

Kompetanseflukten fra offentlige sykehus har mange årsaker. Noen av dem er vanskeligere å diskutere i åpenhet enn andre

Private flyktninger

En av de viktigste ferdigheter leger trenes i, er differensialdiagnostikk. For å kunne sette i gang riktig behandling, er det avgjørende å ha stilt riktig diagnose. Det er spesielt viktig å være åpen for at ett og samme symptom kan skyldes ulike forhold – at det kan være flere enn én diagnose som gir symptomet. Denne åpenheten for ulike forklaringer er like viktig når det gjelder analyse av problemer i helsevesenet. En utvikling som har uroet flere, er at det offentlige helsevesen tappes for høyt utdannet og kompetent helsepersonell. Problemet ble belyst både i en lederartikkel og i en reportasje i Tidsskriftet nr. 18/2003 med eksempler fra det plastikkirurgiske fagfelt (1, 2). I dette nummer av Tidsskriftet tar ni overleger som har forlatt Plastisk kirurgisk avdeling ved Rikshospitalet til motmæle og lanserer noen alternative hypoteser for kompetanseflukten (3, 4).

Årsakene til at leger forlater det offentlige helsevesen er mange, ulike og komplekse. Meningene er også delte om hvor uheldig en slik utvikling egentlig er. Men det er bred enighet i Norge om at solid kompetanse og tilstrekkelige ressurser ved offentlige sykehusavdelinger er avgjørende for at de alvorligst syke, de kronisk syke og personer med de mest kompliserte lidelsene skal få god behandling. Når sentral kompetanse forsvinner raskere enn den blir erstattet, slik man kan få inntrykk av skjer innenfor området plastikkirurgi, er det avgjørende å stille riktig diagnose for å få iverksatt riktig behandling. Bare slik kan utviklingen snus. Da må man være åpen for ulike forklaringer på hvorfor situasjonen er blitt som den er.

Den vanligste forklaringen på kompetanseflukten er at lønns- og arbeidsbetingelser er så mye bedre i det private. Bedre lønn, gunstige arbeidstid og færre kompliserte tilfeller frister leger ut av det offentlige. Men det finnes en rekke andre teorier. Én er byråkratiteorien. Den sier at leger i det offentlige går lei av byråkratiet – av papirmøllen, lange kommandolinjer, mange møter og lite armslag for initiativ. De må drive med kontorarbeid istedenfor legearbeid, og det blir i lengden uinteressant. En annen er profesjonsteorien. Den sier at leger går trett av all friksjon med andre yrkesgrupper, alle dem det skal forhandles med, alle som skal ha et ord med i laget og som kan stikke kjepper i hjulene. En tredje er ledelsesteorien. Den sier at legenes problem er legene selv og særlig leger i lederposisjoner. Det kan være et problem både at det ledes for lite og at det ledes for hardt, altså at lederne bruker sin makt til å holde sine underordnede nede istedenfor å frigjøre det som bor i medarbeiderne. Snarere enn å lokkes av penger, flykter de fra presset. Det er ikke markedet, men miljøet som er avgjørende for om man blir eller drar.

Frank E. Åbyholm la i sin lederartikkel hovedvekten på lønnsforhold og den enkelte leges yrkesetikk. Han hevdet at det er et krysningsspunkt mellom faglojalitet og lønn: Når de økonomiske betingelsene blir gode nok, blir faglige argumenter underordnet og legene søker seg vekk fra de offentlige sykehusene (1). Ikke uventet reagerer leger som har forlatt Plastisk kirurgisk avdeling ved Rikshospitalet på denne forklaringen. De mener bl.a. å kunne påvise at lønnsforskjellen mellom plastikkirurger ansatt i det offentlige og plastikkirurger ansatt privat ikke er særlig stor, og at det de privatansatte driver med, ikke bare er kosmetisk kirurgi. De har en alternativ forklaring på kompetanseflukten, og henviser til at de fleste av dem har forlatt Rikshospitalet pga. faglige forhold og samarbeidsproblemer forårsaket av Åbyholms lederstil (3, 4).

Det er ikke til å komme fra at slike diskusjoner er vanskelige. Det er enkelt og relativt ufarlig å drøfte hvordan stadig endrede rammebetingelser, unødig byråkrati, for små bevilgninger eller gnisninger med andre yrkesgrupper etter hvert gjør det mindre interessant å jobbe i det offentlige. Det er atskillig vanskeligere å diskutere i full åpenhet hvordan personlig higen etter rikdom eller faglige utfordringer trekker leger over i privat virksomhet. Og enda vanskeligere er det å omtale hvordan personlige motsetninger og lederstil bidrar til flukten. Noen vil hevde at slike diskusjoner er så vanskelige at de ikke hører hjemme i Tidsskriftet, at det blir en diskusjon om personer, ikke om sak. Men når vi snakker om holdninger, yrkesetikk, lederstil og samarbeid, er det nettopp det personlige som er saken. Derfor må også slike følsomme debatter kunne føres i vårt eget fagtidsskrift. Det er ikke bare spørsmål om ytringsfrihet. Skal vi finne en behandling som stopper en for stor lekkasje av kompetanse fra det offentlige, må vi være villige til å se åpent på alle mulige differensialdiagnoser.

Charlotte Haug
redaktør

Litteratur

1. Åbyholm FE. Plastikkirurgi i et kosmetisk marked. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2554.
2. Høie I. Spesialiststrøm fra sykehusene – hva så? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2608–11.
3. Amland PF, Andenæs K, Barstad M, Bretteville G, Gjessing E, Roald HE, Samdal F, Skolleborg K, Aass K. Plastikkirurger og yrkesetikk. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3086–7.
4. Skolleborg K. Plastikkirurgi og etikk. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3088.