



Fra presidenten: Sykehus i ubalanse

Er det kun to alternativer for å løse sykehusenes problemer – innsparinger eller økning i budsjettene? Fremtidsrettede investeringer i kvalitet er en tredje vei.

Sykehusene har fra 2002 fått en rekke nye oppgaver og finansieringsansvar. Dette gjelder områder som rusbehandling, legemidler, pasienttransport, opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner og utenlandsbehandling. I tillegg kommer økte pensjonsutgifter og lønns- og prisvekst i tråd med samfunnet forøvrig. Budsjettveksten har kun i beskeden grad gått til å styrke de tjenestene som sykehusene hadde i 2002.

I samme tidsrom har det skjedd en betydelig aktivitetsøkning. Helse- og omsorgsdepartementet oppgir den samlede aktivitetsøkningen fra 2002 til 2007 til å være 16,3%. Effektiviseringer i sykehusene har gitt grunnlag for en høyere aktivitetsøkning enn hva veksten i bevilgningene alene har gitt rom for. Dette bør de ansatte og sykehusene berømmes for.

Jeg har i en tidligere kronikk i Tidsskriftet påpekt en rekke tiltak innen finansiering, organisering og ledelse, styrking av human-kapital, kvalitetsutvikling og arbeidsbetingelser som kan bidra til en stabil og god spesialisthelsetjeneste (1). Økonomikontroll handler om mye mer enn kutt i forbruk. Økonomikontroll må relateres til pålagte oppgaver og det må iverksettes flere andre virkemidler for å skape sykehus med gode fag – og arbeidsmiljøer som er i stand til å levere det medisinske tilbudet befolkningen har krav på. Ansvar og oppgavefordeling i helsetjenesten må gjennomgås først, og finansieringen må understøtte denne. Finansieringsmodellen for sykehus må bidra til prioritering av spesialisthelsetjenestehjelp til de som trenger det mest både innen somatikk og psykiatri. Slik er det ikke i dag.

Hvor mye skal det spares? Innsparingene som nå skal gjennomføres er ikke fremtidsrettede. Forskningsmidler og utdanningsressurser kuttes og utdanningsstillinger ledigholdes gjennom kortsiktige sparetiltak. Dette på tross av en erkjennelse av at det er viktig å investere i kompetanse særlig i nedgangstider. Som professor Boye nylig skrev i et debattinnlegg: Hvem skal stå for de medisinske fremskrittende vi er avhengig av de neste tiårene (2)? Finansieringsordningene burde premiere avdelinger og sykehus for ferdigutdannede legespesialister og annet helsepersonell. Tilsvarende kan gjøres for doktorgrader og annen definert forskningsaktivitet. Egne utdanningskategorier innen DGR-systemet kunne opprettes med prosentvis påslag ved veiledede prosedyrer utført av lege i spesialisering eller turnuslege. Disse tar, og skal ta, lenger tid. Et slikt DRG-påslag vil stimulere til økt og bedre utdanningsaktivitet som en investering i fremtiden..

Dagens økonomistyring gir heller ingen positive incentiver ned på avdelingsnivå. Når sykehusavdelinger opplever at god og effektiv

drift lønner seg – for ansatte og for pasientene på avdelingen – får avdelingene sjelden del av overskuddet. La en andel av overskuddet gå til den enhet som har generert det. Det er avgjort et godt incentiv til effektiv drift – og til økt kvalitet gjennom lokal investering av overskuddet.

En betydelig del av utgiftene til spesialisthelsetjenesten går til administrasjon og konsulenttjenester. Det er vanskelig å finne dokumentasjon på at dette gir økt eller bedre pasientbehandling. Til tross for sykehusenes store administrative utgifter opplever legene at mer og mer av deres tid går til rapportering og administrasjon og mindre til pasientene. Her trengs en gjennomgang av hva vi egentlig har behov for og som gir reell støtte til god klinisk drift. Tilstrekkelig og kvalifisert hjelpepersonell må ansettes slik at legene og øvrige yrkesgruppene får brukt sin kompetanse til det de er utdannet til. Det gir god kvalitet på effektiv sykehusdrift.

Kvalitetsarbeid og medisinsk faglig utvikling kommer nedenfra i de enkelte fagmiljøer, men satses alt for lite på fra overordnet ledelse. Det må rapporteres på mer enn økonomi. Kvalitet, brukertilfredshet, arbeidsmiljø, avviksmeldinger med oppfølging og gjennomførte læringstiltak må legges frem og må være del av ledelsens verktøy for å levere gode helsetjenester. Det holder ikke kun med beskjed om budsjett- og aktivitetskutt. Kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid må bli en kjerneaktivitet.

Det er grunn til å tenke seg nøye om før man iverksetter gjennomgripende og ikkefinansiert omstillingsarbeid i sykehusene for å møte den vanskelige økonomiske situasjonen. Slike omstillingsprosesser har en høy pris. Det er ikke gitt at de i fremtiden gir de besparingene som forventes. Det må først avklares hvilke oppgaver som hører hjemme i sykehusene, hvilken kvalitet tjenestene skal ha og hvilke ressurser som er nødvendig for å løse oppdraget. Her har også regjering og storting et ansvar. Rammevilkår, oppgaver, kvalitet på tjenestene og ressurstildeling må tydeligere ses i sammenheng for å kunne prioritere og investere fremtidsrettet og riktig på faglig og politisk grunnlag. Vi trenger en offentlig debatt om sykehusøkonomi ut over rop om mer penger eller innsparinger som går på bekostning av kvaliteten på tilbudet.

Litteratur

1. Janbu T. Styrk fag og kvalitet i sykehusene. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1118–9.
2. Boye E. Forskere blir renholdere. VG 10.8. 2009.



Torunn Janbu

Torunn Janbu
torunn.janbu@legeforeningen.no
president