



Fra presidenten: Sammenslåing av sykehus

Flere sykehus slås sammen – men ingen lokalsykehus skal legges ned, sier regjeringen. Sammenslåingen medfører omstillinger som igjen medfører noe mange ville kalle nedlegging av lokalsykehus, eller de mister så mange funksjoner at de knapt kan kalles sykehus.

Det hadde vært redeligere å utarbeide og gjennomføre en nasjonal plan for hvilke sykehus vi skal ha, hvilke vi skal legge ned, hvilke som kan ivareta andre oppgaver i helsetjenesten som også bevarer arbeidsplasser og hvor vi skal bygge nye. Oppgaver fordeles deretter etter faglige kriterier og med hensyntaking til geografi. Ikke ut fra partipolitiske føringer.

Fra 2002 overtok staten eieransvaret for de fylkeskommunale sykehus og eier i dag de fleste sykehus i landet. Unntakene blir stadig færre. Statseide sykehus har en viktig funksjon i behandlings- og utdanningskjeden og skal være en viktig arnea for forskning. Sykehusene er i kontinuerlig utvikling som følge av utvikling av faget, medisinsk teknologi og forventninger, men også med mål om mer rasjonell drift. I fremtiden kan vi i tillegg forvente omstillinger på tvers av tradisjonelle helsetjenestenivåer og yrkesgrupper med mål om å oppnå bedre effektivitet og helhet.

Den sykehusorganiseringen som en gang ble valgt var forankret i en annen samfunnsstruktur. Betydelig bedre transportmuligheter reduserer behovet for sykehus, men trygghet skapes likevel gjennom rimelig nærhet til hjelp når det haster. Hvilke tjenester slik akutt hjelp skal inneholde, kan variere med avstand til større sykehus. Noen steder kan en godt utbygget legevaktssentral dekke behovet.

Sammenslåing av sykehus og sykehusfunksjoner begrunnes både i behov for sentralisering for å heve kvalitet og med effektivisering og reduksjon av kostnader. Det forutsettes at større enheter gir bedre kvalitet og effektivitet – men hva er i såfall de andre forutsetningene som må være tilstede? Store sammenslåingsprosesser skjer i hovedstadsområdet og sentrale østland, i likhet med det som skjedde i København og Stockholm. Sammenslåinger i andre deler av landet med større avstander mellom sammenslåtte sykehus, medfører en annen og minst like utfordrende situasjon. Ledelsen sitter ofte langt borte og felles kultur og evt fordeler ved stordrift er vanskeligere å bygge.

Vi kjenner erfaringene fra bl.a. København og Stockholm med hva som er suksesskriterier for store sammenslåingsprosesser og hva som skaper høy risiko. Omstillinger i seg selv representerer en kostnad for virksomheten og krever positive incentiver og medieropplevelse for å lykkes. Kostnadsberegninger, men også analyser av risiko for pasientbehandlingen, ansattes arbeidssituasjon og vurdering av kompetanseflukt, må gjøres. Det er de dyktigste som forsvinner først når ansettelsesforholdet blir usikkert, det må sykehusene ta på alvor. Det er avgjørende at omstillingene vurderes og oppleves som investeringer i fremtiden. Fremtidig «gevinst» av prosessen kommer ikke samtidig med at sammenslåingen pågår, ei heller den økonomiske.

Legeforeningen har kritisert at sammenslåingen i Oslo universitetssykehus og Vestre Viken skal skje uten omstillingsmidler. Dette skaper unødig støy og usikkerhet både i forhold til om tilbudet til befolkningen kan opprettholdes og om ansettelsesforholdene for de ansatte. Sett i lys av at hele spesialistutdanningen for leger i stor grad baseres på ansettelse i midlertidige stillinger, blir situasjonen ekstraordinær.

Hele arbeidslivet er preget av endring. Endringsvilje er fremhevet som en viktig egenskap. Det betyr å kunne leve med at arbeidsplassen og funksjoner kan endres gjennom et arbeidsliv. De stats-eide sykehusene er spesielle da utdanning av spesialister nærmest utelukkende kan skje der og likeledes utvikling av spesialisthelsetjenestetilbud til befolkningen. Det er ingen andre som står klar til å ta over om kapasiteten dras ned. Endringer i sykehusstrukturen er derfor særlig utfordrende.

Tiltak som kan demme opp om den usikkerhet stadige endringer kan skape, gir et godt grunnlag for omstillingsarbeid. Dette er forklaringen på at det i næringslivet anses som grunnleggende for både effektivitet og trivsel at personalhåndtering – HR (Human resources) – vektlegges og styrkes. Vi opplever til tider det motsatte i sykehus. Det skapes utrygghet og arbeidsmiljøfaktorer tillegges liten betydning noe som oppleves som kortsiktig økonomisk motivert og lite fremtidsrettet. Det må investeres langsiktig i utdanning, forskning – og arbeidsmiljø. Det vi gjør i dag får effekt over flere år fremover. Det tar kort tid å rasere fagmiljøer, men mange år for gjenoppbygging.

«Sørge for» ansvaret til de regionale helseforetak må innebære tilrettelegging for at det er mulig å gjennomføre sammenslåingsprosesser på en god måte. Det regionale helseforetaket har ansvar for rammene for helseforetakene. Helseforetaket skal på sin side gjennomføre f.eks. sammenslåinger, samtidig som arbeidsgiveransvaret og plikten til å tilby forsvarlige tjenester og være forsvarlig organisert, må ivaretas. Forpliktelsen vil innebære en plikt til å ha gode rutiner og systemer for behandling, oppfølging og overvåking av virksomheten. Det må påses at forsvarlighetsnormen kan og faktisk blir etterlevd.

Forsvarlighetskravene «binder» helseforetakene ved ansettelse og ansvars plassering som må gjøres ut fra kvalifikasjoner. Helseforetaket må også tilrettelegge for forsvarlig samhandling innenfor foretaket og utad. Forsvarlighetskravet innebærer krav på flere områder, som organisering av personell, medisinsk utstyr og kontrollsystemer.

Samfunnet utvikler seg. Det medisinske fag utvikler seg. Det er behov for omstillinger. Arbeidstaker og arbeidsgiver må bruke tid på å etablere et godt grunnlag for samarbeid og dialog. Ansvar for å gi befolkningen god spesialisthelsetjeneste må uansett alltid ivaretas.



Torunn Janbu

Torunn Janbu
torunn.janbu@legeforeningen.no
president