

Sykehusstrukturen i Norge - et uløselig dilemma?

FRA FORENINGEN

AARSETH HP

Landets sykehusstruktur har vært og er gjenstand for heftig debatt. Norge har få innbyggere og spredt bosetting over store avstander. Vår sykehusstruktur er blitt til under helt andre forhold enn det som råder i dag: ingen overordnet planlegging eller styring, uoverkommelige avstander og “enkel” fagutøvelse der en lege stort sett var en lege.

Om den overordnede styringen av planleggingen er blitt vesentlig bedre kan man alltid stille spørsmål ved. Utvikling av de to regionsykehusene Ullevål og Rikshospitalet på hver sin side av en firefelts motorvei er et underlig eksempel. De som gikk inn for denne løsningen la svært forskjellige premisser til grunn. Man kan også undre seg over vedtaket om å bygge et nytt sykehus med alle rettigheter i det sørlige Akershus.

Det har vært alminnelig enighet om at Oslogryta har for mange sykehus med akuttfunksjon. Avstand kan ikke brukes som et argument i dette området. Det som imidlertid kan være et argument, er at befolkningen i større utstrekning må få et tilbud om spesialisthelsetjenester der de bor. Da må man ikke miste av syne at spesialisten ikke behøver å være lokalisert i et fullt utstyrt sykehus for å kunne gi et godt behandlingstilbud til de aller fleste pasientene.

I mange fylker har man etter 20-30 år med stridigheter greid å skape en fornuftig arbeidsdeling mellom sykehusene. Det har ikke vært smertefritt. Selvfølgelig taper man noe i slike prosesser. Spørsmålet må hele tiden være: Vil fordelene oppveie ulempe? Som leger gjør vi denne type vurderinger daglig i pasientbehandlingen når vi skal finne den behandlingen som gavner den enkelte pasient best, vel vitende om at det enkelte tiltak kan medføre både ulempe og risiko.

I *Stortingsmelding nr. 24 (1996-97) Tilgjengelighet og faglighet*, fremmet regjeringen et forslag om å sanere en del akuttsykehus ved å gjøre dem om til spesialsykehus/elektive sykehus. I behandlingen av meldingen bad Stortinget om å få et bedre beslutningsgrunnlag gjennom en “vurdering av konsekvensene for pasienter og helsepersonell i mindre sentrale strøk ved en eventuell overgang til spesialsykehus/ventelistesykehus og sentralisering av akuttberedskapen”.

I *NOU 1998: 9 Hvis det haster*, har et utvalg ledet av kommunelege Daniel Haga forsøkt å gi et slikt beslutningsgrunnlag. Innstillingen gir god innsikt i både kvantitative og kvalitative aspekter ved akuttmedisinske problemstillinger og peker på tre kritiske områder i den akuttmedisinske kjeden:

- Legedekning i primærhelsetjenesten
- Kvalitet og kapasitet i ambulansetjenesten
- Sykehusstrukturen

I den videre debatten bør vi legge til grunn at disse områdene må sees samlet. Svekket et element må det sikres at det erstattes av en styrking på et annet område.

Ikke uventet er utvalgets innstilling blitt møtt med motforestillinger. En bredt sammensatt gruppe av leger, med spesiell oppmerksomhet på problemene i Nord-Norge, har laget en motmelding. I denne kommer det også frem mange synspunkter som må tas med i den videre prosessen.

Politikerne står foran vanskelige valg. Som leger har vi et særlig ansvar for å gi gode medisinsk-faglige vurderinger og konsekvensanalyser. Vi må kunne peke på avstanden mellom det oppnåelige og det optimale. Vi må vokte oss vel for å gi dårlig begrunnede dommedagsprofetier dersom det ene velges, slik vi også må vokte oss for å love alt på øverste hylle om det andre blir valgt. Vi må også være så ærlige å si at all verdens økonomiske ressurser ikke kan fremskaffe det beste tilbudet til alle. Medisinen er ikke slik. Til en viss grad kan kompetanse læres gjennom teori og i ferdighetslaboratorier. Fullgod kompetanse får vi bare gjennom praktisk arbeid med pasienter. Antall pasienter begrenser muligheten. Dess mer komplisert behandling, dess vanskeligere å tilegne seg kompetanse. Tilgangen på pasienter kan være det som først og fremst gjør det nødvendig å samle behandlingstilbud i færre enheter. Hvis alle leger skal lære alt, vil ingen lære mye.

Hans Petter Aarseth
president

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no