

Ved den statlige overtakelsen av sykehusene ble sykehusene ikke fristilt, men samlet i fem regionale helseforetak. Det er mange gode grunner for en slik organisering (1). Vårt bosettingsmønster, med en liten befolkning i et spredt bebygd land, fører til at vi må ha mange relativt små sykehus. Både av faglige og økonomiske grunner kan ikke alle sykehus gjøre «alt». De største sykehusene kan medisinsk sett dekke det meste i sine nærområder, men er avhengige av de mindre sykehusene for å kunne følge opp sine forpliktelser utenfor storbyene.

Et velfungerende sykehusstilbud til hele landet forutsetter derfor at man etablerer regionale nettverk av samarbeidende sykehus. Disse må samlet kunne dekke (nesten) alle aktuelle behandlingstilbud og opptre som *ett* samlet system ved behandling av den enkelte pasient. Hvert regionalt foretak har en størrelse som gjør det mulig å bygge slike nettverk – i motsetning til fylkene tidligere. De regionale helseforetakene kan dermed sikre at alle pasientene bringes til sykehus som er kompetente i forhold til deres behov, at all behandlingen som kan utføres lokalt utføres nærmest mulig pasientens bosted, og at oppdatert medisinsk informasjon automatisk følger pasienten overalt i det regionale sykehusnettverk. Vilje til samarbeid, bygging av regionale fagmiljøer, samordning av prosedyrer og valg av fellesløsninger for informasjonsteknologi er betingelser for en slik brukervennlig organisering.

En fast oppgavefordeling etter dette mønsteret kan likevel ha negative sider. Beskyttede monopoler, ineffektivitet og faglig stagnasjon kan utvikle seg. Når enkeltmenneskets valgfrihet og råderett tillegges større vekt, vil pasienters frie sykehusvalg kunne motvirke slike konsekvenser. Dette kan likevel være starten på en utvikling der sykehusenes aktivitet primært rettes inn mot å konkurrere om pasienter og penger (2).

I sentrale styringsdokumenter (3, 4) forutsetter sykehuseier tett integrasjon og samkjøring mellom de enkelte enheter i de regionale helseforetakene. I disse dokumentene og i den helsepolitiske debatt er det likevel liten oppmerksomhet omkring den konflikt mellom to gode formål man kan øyne etter sykehusreformen: Ønsket om å skape valgfrihet og konkurranse, og ønsket om å skape et samarbeidende sykehussystem med et veldefinert ansvar overfor den enkelte pasient.

Gjeldende ordning med fritt sykehusvalg vil neppe ødelegge mulighetene for et tett samarbeid mellom sykehusene. Hvis man derimot skiller rollene som bestiller og produsent (5) og deretter går videre ved å forde-

le stadig flere oppgaver mellom sykehusene etter anbud og konkurranse, kan man gradvis få helt andre effekter og endrede holdninger. Andre sykehus vil ikke lenger oppfattes som samarbeidspartnere i et regionalt nettverk, men som konkurrenter som kan komme til å ta over de faglig eller økonomisk mest attraktive oppgavene. Man kan også tenke seg tilsvarende holdninger mellom enkeltavdelinger innad i samme sykehus.

Det har vært vanlig å være positiv overfor andre sykehus når disse henvender seg for rådgiving om pasienter med kompliserte sykdomsbilder, utlevering av prosedyrebeskrivelser, undervisning, ønsker om hospitering og starthjelp når nye tilbud skal etableres. Det samme gjelder når man i regi av regionale helseplaner har etablert behandlingsskjeder til definerte pasientgrupper. Skjerpet konkurranse vil kunne endre dette. Få vil da bruke tid og knappe ressurser på aktivitet som tjener en konkurrent. Forholdet mellom sykehus blir som mellom konkurrerende bedrifter i næringslivet.

En slik utvikling – kombinert med økende funksjonsfordeling mellom sykehus – kan føre til at pasienter med flere sykdommer må forholde seg til flere innbyrdes konkurrerende sykehus, som hvert tar seg av ett organ eller én sykdom, uten at pasienten møter noe sykehus som tar ansvar for helheten. Et anbudssystem må nok ta utgangspunkt i definerbare enkeltsykdommer og prosedyrer som kan prises. Pasienter som trenger å få plassert et totalansvar for innfløkte, sammensatte tilstander vil da lett falle utenfor, selv om det nettopp er slike kombinasjoner av sykdommer og tilstander flere og flere pasienter har.

Når man skal endre et sykehussystem med svakheter, må man huske at tiltak for å oppnå forbedringer også kan ødelegge de deler av systemet som faktisk har fungert bra, og som derfor har tiltrukket seg liten oppmerksomhet. Det daglige og ofte uformelle samarbeidet mellom sykehus har ofte fungert godt, selv om mye kunne ha vært bedre. Smøreoljen i dette samarbeidet har vært opplevelsen av å tilhøre et felles system med felles mål. Det er lett å overse denne smørende funksjonen, før man møter konsekvensene av at den har forsvunnet.

Samarbeidet som skal til for å bygge regionale sykehusnettverk, tåler en dose konkurranse, men ikke ubegrensede mengder. Det er naivt å tro at man fullt ut kan få fordelene fra både samarbeid og konkurranse. Hvor mye konkurranse samarbeidet tåler, er vanskelig å forutsi. I en uoversiktlig situasjon bør Helsedepartementet, som eier, og styrene i

de regionale helseforetakene erkjenne denne iboende konflikten og gå forsiktig frem. I praksis betyr det at man tett overvåker de effekter økende bruk av konkurranse har på samarbeidet mellom sykehus og ikke bruker større doser konkurranse enn det et ønsket regionalt sykehussamarbeid kan tåle.

Baard-Christian Schem
baard.christian.schem@haukeland.no
Onkologisk avdeling
Haukeland Sykehus
5021 Bergen

Baard-Christian Schem (f. 1956) er medlem av Tidsskriftets redaksjonskomité. Han er dr.med., spesialist i onkologi og engasjert i utprøvede behandling med hypertermi ved kreftsykdommer. I 1996–99 var han sekretær for Helsetilsynets fagråd for høyspesialisert medisin.

Litteratur

1. Haug C. Innlagt i foretak. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 13.
2. Iversen T. Fra ventelister til pasientknapphet. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 362.
3. Sykehusreformen – noen eierperspektiv. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2001.
4. Styringsdokument Helse Vest RHF 2002. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2001.
5. Klare ansvarsforhold for helsetenesta i vest: Helse Vest RHF bestiller – helseforetaka utfører. Pressemelding 1.11.2001. Bergen: Helse Vest RHF, 2001.