

Ulike oppfatninger om vedtaket i hovedstadsprosessen

Legeforeningens tillitsvalgte har gjort seg mange tanker om omstillingsprogrammet for spesialisthelsetjenesten i hovedstadsområdet. Hovedpunktene i det enstemmige vedtaket er bl.a. at ekspertisen på lokalsykehusene skal styrkes, slik at flere pasienter kan behandles lokalt.

I forbindelse med vedtaket, ba Legeforeningen et utvalg av sine tillitsvalgte svare på følgende spørsmål:

- 1) Mener du det er riktig å samlokalisere Ullevål og Rikshospitalet?
- 2) Hva er ditt syn på å flytte sykehuskapasitet ut av Oslo sentrum?
- 3) Hvilke følger tror du hovedstadsprosessen får for resten av landet?

Kirsten Toft, leder i regionsutvalg Nord



Kirsti Toft.
Foto Tove Myrbakk

1) Umiddelbart virker det fornuftig å samlokalisere parallelle tjenester som foregår i geografisk nærhet til hverandre. Men erfaring viser at jo større enheter, desto tyngre byråkrati og uklare linjer i systemet. Man bør tilstrebe å ta vare på gode rutiner og fagmiljøer fra begge steder. Det er uansett sikkert at dersom denne prosessen skal lykkes, må omstillingsprosessen bli implementert blant de ansatte i form av forståelse og deltakelse. Prosessen må få ta den tid som er nødvendig for at omstillingen skal oppleves som god og fornuftig, og det må være forståelse i foretaket for at omstillinger faktisk koster penger. Omstillingsmidler må til.

2) Jeg tror egentlig ikke det er problematisk, så lenge prosessene får tid og konsekvensene analyseres underveis. Men det er synd om store beslutninger tas med grunnlag i trange budsjetter og ikke med utgangspunkt i ønsket om høyere kvalitet på helsetjenesten.

3) Det er klart at prosesser som skjer i hovedstaden, får følger for resten av landet. Men jeg håper man er klar over at virkeligheten sett fra Oslo-gryta fortøner seg svært annerledes enn i landet for øvrig, særlig med tanke på avstand, geografi og befolkningsgrunnlag. Bakvaktfunksjon på flere fysiske steder ser jeg på som en umulighet. Men tanken om sykehusområder vil nok bre om seg. Det jeg finner særlig bekymringsfullt her er volumtallene for opptaksområder det opereres med. Gjøres disse generelle for resten av landet, sitter vi igjen med kun ett akuttsykehus i hele

Nord-Norge. Når det er sagt, er jeg positiv til endringer som gjør tjenestetilbudet enklere for både førstelinjen, ansatte, og ikke minst pasientene. Men det er viktig å beholde litt sunt bondevett oppe i det hele, med fokus på om man er ansatt, tillitsvalgt eller fagperson når man uttaler seg. Endringsprosesser er ofte mer uønsket enn uforventede.

Ann Færden, nestleder i Norsk psykiatrisk forening



Ann Færden. Foto Lise B. Johannessen

1) Dette gjelder kun for den somatiske helsetjenesten hvor en best mulig utnyttelse av både faglige og økonomiske ressurser er viktig, noe som kanskje gir en sekundær effekt til psykiatrien med styring av ressurser. 2) Dette er noe som i høy grad er styrt av utbygging av Ahus, men hvor psykiatrien har svært lite den skulle ha sagt, og i særdeleshet dens pasienter. Det er ikke bygget nybygg for psykiatrien utenfor Oslo. Oslo-pasienter legges inn lenger unna hjemstedet/kommunen og for de med lengre tids innleggelse blir det enda lenger unna stedet man sogner til. Det er ikke gunstig for den videre behandling, rehabilitering og tilbakeføring til hjemmet. 3) Helse Sør-Øst har sagt at hovedstadsprosessen skal ha betydning for resten av landet. Det er ikke godt å se hva de mener med det når det gjelder psykiatri og rusfeltet.

For psykiatrien vil dette være avhengig av hvordan de psykiatriske fagmiljøene i Oslo, som nå slås sammen til Oslo universitetssykehus, ser på dette og får mulighet til å utvikle seg både i bredden og i spiss. Psykiatriforeningen håper spesielt at utfallet blir et bedre tilbud til de svakeste, de som blir liggende lenge på sykehus. Denne gruppen er glemt i opptrappingsplanen og her er det vanskelig å rekruttere fagfolk. Delvis er hovedstadsprosessen noe som bare angår Oslo fordi det virker som om man andre steder i landet har kommet lenger i samhandling og oppgavefordeling uten en slik omfattende prosess. Forhåpentligvis blir det en tydeligere og bedre spisskompetanse på

de fagområdene som har ligget til Ullevål universitetssykehus og Rikshospitalet.

Tom Henri Hansen, foretaks-tillitsvalgt Sykehuset Buskerud HF



Tom Henri Hansen.
Foto Fredrik Høien

1) Til en viss grad er det riktig å samlokalisere. Det har ingen mening å ha konkurrerende fagmiljøer to kilometer fra hverandre. Men det er heller ikke sunt med faglige monopolister. For de mest spesialiserte områdene, virker det imidlertid fornuftig å samle

flest mulig ressurser på et sted.

2) Jeg tror det er klokt å flytte sykehuskapasitet ut av sentrum. Ellers i verden er det vanlig å legge medisinske sentra i ytterkant av de store byene på grunn av transport/trafikkproblemer. Jeg mener også at det har vært for mye sentralisering til regions-/universitetssykehusene de siste årene. Eksempelvis har lungekirurgi nå blitt sentralisert, noe som gjør at pasienter har fått betydelig forlenget ventetid på operasjon i vårt område. Resultatmessig har vi vært på høyde med hvem som helst i Buskerud og det faglige grunnlaget for sentralisering er tynt. Ellers kan 90 % av pasientenes sykdommer behandles i nærområdet, på områdesykehus.

3) Hovedstadsprosessen har nok størst betydning for østlandsområdet. Men en del ressurser vil nok kunne frigjøres og det vil nok til en viss grad lette det økonomiske presset sykehusene har fått kjenne de siste årene. Det store suget etter fagfolk/spesialister til hovedstaden vil kunne avta. Det vil resten av landet kunne nyte godt av. Jeg tror det er av stor betydning at mer perifere sykehus får beholde meningsfulle oppgaver hvis de skal være attraktive i fremtiden. Derfor finner jeg det riktig å satse på områdesykehus.

Knut Lundin, leder i Norsk indremedisinsk forening



Knut Lundin.
Foto Cecilie Bakken

1) Ikke i nåværende form, men kanskje hvis Ullevål universitetssykehus endrer karakter i retning av et spesialisert sykehus. Lokalisering av all akuttkirurgi til et slikt samlet sykehus, blir sannsynlig en svært dårlig løsning for høyspesialisert medisin.

2) Jeg regner med at man tenker på Ahus? Det er naturlig og ønskelig at det beholdes en betydelig del av sykehuskapasiteten i Sentrum.

3) Kanskje ikke så store følger. Mye av logistikkdebatten og antall sykehus med akuttmottak kan vanskelig overføres til de deler av landet med helt andre avstander. Og organiseringen av Oslo universitetssykehus, med tre store bygningsmasser uten at det er tatt stilling til samlokalisering, gjør at mye kan bli som før.

Tom Glomsaker, leder i Norsk kirurgisk forening



Tom Glomsaker.
Foto Cecilie Bakken

1) Tiden er overmoden for å restrukturere spesialisthelsetilbudet i Oslo. Prosessen har vært komplisert, uoversiktlig og til dels vanskelig å forstå. Håpet er at beslutningen om samlokalisering fører til at fagmiljøene får ansvaret for den videre detaljplanleggingen og at faglighet gjennomsyrrer den videre prosessen. Personlig har jeg stor tro på at man med de beslutninger som er tatt, kan komme frem til gode løsninger. Men jeg er svært bekymret for at økonomiske incitamenter vil påvirke arbeidet i en retning som ikke gjøre det mulig å gjennomføre nødvendige tiltak. Det må legges inn betydelige summer med friske penger for at man skal lykkes!

2) Om man med det mener å utnytte kapasitet i Bærum og ved Ahus, synes jeg ikke det er særlig komplisert.

3) Jeg tror først og fremst at konsentrering av sjeldne tilstander og prosedyrer er viktig for å sikre at Norge har et kvalitetsmessig godt helsetilbud. Jeg tror denne prosessen vil føre til at noen dublerede tilbud blir samkjørt og at det blir mer robuste fagmiljøer i Oslo når det hele får godt seg til. Det vil gi befolkningen et bedre tilbud totalt. Om penger vil bli frigjort ved en rasjonalisering, er jeg noe mer usikker på. Allikevel mener jeg at prinsippene om å sentralisere akuttkirurgi til færre enheter og å endre funksjonene til basissykehusene, er noe som vil ha ringvirkninger for hele landet. Med utgangspunkt i prosessen som pågår i Helse Sør-Øst, så kan man se for seg at antall sykehus med akuttkirurgi i Norge blir halvert. Det er på mange måter nødvendig både ut fra bemanning, teknologi og tverrfaglig beredskap. Dette vil selvsagt også ha implikasjoner på utdanning av spesialister og hvordan spesialistutdanningen organiseres i retning av ytterligere subspecialisering.

Aasmund Bredeli, foretakstillsvalgt Ullevål universitetssykehus



Aasmund Bredeli.
Foto Cecilie Bakken

1) Ideen er god, men vedtaket legger først og fremst organisatorisk til rette for at en eventuell fremtidig samlokalisering av sykehusene kan utredes videre. Men det finnes ikke investeringsmidler på kort sikt som gjør samlokalisering realistisk. Styrevedtaket, inkludert

bakenforliggende konsulentrapporter, bærer først og fremst preg av hastverk med å levere en politisk bestilling om fusjonering av Ullevål universitetssykehus og Rikshospitalet og samtidig synliggjøre mulige innsparinger. For å få dette til har man tatt for seg hele regionen. De bakenforliggende dokumentene for vedtaket synes mangelfulle vedrørende økonomi/omstillingsmidler, gevinstrealisering, arealplaner og konsekvensutredninger generelt. Man

risikerer å miste de faktiske mulighetene fusjonen gir for en fremtidig samlokalisering, og dermed et kostnadseffektivt sykehusstilbud i Oslo, med mindre konsekvensanalysene ikke fullføres før mer detaljerte beslutninger tas.

2) Først må man stille seg spørsmålet om det er ledig sykehuskapasitet utenfor Oslo sentrum. Kapasiteten utenfor Oslo-området synes overestimert i saksutredningen. På Ahus er den allerede sprengt. Det er ikke tatt tilstrekkelig høyde for fremtidig befolkningsutvikling i Oslo og de medisinskfaglige utfordringer dette medfører. Flytting av sykehuskapasitet ut av Sentrum vil kreve betydelige investeringer både øst og vest for Oslo. Dessuten vil utflytting av sykehuskapasitet fra Sentrum medføre utflytting av tilsvarende økonomiske ressurser fordi pengene følger pasientene. Samlet vil dette bidra til å redusere den økonomiske gjennomføringsevnen for både samlokalisering og effektivisering av sykehusene i Oslo. Konsekvensanalysene mangler også på dette området. Dersom det likevel skjer, risikerer vi avmagring og fragmentering av både fag- og forskningsmiljøer og dermed et dårligere pasienttilbud for høyspesialiserte tjenester – også på nasjonalt nivå.

3) Magnussen-utvalget har allerede konkludert med økonomisk skjevfordeling blant helseregionene. De andre helseregionene, som har atskillig større geografiske og organisatoriske utfordringer enn Helse Sør-Øst, vil naturligvis kreve tilsvarende ressurser som blir brukt i hovedstadsprosessen. Politisk vil det derfor bli vanskelig å bevilge de investeringsmidlene som skal til for å fullføre hovedstadsprosessen i det omfanget den har fått. Vi risikerer derfor at hovedstadsprosessen «brenner ut» på grunn av manglende bevilgninger fra myndighetenes side. Samlet kan man derfor tenke seg at det vil oppstå en modell med nasjonal styring i form av et sykehusdirektorat eller lignende. Økt privatisering kan også bli et resultat dersom det blir et politisk regime-skifte i fremtiden. På det praktiske plan kan usikkerheten vedrørende fremtidig organisering, overtallighet m.m. føre til svekket rekruttering til de høyspesialiserte fagmiljøene med regions- og landsfunksjoner.

Knut E. Braaten

knut.braaten@legeforeningen.no
Avdeling for informasjon og helsepolitikk