

# Sentraliseringsvind rusker i lokalsykehus

Tjenestetilbudet ved lokalsykehusene står lagelig til for hugg når de regionale helseforetakene svinger øksen for å få budsjettene i balanse. Mens helseforetakene begrunner sentralisering med budsjettbalanse og økonomi, ser allmennleger medisinsk-faglige og økonomiske grunner til å bevare lokalsykehusene.

– Tidligere forestillinger om at lokalsykehus er faglig dårligere og dyrere i drift enn store sentralinstitusjoner, er gjort til skamme, sier Anette Fosse, fastlege i Mo i Rana, og forkjemper for lokalsykehus gjennom en årrekke.

Hun viser til rapporter fra SAMDATA (1) og Senter for medisinsk metode (2): Siden 1995 har SAMDATA årlig publisert sammenlikninger mellom sykehusene, som korrigerer for at store sykehus har enkelte pasienter med mer alvorlige tilstander. Dataene underbygger at samme behandling koster mindre ved lokalsykehus enn ved sentralsykehus.

I 2001 utgav Senter for medisinsk metode en rapport som konkluderer med at det ikke nødvendigvis er en sammenheng mellom pasientvolum og behandlingskvalitet (3).

## Behov for bredde

– Mye kan sentraliseres, og sykehusstruktur må endres med utvikling av fag og medisinsk teknologi. Men alt som er stort, er ikke godt, mener Anette Fosse.

– Vi må også ta vare på befolkningens trygghet og behov. Minst 90 % av pasientene har helt vanlige lidelser som kan behandles ved lokalsykehus. For det store gross av pasienter trenger vi en lokalsykehusfunksjon som en generalisttjeneste på bred basis for annenlinjetjenesten, både ved store og små sykehus. I tillegg er det helt avgjørende med akuttmedisinsk beredskap for befolkningen rundt om i landet, sier hun.

Fosse fremhever også lokalsykehus som en arena for faglig rekruttering, og for å utvikle og bevare kompetanse innen generell indremedisin og kirurgi.

– BEST-prosjektet (4) er et godt eksempel på hvordan kompetanse kan ivaretas. Det handler om vilje til å sette i verk tiltak og systemer for å få dette til. Det er god samfunnsøkonomi å behandle på lavest mulig nivå, slår hun fast.

## – Dårlig utredet

Karin Frydenberg og Gunnar Strøno, fastleger på henholdsvis Østre Toten og på Rjukan, møter sentraliseringsiveren på sine hjemmebaner i helseregionene Øst og Sør.

Med unison støtte fra kolleger i Vest-Oppland, står Frydenberg bak et kritisk skriv til den pågående omorganiseringen

ved Sykehuset Innlandet HF. Foretaksstyret har vedtatt at akutt gastrokirurgi i Oppland skal legges til Gjøvik sjukehus, og sengepostene legges ned ved Lillehammer sykehus. Styret har også vedtatt at fødeavdelingen ved Gjøvik sykehus skal legges ned, det vil si at kvinne- og barnfunksjonene blir lagt til Lillehammer sykehus. Vedtakene skal gjøres gjeldende fra henholdsvis 1. januar 2004 og fra sommeren 2004.

Sammenslåing av akuttkirurgiske funksjoner gir en rekke negative konsekvenser for pasientene, ikke minst økte transportbelastninger, og økte faglige krav til akuttbehandlingen i kommunene og i ambulansetjenesten, mener allmennlegene i Vest-Oppland.

Karin Frydenberg undrer seg over hastverket med denne omrokkingen av akuttfunksjoner, og etterlyser en mer omfattende konsekvensutredning av vedtakene.

– Når man river opp gamle strukturer, må man sørge for å ha utredet konsekvensene først, blant annet belastninger og kapasitetsproblemer rundt økt transport av pasienter, også alvorlig syke pasienter. Det er ikke gjort, hevder hun. – Som beboer og

allmennlege i området, er jeg bekymret for pasientenes trygghet i forhold til sitt lokalsykehus. Jeg er opptatt av at det faglige tilbudet er godt og trygt, men trygghet ved det kjente er også viktig og må ikke underslås, legger Frydenberg til.

Hun frykter også at etablerte og vel innarbeidede samhandlingstrukturer mellom første- og annenlinjetjenesten rives ned. Hun er kritisk til at foretaksledelsen ikke på forhånd har klarlagt nye strukturer, i samarbeid med primærhelsetjenesten.

– Slik det nå er, vil endringsprosessen bli unødig usikker for alle parter: pasienter, første- og annenlinjetjenesten, tror Frydenberg.

## Kvalitet lagt til grunn

Administrerende direktør Torbjørn Almlid ved Sykehuset Innlandet HF mener både kvalitet, konsekvenser og primærhelsetjenestens stemme er tatt med i betraktningen.

– Vi har utredet at 9 % av pasientene får noe lengre reisetid som følge av funksjonsfordelingen av akuttkirurgiske funksjoner. De økte transportkostnadene til ambulanse er beregnet til ca. 5 millioner kroner. Vi har lyttet til førstelinjetjenesten, men sett fra vår side har dette i første rekke vært nødvendig for å få til en kvalitetsheving av tilbudet. Vi mener at vaktordningen for kirurgi blir bedre, men sparer marginalt på endringene. Derimot vil vi spare 16–17 millioner kroner årlig på å legge ned fødeavdelingen ved Gjøvik sykehus, sier Almlid.



Befolkningen reiser bust når lokalsykehusstilbud trues. 21. oktober samlet 20 ulike aksjonsgrupper fra hele landet seg til demonstrasjon utenfor Stortinget. Foto I.M. Høie

## Frem og tilbake på Rjukan

I likhet med Karin Frydenberg, etterlyser Gunnar Strøno en grundigere utredning av konsekvenser. Fastlegen er leder av Interessegruppen for Rjukan sykehus. En faggruppe i kirurgi, nedsatt av Helse Sør RHF, har foreslått å legge ned akuttfunksjonen ved Rjukan, og Blefjell sykehus HF er inne i en prosess for å vurdere funksjonsfordelingen mellom de tre sykehusene i foretaket – Rjukan, Notodden og Kongsberg.

– Å legge ned Rjukan sykehus vil bety en økonomisk belastning for Helse Sør RHF, hevder Strøno.

Han minner om at pasientene ikke blir borte selv om et sykehus legges ned.

– Pasientene som blir lagt inn ved Rjukan sykehus, ca. 2 400 per år, må behandles ved et annet sykehus i regionen. SAMDATA har dokumentert at de andre sykehusene har 10–20 % høyere behandlingstkostnader enn Rjukan (1). I tillegg kommer transportkostnader.

10. oktober fremmet ledelsen i Helse Sør RHF et omorganiseringsforslag som innebar at antall helseforetak skal reduseres fra ni til fem. Begrunnelsen er krevende økonomisk situasjon; Helse Sør RHF må spare ca. 800 millioner kroner. Forslaget innebar blant annet at Telemark fylke ville bli stående helt uten sykehus med akuttfunksjoner. I stedet skulle det opprettes en felles døgnvakt ved nyopprettede helseforetak, for å håndtere akutttilfeller utenom normal arbeidstid – i forslaget anslått til kl 21–07. Forslaget skulle behandles 30. oktober, men etter et møte med helseminister Dagfinn Høybråten 21. oktober for å endre de økonomiske rammebetingelsene, gjorde Helse Sør RHF helomvendning: 800 millioner kroner skal fortsatt spares, men ingen sykehus skal legges ned. Psykiatrien skal skjermes og tilbud om forsvarlig øyeblikkelig hjelp skal sikres.

– Faren er likevel ikke over for Rjukan sykehus, mener Gunnar Strøno.

## Tredjelinjetjenesten bestemmer

At primærhelsetjenesten ikke blir tatt med på råd når helseforetakene omorganiserer sykehusstrukturen, vekker bekymring blant allmennleger.

– Helseforetakene bruker blant annet innsparing som påskudd for å legge ned velfungerende lokalsykehus med god inntjening, og sentralisere driften. Vi er bekymret fordi tredjelinjetjenesten, de høyspesialiserte kostbare sykehusene, bestemmer hvordan organiseringen og samspillet mellom første- og annenlinjetjenesten skal være, sier Kjell Maartmann-Moe, leder av Alment praktiserende lægers forening (ApLf).

– I dag snakkes det mye om viktigheten av samarbeid mellom tjenestenivåene, men samarbeid forutsetter at alle involverte parter er med. Vi opplever at allmennlegene i beste fall blir sittende i referansegrupper



Fremtiden er usikker for en rekke avdelinger ved landets lokale helseforetak. Dette gjelder sykehusene i Rjukan (bildet), Gjøvik, Kongsberg, Hønefoss m.fl.

utenfor de fora hvor beslutningene tas. Vi skal selvsagt ha tredjelinjetjenester av god kvalitet, men første- og annenlinjen må selvsagt, sammen med fastlege, få bestemme sin egen struktur og samhandling, utdyper han.

ApLf-lederen synes det er all grunn til å rope varsku: – Altfor mye av organiseringen av helsevesenet er sentrert rundt de få promillene av helseproblemer som trenger høyspesialiserte tjenester, mens det store gross av alminnelige ting kommer nederst på prioriteringslisten. Befolkningen trenger alminnelige sykehustjenester, det er der volumet er. Det er det alminnelige vi først og fremst må lage et helsevesen for. En eldre, litt dement pasient med slitent hjerte og lårbeinsbrudd, trenger ingen hjertespesialist ved Rikshospitalet. Derimot et passe stort sykehus hvor pårørende kommer på besøk, hvor vedkommende er kjent for personalet ved medisinsk poliklinikk, ved alderspsykiatrisk avdeling og av ortopedien, og hvor sykehuslegene kjenner fastlegen.

## Vil bestemme mer

Allmennlegene er lei av å stå på sidelinjen. Alment praktiserende lægers forening utarbeider nå et policy-dokument om hvordan man vil at annenlinjetjenesten skal organiseres. Foreningen ønsker en stamme av lokalsykehus som grunnelement i organiseringen av annenlinjetjenesten, hvor pasienter med alminnelige lidelser kan få spesialisthelsetjeneste med generell kompetanse innen kirurgi, indremedisin og psykiatri.

For å få innpass i maktens korridorer, satser ApLf blant annet på lederutvikling av

allmennleger og praksiskonsulentordningen (5). Planen er at alle somatiske og psykiatriske sykehus skal ha praksiskonsulenter innen 2008.

– Gjennom fritt sykehusvalg har fastlegene fått stor makt. Et sykehus som ikke leverer et godt nok tjenestetilbud, kan til sjuende og sist erfare at det ikke kommer mange pasienter dit. Det skulle bare mangle om ikke annen- og tredjelinjen er interessert i å høre hva fastlegene ønsker for pasientene, mener Maartmann-Moe. – Det er pasientene våre det handler om, ikke min og din pasient.

## Ingrid M. Høie

ingrid.hoie@legeforeningen.no  
Tidsskriftet

## Litteratur

1. [www.samdata.sintef.no/SAMDATA\\_sykehus/2001/index.htm](http://www.samdata.sintef.no/SAMDATA_sykehus/2001/index.htm) (24.10.2003).
2. SMM-rapport 2/2001: Pasientvolum og behandlingsskvalitet. ISBN: 82-14-02407-2
3. Sundar T. Betyr stort pasientvolum bedre behandlingsskvalitet? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1527.
4. Sundar T. BEST når det gjelder, også utenfor sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2766.
5. Høie I. Samhandling skal få fart på epikrisen. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2493–4