hadde Helse Nord-Norge 136, med en merkostnad estimeret til 47 millioner kroner per år. Det å øke PCI-beredskapen i Tromsø til å dekke hele døgnet medførte en økning i behovet for leger fra 4 til 5 og for spesialsykepleiere fra 12 til 16. Det totale PCI-volumet gikk ikke opp, og DRG-inntektene var dermed uforandret. Kostnadene økte betydelig, men sannsynligvis ble noen liv reddet.

Resultatet av både kvalitetsvurderinger og effektivitetsvurderinger blir at sykehus og sykehusenheter bør ha en minstestørrelse. Jeg har ikke sett gode data på dette, men har den tro at platåfasen for begge parametre innen indremedisin ligger fra ca. 40.000 i underliggende populasjon og for kirurgiske avdelinger kanskje fra 80.000. Da vil man ha avdelinger med tilstrekkelig kompetanse og tyngde til å ta seg av svært mye og vil samtidig kunne utnytte arbeidskraften tilnærmet optimalt. Gjennomføring av dette ville selvfølgelig skape et jordskjelv. Det eneste sted jeg vet om som bør unntas, er Kirkenes, med en populasjon på 25.000, svære avstander til nærmeste alternativ (519 km til Alta) og ofte paralyserende kommunikasjoner. En del småsykehus i Sør-Norge har populasjoner mye mindre enn det. Jeg blir neppe valgt til helseminister med det første.

En konsekvens av dette resonnement er at vi kan få flere sykehus med medisinsk avdeling, men uten kirurgi i klassisk betydning. Vi har vel allerede minst 7 slike (3). Etter at den tradisjonelle generelle kirurg døde ut og ble erstattet av tre disipliner vil det trenge 15 kirurger ved et sykehus for å dekke et vaksystem. Disse må også ha

noe å gjøre på dagtid. Befolkningen må da være på minst 80.000. På de gjenværende medisinske avdelinger må man da sikkert kunne dekke opp med en akuttmedisinsk funksjon som kan gi den første behandling til kirurgiske pasienter før de sendes videre. Dette blir et brudd med den hellige tredelte sykehusmodellen i Norge, som jo egentlig har vært død lenge.

Tilsvarende vurderinger kan gjøres innen alle andre fag. Hvor stort befolkningsgrunnlag som trengs for effektiv drift blir nøkkelspørsmålet. For forskjellige fag kan svaret være både 100.000, 200.000 og 500.000. Victor Fuchs har i sin bok presentert data fra USA som taler for at et sykehus minst bør ha 200 senger og at man ser en effektivitetøkning i et hvert fall opp til 500 (12).

Befolkningsstørrelse - by og land

Hvis lokalbefolkningen er stor nok, for eksempel over 80.000, skal det mye til for å legge ned et sykehus. I tillegg til kort vei for øyeblikkelig-hjelp-pasienter er det rett og slett ekstremt praktisk med et sykehus i nærheten som kan løse små og store problemer. Mange små og store transporter kan spares og helsearbeiderne jobber ofte jevnt og godt. Selv om det bare er 20 km til et annet like stort sykehus med like stor befolkning kan det være en rasjonalitet i å beholde begge. Blir befolkningen stort mindre bør tommeskruen på, både av hensyn til kvalitet og effektivitet. Da blir det en *trade-off* mellom befolkningstørrelse og avstander. Store avstander og store befolkninger er begge argumenter for å opprettholde et sykehus.

Et godt sykehus kan ta seg av mye mer enn disse 80.000. Både Tromsø, Trondheim og Stavanger klarer seg fint med ett sykehus. I Oslo har man vernet små sykehus som ligger bare ca. en km fra Ullevål samtidig som man arbeider intenst med å slå sammen spesialfunksjoner. Hvis det er små spesialfunksjoner, er dette sikkert fint. Det er sikkert greit at det i Oslo er en avdeling som driver med pacemakere, ICD og biventrikulær pacing. Men å slå sammen to intervensjonskardiologiske enheter som begge har over 1000 prosedyrer i året gir

som beskrevet neppe stor gevinst. Egentlig har Rikshospitalet og Ullevål hatt en ganske hensiktsmessig arbeidsfordeling, det ene som spesialister på øyeblikkelig hjelp og det andre på elektive problemer henvist fra hele landet. Skal dette forandres, må det gjøres med nennsom hånd.

Fra det paranoide nord virker det som om Oslo-prosessen har startet ovenfra og ikke nedenfra. Jeg ledet for noen år siden en gruppe som skulle planlegge oslokar-diologien. Da jeg foreslo et felles søknads-behandlingssystem og inntakssystem brøt forhandlingene sammen. Mer og mer ser jeg på sykehuskøpenikaden i Oslo som et komplott for at disse skal få enda flere ressurser. Helseproblemene i resten av landet er faktisk mye større.

Øyeblikkelig hjelp og elektive tiltak

Hvis man skal ha kvalitet og helsemessige gevinster, er det en fundamental forskjell på disse to situasjonene. Elektive pasienter kan i hovedsak reise selv med offentlige transportmidler og har per definisjon ikke sånn veldig hast. Disse pasientene kan egentlig reise hvor som helst i landet for å få løst sine problemer, og enhetene kunne dimensjoneres av hensyn til kvalitet og effektivitet. Noen få store enheter i landet kunne vært nok. Det er derfor et paradoks at helseforetakene i økende grad har satset på "funksjonsfordeling" for å redde de små sykehus. Noen steder har nok dette fungert; en strøm av kolleger reiser til Lærdal for å fikse sine knær. Men ofte er det slik at høyspesialiserte funksjoner krever et samarbeid med andre like spesialiserte fagfelt, og avstandene kan da bli lange. Hvordan er de perifere ortopediske enhetene rustet til å ta seg av akutte infarkter og lungeembolier i forløpet av sin virksomhet?

Funksjonsfordelingshysteriet har noen steder tatt fullstendig overhånd, som når man skiller nyremedisin og nyrekirugi, fødselshjelp og gynekologi eller gastrome-disin og gastrokirugi. Så vidt jeg husker, var det også forslag om å skille ansvaret for pacemakere og for ICD-er i Oslo-området. Ut fra et ønske om alle skal få noe ødelegger man et medisinsk fagfelt. Et stort traumesenter (Ullevål) må ha hjertekirugi, uten

det er det ikke noe traumesenter. Politikere og administratorer har ofte presset gjennom medisinsk faglig unaturlige fusjoner, mens naturlige fusjoner ikke blir gjort.

Jeg ville startet analysen i motsatt retning. De små sykehus' berettigelse er at de er nær pasienten og derved kan ta seg av eller gi foreløpig behandling til mange akutte tilstander. Transport av øyeblikkelig hjelp-pasienter er meget kostbart, og mye kan vinnes ved å spare litt ambulansehelikopter og fly. Selv om akutt STEMI og de verste ulykkene skal rett til en universitets-klinikk, er det mye øyeblikkelig hjelp igjen som kan takles lokalt. Her er det utvilsomt både helsegevinster og transportøkonomiske gevinster med å ha et lokalsykehus, og disse er større med økende avstander. Disse gevinstene mangler på den elektive siden.

Det er imidlertid selvfølgelig ikke noe i veien for å bruke små og delvis nedlagte sykehus og avdelinger til fornuftige elektive tiltak i samhandlingsreformens ånd. Både rehabilitering og sykestuelignende virksomhet styrt av allmennmedisinere sammen med litt spesialisert poliklinikk kan ofte være hensiktsmessige erstatninger for et fullt sykehus. Terminalt syke pasienter som ikke kan være hjemme, bør likevel være nærmest mulig og trenger ofte ikke så mye høyspesialiserte tjenester.

Konsekvensen blir at det er logisk å sentralisere elektiv medisin, og lokalsykehuse-sene bør rustes til å ta seg av et definert sett av akutte og kroniske tilstander. Fordelingen må baseres på dokumentasjon. Det ser nå ut til å være enighet om at "jordmorstyrt fødestue" med sectio back-up og god risikostratifikering av fødslene er å foretrekke fremfor de små fødeklinikkene.

Ikke sjelden hører akuttfunksjoner og elektive funksjoner nøye sammen, for eksempel innen kardiologien. Intervensjonskardiologene øver seg på de elektive mens man venter på neste øyeblikkelig hjelp-pasient.

En sømløs øyeblikkelig hjelp-behandlingskjede er sikkert det viktigste element i all øyeblikkelig hjelp-planlegging. Vi har et stykke å gå før alle øyeblikkelig hjelp-funksjoner er så godt administrert som ved akutt hjerteinfarkt og store traumer. Diskusjonen om nye redningshelikoptre og fly er nok vel

så viktig for norske pasienter som den om pasienter i Groruddalen skal reise et par kilometer mot sørvest eller mot nordøst.

Hvordan gjennomføre fusjoner?

Selv om vedtakene om nedleggelse og fusjoner til syvende og sist er politiske, så må gjennomføringen av vedtakene være gjennomsyret av god faglighet. Min erfaring skriver seg fra D-dagen i Tromsø ved flyttingen fra vårt gamle sykehus på Strandveien til det nye UNN i 1991. Vi hadde ett nøyaktig tidspunkt for omkoblingen, men måtte selvfølgelig kjøre en del dobbeltfunksjoner i en periode. Alt i alt gikk det forbausende smertefritt. Det må være en fullstendig plan for hvordan hver pasient skal transporteres og behandles fra første minutt. Disse prosessene må ledes av de ansvarlige fagfolkene for å sikre legitimitet. Jeg er ikke helt sikker på om A-hus-prosessen ble styrt etter disse prinsippene.

Respekt for fagmiljøer

Det kan være en rystende opplevelse å delta i møter om sentralisering og funksjonsfordeling. Miljøer som det har tatt årtier å bygge opp til et godt nasjonalt og internasjonalt nivå, blir flyttet rundt som sjakkbrikker. Troen på at en merkelapp på døren er nok for å få en funksjon reetablert er forbausende. Alle som har bygget opp noe vet hvor lang tid det tar å lage et godt faglig miljø. I fusjonsbølgen glemmes også ofte at dette har vært enheter som har vært viktige for undervisning og forskning. Universitetet tas ikke med på råd. Man glemmer også ofte at stabilitet i en organisasjon er av kritisk betydning både for kvalitet og effektivitet. Selv om man etter planen kan spare litt på en rokade, kan det gå år før gevinsten kan innkasseres. Hundrevis av gode fagfolk har i sporet av slike prosesser trukket seg tilbake og tatt tidlig pensjon.

Denne manglende respekt for hvor vanskelig det egentlig er å bygge gode helsetjenester og institusjoner er ikke bare ødeleggende for kvalitet, men også for effektivitet og økonomi. Først og fremst tar den arbeidsgleden fra oss.

Myten om de "dyre sengene" er en annen versjon av manglende faglighet. Det er ikke sengene eller det å ha noen i dem som koster, men hva vi gjør med pasientene. Ved siden av en 10.000-kroners-pasient ligger det en 50-kroners. Administrative reduksjoner i sengetall sammen med innføring av korridorpatienter som "kvalitetskriterium" er derfor ufaglig og urasjonelt. Vi blir presset fra begge kanter til premature utskrivninger. Og så kommer klagene - mot oss. Faktum er at Norge har få sykehussenger, kort liggetid og høyt belegg sammenlignet med andre land.

Helsepolitikere og administratører ser som nevnt ut til å ha mistet troen på fagfolkene; de tror at alle meler sin egen syke mor. Men fortsatt finnes det både innen legestanden og andre helsepersonellgrupper både innsikt, kompetanse og idealisme. Min erfaring både fra *Fagrådet for høyspesialiserte somatiske funksjoner* og fra arbeidet med regional helseplan i nord er at fagfolk som regel finner gode og omforente løsninger (1,13). Men hvis vi blir behandlet som kakemelere, blir vi det etter hvert også.

For meg ser det ut som det har oppstått en tillitskrise mellom ledende medisinske fagfolk og politikere. Den viktigste forandring kom sannsynligvis med foretaksreformen etter år 2000. Før var det kommunikasjon mellom de beste fagfolkene og ledende politikere. Nå er det en sky av medløpere med halvgode kliniske og akademiske kvalifikasjoner mellom disse to sjiktene. Helsedirektoratet har est ut over alle grenser og utøver mer makt.

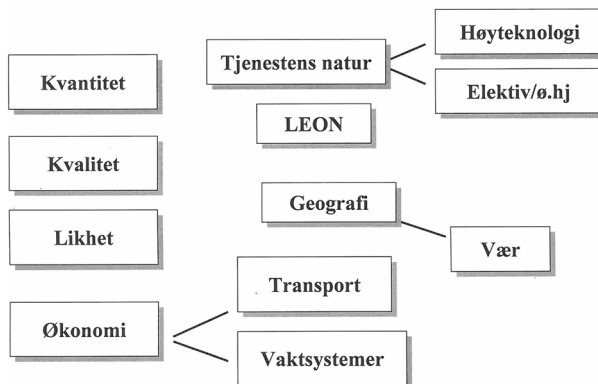
Konklusjoner

Dette blir altså en kompleks algoritme med en rekke variable (se figur). Kanskje noen vil lage et dataprogram. Før beslutninger tas bør alle disse og sikkert andre hensyn tas i betraktning. Ofte ender man med en avveining mellom avstander, befolkningsstørrelse og kvalitet. Her er det mye å gjøre for et evt. nytt sykehusdirektorat med tilhørende forskningsinstitutt.

Dette er ikke området for de skråsikre konklusjoner basert på bare en enkelt faktor. Vi fagfolk burde nok investere mer i å forklare disse sammenhengene både overfor befolkningen og politikere. Vi bør opplyse om at desentralisering kan ha sin pris i form av kvalitetstap og at mange fakkelbærere er sin egen verste fiende. Vi bør ikke selv tenne på faklene til toget og avholde oss fra sekterisk propaganda. Vi må også forklare politikerne at de ikke selv kan hoppe på første fly til Rikshospitalet når de har tvunget sin egen lokalbefolkning til å bruke et lite og dårlig sykehus.

Vi må kjempe for en klarere plass i beslutningsprosessene. Både utgangspunktet og avslutningen av disse prosessene bør som regel være politiske, men mellom der må det finnes en faglig analyse der de beste fagfolkene tas med på råd. Fremfor alt må vi, både av hensyn til oss selv og til samfunnet, forsøke å gjøre dette til en rasjonell prosess.

DESENTRALISERINGSMATRISEN



Referanser

1. Bratlid D, Rasmussen K. Nasjonal styring av høyspesialiserte medisinske tjenester. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005;125:2976-9.
2. Kvinnsland S, Enger E, Førde OH et al. Forholdet mellom behandlingsvolum og behandlingskvalitet. Helsedirektoratets utredningsserie 4-93. Oslo: Helsedirektoratet, 1993:1-80.
3. Stortingsmelding 24: Tilgjengelighet og faglighet, (1996-97), 19.
4. Urbach DR, Baxter NN. Does it matter what a hospital is "high volume" for? Specificity of hospital volume-outcome associations for surgical procedures: analysis of administrative data. *BMJ* 2004;328:737-740.
5. SMM-rapport nr 2/2001. Pasientvolum og behandlingskvalitet. Sintef.
6. Hannan EL, Chuntao W, Walford G et al. Volume - outcome relationships for percutaneous coronary interventions in the stent era. *Circulation* 2005;112;1171-9.
7. Rasmussen K, Bratlid D. Quality or equality? The Norwegian experience with medical monopolies. *BMC Health Services Research* 2007;7:20. PMID 17302967.
8. Fulop N, Protopsaltis G, Hutchings A et al. Process and impact of mergers of NHS trusts: multicentre case study and management cost analysis. *BMJ* 2002;325:246-52.
9. Kjekshus LE, Hagen TP. Ga sammenslåinger av sykehus høyere effektivitet? *Tidsskrift for Velferdsforskning* 2003;6:3-16.
10. Opstad L. Økonomisk styring i helse og sosialsektoren. Oslo 2000, Gyldendal: 61- 87.
11. Tande PM, Munch-Ellingsen JP. Innsatsstyrt finansiering og beredskap. 2009. Masteroppgave BE311E, Handelshøgskolen i Bodø.
12. Fuchs VR. Who shall live? Health, economics and social choice. World Scientific 2011, 79-104.
13. Plan for den somatiske spesialisthelsetjenesten. Helseregion nord. Det regionale helse - og sosialutvalg, Helseregion Nord 1997.