

Søring i nord med ansvar for fordeling

Legegjerning i nord lokket medisinstudenten Trine Magnus på slutten av 1970-tallet. To tiår senere har hun en finger med i spillet når funksjoner skal fordeles mellom sykehusene nordpå. Det er ingen lett nøtt å knekke, oppgavefordeling vekker eierskapsfølelser hos sykehusansatte så vel som hos lokalpolitikere og befolkning. Men fagdirektøren i Helse Nord er tindrende klar: – Ingen sykehus eier pasientene, sier hun.

For fagdirektøren i det regionale helseforetaket i nord, innebærer funksjonsfordeling primært å sørge for at befolkningen i de tre nordligste fylkene får dekket behovet for spesialisthelsetjenester.

– Det blir en kjempeoppgave å komme til bunns i hva som er befolkningens reelle behov og kartlegge forskjeller mellom regionene, sier Magnus.

Sørge-for-ansvar

I nord styres dette arbeidet fra det regionale helseforetakets administrasjonslokaler i Bodø, nøkternt plassert og høyst anonyme; en førstegangs besøkende må holde blikket i midjehøyde for å finne inngangen, en ordinær dør med foretakets logo i beskjeden størrelse. Etter fire etasjer opp gjennom en gul trappegang er man på toppen av Nord-Norges helseadministrasjon, lys og nyinnredet. Det eneste fagdirektøren savner, er utsikt fra kontorvinduet. Men hvem har tid til å betrakte vyer når man har boligadresse i Tromsø, arbeidsadresse i Bodø og en hverdag spekket med møter med helsearbeidere i nord, fagdirektørkolleger i de fire andre regionale helseforetakene, samt politikere og helsebyråkrater i Oslo?

– Hva gjør en fagdirektør?

– Fagdirektøren har et strategisk, overordnet ansvar for at befolkningen tilbys og får tilgang til et fullverdig og kvalitativt godt sett av spesialisthelsetjenester. I tillegg har fagdirektøren ansvar for å tilrettelegge, slik at de faglige ressursene som regionen råder over, blir utnyttet på best mulig måte.

Oppgavene skal løses innenfor de rammer Helse Nord RHF råder over. Fagdirektøren trekker på smilebåndet.

– Samtidig skal vi drive foretak. De to hovedoppgavene er likestilte fra oppdragsgivers side, men er ikke alltid lett forenlige.

– Hvorfor ikke?

– Hvis vi skal få det nye systemet til å fungere godt, og til virkelig å representere



– Det er ikke til å unngå at noen vil oppleve at kvalitet eller tilgjengelighet blir dårligere når funksjoner blir delt mellom sykehus, sier Trine Magnus, fagdirektør i Helse Nord RHF. Foto I. M. Høie

noe nytt, må det være et realistisk forhold mellom oppgaveløsning og ressurser. Vi er ikke der riktig ennå.

Fagdirektørenes ansvarsområde stopper ikke ved grensen til neste region. De må også ha øye for oppgavefordeling på nasjonalt nivå, og har blant annet et samarbeidsforum.

– Samarbeid på tvers av regionene er en positiv effekt av sykehusreformen. De regionale helseforetakene har en annen myndighet og større innflytelse enn de tidligere regionale sosial- og helseutvalgene. Samarbeidet gir også mulighet til å bygge på hverandres erfaringer, sier Magnus.

Det samarbeides også med nasjonale helsemyndigheter. Fagdirektørene har blant annet plass i Fagrådet for høyspesialiserte tjenester. – Dette kan utvikles til noe som

kan gi gode råd om utvikling og prioritering i helsevesenet, og som den enkelte fagdirektør kan bruke til fagstyring i egen region, mener hun, og konstaterer: – Prioritering er en av mine kjeppheter.

Makt og påvirkning

– Vi klarer ikke å ivareta samfunnets krav til offentlig spesialisthelsetjeneste uten å prioritere. Presset fra medisinsk teknologi, som innebærer at vi kan gjøre det meste med de fleste, er stort. Vi klarer ikke å møte etterspørsel etter helsetjenester på alle nivåer. Prioritering og oppgavefordeling er to svar som kan bidra til å løse dette, samt et konstant krav om å utnytte ressursene best mulig, fremholder hun. – Har du som fagdirektør noen makt over prioritering i helsevesenet?

– Nei, jeg har ingen reell makt og innflytelse, men via samarbeid og ved å tilrettelegge for vedtak i styrer og via innhold i styringsdokumenter, har jeg mange gode påvirkningsmuligheter. Det må være en felles oppgave at vi bidrar til prioritering.

Vi ser i dag at det ikke er samsvar mellom overordnede politiske mål og hvor ressursene styres, sier Magnus og viser til at veksten i somatiske sykehus er større enn i psykiatrien, til tross for opptrappingsplan. – Det sier noe om etterspørsel og påvirkningskraft, og om hvor lite flinke vi er til å omsette politiske prioriteringer i faktisk handling, tilføyer hun.

Leger mot nord

Etter mer enn 20 års legegjerning i Troms har Trine Magnus god oversikt og kompetanse om liv og levned nord for polarsirkelen. Med fødested København og oppvekst i Oslo befinner hun seg geografisk langt fra sine røtter, men hun har en sterk kjærlighet til landsdelen hun tjener. På kullet som ble uteksaminert fra Det medisinske fakultet

i Oslo i 1979, var det mange søringer som ville nordover. De hadde sågar en egen forening, FLINT: Flere leger i Nord-Norge etter turnustjenesten. Mange drog, de fleste vendte nesene sørover igjen. Trine Magnus slo rot, lot seg fascinere av en mann, naturen, variasjonen i årstidene, lyset i mørketiden, somrene som kan være fantastiske selv om det er regn og åtte plussgrader. Hun var kommunelege i Karlsøy i Troms i ti år, deretter gikk ferden til Tromsø og universitetet hvor hun tok mastergrad i folkehelsevitenskap. Tilfeldigheter førte henne inn i mikrobiologien, med påfølgende spesialitet ved mikrobiologisk avdeling ved Regionsykehuset i Tromsø, før hun ble sjef for medisinske serviceavdelinger og sjeflege samme sted.

Utfordring i Helse Nord

Som fagdirektør for landets tre nordligste fylker står Trine Magnus og hennes medarbeidere overfor spesielle utfordringer når oppgaver skal fordeles. Dette er landets største geografiske region, og samtidig har den landets minste innbyggertall. Landsdelen har flere sykehus per innbygger enn noen annen region, mange fagmiljøer er marginale og rekruttering av helsepersonell med relevant kompetanse byr ofte på problemer.

Stikkord for oppgavefordelingen er volum, kvalitet og tilgjengelighet. Noen kriterier for hvordan man skal gå frem, er allerede lagt i bestillingen fra helsemyndighetene: Man må opprettholde desentralisert tilbud av tjenester med høyt volum og spesialisert tilbud av tjenester med lavt volum. Dette skal balanseres mot lokale og geografiske hensyn, og selvsagt mot økonomi.

– Noe av det spennende er muligheten til å bruke alle elementer: fagkompetanse, geografiske og lokale forhold koblet med fornuftig ressursstyring. På en del områder må vi legge andre kriterier til grunn her i nord enn i Helse Øst, hvor befolkningsgrunnlaget er fire ganger så stort og markedet for private spesialisthelsetjenester et helt annet. Jeg vil være tydelig på at faglige hensyn og hensyn til pasientbehandling skal ligge i bunnen, og at man skal tenke økonomi deretter. Tilgjengelighet og kvalitet skal være oppfylte krav, vi kan ikke levere annet enn kvalitet, slår 50-åringen fast. – Samtidig må vi kunne bruke et begrep som «akseptabel kvalitet». Det vil alltid finnes valg. Forutsatt at kriterier om kvalitet og tilgjengelighet er oppfylt, skal vi velge kostnadseffektivt, slik at vi kan frigjøre ressurser til å drive annen tjeneste, legger hun til.

Kvalitet og tilgjengelighet

Mulighetene og utfordringene ligger i fornuftig styring av ressursene, anser Magnus. Helt enkelt er det ikke. Ei heller smertefritt, som når man for eksempel skal lage felles, enhetlig klinisk ledelse for enheter som ligger 60 mil fra hverandre, som mellom syke-

– fakta –

- Anne Katrine Magnus, født 1951 i København
- Cand.med. Universitetet i Oslo 1979, spesialist i samfunnsmedisin 1990, spesialist i medisinsk mikrobiologi 1995
- Sjeflege for serviceavdelingen, Regionsykehuset i Tromsø 1994–2002
- Sjeflege Regionsykehuset i Tromsø 2000–02
- Fagdirektør Helse Nord regionalt helseforetak 2002–

husene i Kirkenes og Hammerfest, og man attpåtil må reise via Tromsø. Samtidig er målet at tilbudet skal bli bedre og mer tilgjengelig enn før.

– Når man setter i gang slike prosesser, må man basere seg på fakta og dokumentert viten i informasjonen til befolkningen. Det er ikke til å unngå at noen vil oppleve at kvalitet eller tilgjengelighet blir dårligere, erkjenner fagdirektøren. – Men hva er god kvalitet og god tilgjengelighet? Nå er vi i ferd med å starte et prosjekt for organisering av fødselsomsorgen, som Stortinget har pålagt oss gjennom behandlingen av akuttmeldingen og som deler inn omsorgen i flere nivåer. Dette skal oversettes til nordnorske forhold. Det er mange fødeavdelinger i regionen som ikke kommer opp mot 400 fødsler i året, og som ligger an til å få status som fødestue. Men for oss er det viktig at det totale bildet i størst mulig grad er etter myndighetenes bestilling, presiserer hun. – De regionale helseforetakene skal sørge for pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Er det vanskelig å fylle alle oppgavene?

– Nei, det synes jeg ikke. Dette er integrerte oppgaver i helseforetakene. Utfordringen er å sikre rammebetingelser slik at ikke presset på klinisk virksomhet skyver andre oppgaver ut, samt å sørge for at vi har personale med evne, vilje og entusiasme. Vi står fattige tilbake hvis vi for eksempel ikke prioriterer forskning. Helse Nord må i den forbindelse særlig sørge for å ivareta interessene til Universitetssykehuset Nord-Norge, som har et spesielt ansvar for utdanning og forskning i vår region. Vi har en ambisjon om at sterke og gode regionale nettverk for klinisk forskning og kompetanseutvikling skal gjøre det attraktivt for fagfolk å velge Helse Nord, sier Magnus.

– Vil funksjonsfordeling kunne ramme kompetanseutvikling ved sykehusene?

– Det er en mer eller mindre reell fare for det dersom oppgaver forsvinner fra et foretak, og slikt må være med i vurderingen i hvordan et miljø skal fungere. Men det blir galt å gå til den andre ytterligheten og si at alle må gjøre alt.

Allmennlege i sitt hjerte

Er man fagdirektør i et regionalt helseforetak, blir oppmerksomheten naturlig rettet mot spesialisthelsetjenesten. Men Trine Magnus' kliniske identitet ligger i allmennmedisinen. Spesialiteten i samfunnsmedisin og mangeårig erfaring fra primærhelsetjenesten kommer godt med i rollen som fagdirektør. Helhetsperspektivet ligger i ryggmargen. At hun også er spesialist i medisinsk mikrobiologi, rokker ikke ved det.

– Jeg kan lettere identifisere meg med situasjoner som oppstår hjemme hos pasientene. Forhåpentligvis bidrar bakgrunnen i allmennmedisinen også til at jeg som fagdirektør bidrar til bedre samhandling med primærhelsetjenesten, tror Magnus.

Hun peker på at en konsekvens av fastlegeordningen, er at man ikke lenger har en tydelig part, et strategisk nivå, når man skal henvende seg til primærhelsetjenesten.

– Det er et problem, og det er et paradoks at før hadde man fri lege og fast sykehus, mens man nå har fastlege og fritt sykehusvalg, legger hun til.

Hun løfter frem at Helse Nord RHF har som uttrykt strategisk mål å bidra til samhandling med primærhelsetjenesten i regionen, og sikre usynlige grenser mellom første- og annenlinjetjenesten. Nylig avla en prosjektgruppe en rapport som omhandlet hvilke områder det regionale helseforetaket konkret kan bidra til samhandling med primærhelsetjenesten.

– Videre diskuterer vi blant annet ny struktur på ambulanse- og nødmeldetjenester. Vi har også et fantastisk redskap for samhandling i Nord-Norsk Helsennett. Alle sykehus kommuniserer via dette nettet, og innen utgangen av 2002 vil alle allmennleger være tilkoblet, opplyser Magnus.

Byråkratisk jobb

Overgangen fra stillingen som sjeflege ved Regionsykehuset i Tromsø til fagdirektør er stor. Hun finner det utfordrende å ha et større område å drive og et større sett av virkemidler. Å skape gode strukturer for samhandling passer bra for en person som sies å være ryddig og analytisk. – Men sorgen i dette er at man lukker enda noen dører mellom seg og pasientene, og fjerner seg fra utøvende virksomhet.

Arbeidet i regionalt helseforetak er mer byråkratisk enn hun hadde forestilt seg.

– Jeg opplever likevel at folk har et våkent blikk for ikke å la byråkratiet ese ut, og at byråkratiet er til for å fremme helsetjenestene i foretakene. Fremfor å øke antall ansatte hos oss, vil vi bygge på kompetansen i helseforetakene, sier Magnus.

– Ingrid M. Høie, Tidsskriftet
ingrid.hoie@legeföreningen.no