

Styrk fag og kvalitet i sykehusene!

God kvalitet og fagutvikling må være tydelige mål for sykehusene. Innen stramme budsjetter reduseres kvaliteten mot «godt nok». Det tæres på humankapitalen. Legeforeningen vil snu utviklingen – styrke faglighet, kvalitet og godt arbeidsmiljø. Bare på den måten kan pasientene sikres god behandling.

Torunn Janbu
torunn.janbu@legeforeningen.no
Den norske legeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

I oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene beskriver man hvordan det skal satses på likeverdige helsetjenester til alle og sikres god kvalitet og pasientsikkerhet. Vi vet at engasjerte leger og annet helsepersonell gjør en kjempeinnsats for å gjennomføre dette.

I sykehusene opplever vi likevel en økende uro og frustrasjon over manglende medisinsk faglig satsing og ledelse. Det investeres ikke i utvikling av et godt arbeidsmiljø gjennom god personalpolitikk, og rammene for å gi gode tjenester forvitrer. Vi må ha et system der det lyttes til varsko fra kompetente medarbeidere. De må være viktige premisseleverandører i beslutningsprosessene for å sikre at økonomiske innstramminger og omstillinger ikke går ut over pasientbehand-



Torunn Janbu ønsker gjenvalg. Foto Legeforeningen

lingen på en utilsiktet måte. Det må investeres i utdanning av helsepersonell og i forskning for å unngå et vesentlig dårligere spesialisttilbud til befolkningen i fremtiden.

Når Helsetilsynet nylig har påpekt alvorlig svikt i organisering av akuttinntak og manglende mulighet for ansatte til å utføre sitt arbeid forsvarlig – ja, da må det reagere.

Sykehusreformen – innlagt i foretak

Sykehusreformen er en av de største reformene som er gjennomført i norsk samfunnsliv. Den innebar at sykehusene fikk ny eier – staten – og ble organisert i helseforetak som selvstendige rettssubjekter. Legeforeningen støttet reformen under forutsetning av at den også ble en innholdsreform. Faglige og kvalitative mål skulle utvikles i nært samarbeid med de medisinske fagmiljøene.

I en undersøkelse om sykehuslegers syn på sykehusreformen av 2002 mente et flertall av de 1 000 legene som deltok at man har fjernet seg fra reformens målsettinger, særlig de om bedre medisinsk kvalitet (1). For tiden er økonomi overordnet. Det er fullt ut forståelig at det skal være god og oversiktlig økonomi i sykehusene, men økonomi må ses som et grunnlag og virkemiddel for de tjenester som skal gis.

Sykehusreformen hadde iboende snubletråder. Manglende åpningsbalanse fratok sykehusene den mulighet de burde hatt til å budsjettere langsiktig og å følge regnskapsloven med nødvendige avskrivninger. Muren som delte sykehus-Oslo på tvers, skapte problemer for oppbygging av en hensiktsmessig og rasjonell helsetjeneste i hovedstadsområdet og fikk også konsekvenser for prioritering og fordeling i resten av landet.

Sykehusreformen ble evaluert av Forskningsrådet i 2007 (2). De kan ikke si noe om endringer i kvaliteten på behandlingen etter reformen – fordi datagrunnlaget mangler. Ei heller kan de si noe om brukertilfredshet. At det heller ikke finnes data-

grunnlag for å si noe om kvalitet eller brukertilfredshet, er for dårlig.

Helse koster

Norge har i 2009 budsjettert med over 100 milliarder til spesialisthelsetjenesten, men mye mindre til primærhelsetjenesten. Det er forespeilet et høyst nødvendig løft for primærhelsetjenesten i samhandlingsreformen.

Helsetjeneste koster mye – særlig i rike land som Norge, som naturlig nok ønsker å tilby det beste. Slik skal det være. Det hevdes at sykehusene har mer ressurser enn noensinne. Det avhenger mye av hvordan man setter opp regnestykket. Sykehusene har fått overført en rekke nye oppgaver som syke-transport, dyre medikamenter, rusomsorg og psykiatrisatsing. I tillegg kommer store pensjonsutgifter og lån tatt opp for å finansiere kapitalkostnader. Aktiviteten har økt og ventelistene er redusert. Trekkes kostnadene for dette fra, forstår man bedre de økonomiske problemene til tross for økte midler. Nå forsøker man å saldere ved å kutte i tilbud og kvalitet. Samtidig har administrasjonskostnadene økt ubegripelig mye.

Omstilling og investering i humankapital

Mål og strategi i omstillingsprosesser må være omforent og forankret i organisasjonen og hos alle ansatte. Omstilling krever innsiktsfull ledelse. Felles eierfølelse, utarbeiding og målforståelse legger grunnlaget for et vellykket resultat. Det gjelder i høy grad i kunnskapsbedrifter som sykehus. Jo bedre faglig forankret målene er, jo større er sjansen for at omstillingen blir vellykket.

God omstilling er mangelvare i sykehus. Kjappe prosesser gir ikke medvirkning og forankring. Medvirkning betyr ikke alltid å få gjennomslag for egne ideer, men innspill høres og drøftes. Det betyr at når konklusjonene trekkes, ser alle spor av egen deltakelse i grunnlagsargumentasjon eller beslutning.

Vi ser optimisme hos noen sykehusledere (3). Økonomien er i ferd med å komme under bedre kontroll og pasientene loves et kvalitetsløft. Jeg savner imidlertid i budsjettene langsiktige og solide investeringer i humankapital og videre- og etterutdanning. Bygninger og utstyr er rammeverk. Ivaretas ikke humankapitalen, forvitrer raskt legenes fagkunnskaper, tjenestetilbudet og kvaliteten.

Helsetjeneste er avansert kunnskapsvirk-

somhet. Pasienter er medmennesker som trenger kompetent hjelp. Kompetansen må holdes i hevd og utvikles kontinuerlig. Medisin er et dynamisk fag. Investeringene i utdanning og forskning ved universitetene og i helsetjenesten må utgjøre betydelige poster på budsjettene. Bare slik kan sykehus levere tjenester av høy medisinsk kvalitet også i fremtiden.

Arbeidsgiverideologi

I norske sykehus er personalpolitikk mange steder nærmest fraværende. Budsjettsprekker rapporteres, men det er lite om medarbeidersamtaler, avviksmeldinger og oppfølging, veiledning, sykefravær – og kvalitet på behandlingen.

En rapport fra Arbeidstilsynet viste at leger og annet helsepersonell opplever stadig mindre innflytelse på arbeidsplassen og mer usikkerhet i forhold til arbeidssituasjonen (4). Vi forventer at sykehuseier og ledelse nå tar ansvar for å snu denne utviklingen.

Kreative kuttforslag i arbeidsplaner og ledigholde stillinger øker arbeidsbelastningene. Vi strekker oss langt for at endringer ikke skal gå ut over pasientene, men viljen til å strekke seg slites ned og motkrefter blir trigget. Se dine medarbeidere, er en god læresetning i ledelse. En arbeidsgiver som ser sine ansatte, vil skape entusiasme og kvalitet – og gjøre sykehus til en fantastisk arbeidsplass.

Kvalitetsarbeid – en kjerneaktivitet

Kvalitetsarbeid er et sentralt verktøy for ledelse av helsetjenesten. Sammen med pasientsikkerhetsarbeid må det innarbeides og prioriteres i alle nivåer og bli en kjerneaktivitet i helsetjenesten. I dette ligger også det å lære av feil. Å utvikle helsetjenesten til å bli en lærende organisasjon trygger pasientsikkerheten. Kortsiktige effektiviseringsstiltak kan føre til feilbehandling, utilstrekkelig behandling og til og med overbehandling. Dette øker kostnadene for samfunnet og for pasientene.

Legeforeningens arbeid for en god turnustjeneste og spesialistutdanning kvalitets-sikrer norske leger for pasientene i fremtiden. Satsing på forskning er uløselig knyttet til satsing på kvaliteten på vår fagutøvelse. Legeforeningen vil fortsatt være vaktbikkje for god utdanning og forskning! Målet for spesialisthelsetjenesten må være god kvalitet på dens lovpålagte oppgaver – pasientbehandling, utdanning, forskning og

opplæring av pasienter og pårørende – ikke den økonomiske rammen alene.

Fremtidens sykehus blir bedre hvis: Organisering og ledelse

- Ansvar- og oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten gjennomgås. Samhandling styrkes når sykehus og avtalespesialister og primærhelsetjeneste kjenner hverandres ansvarsområder og kan utveksle kompetanse.
- Spesialisthelsetjenesten settes inn i samhandlingsreformen.
- Det rapporteres på mer enn økonomi. Kvalitet, brukertilfredshet, arbeidsmiljø, avviksmeldinger med oppfølging og gjennomførte læringstiltak må legges frem.
- Pilotavdelinger som drives etter faglige prioriteringer med minimalisert administrativt arbeid, opprettes. Det blir ikke dyrere, men bedre.
- Avtalespesialistene sikres gode forutsetninger og forutsigbare betingelser for sitt arbeid.
- Ledere med kompetanse til å ta gode faglige valg velges til å lede sykehus og avdelinger og gis tilstrekkelig oppfølging og støtte.

Incentiver for å styrke humankapitalen

- Arbeidsgiverideologien endres. God personalpolitikk med verktøy som medarbeidersamtaler, kompetanseplaner og veiledning må på plass.
- Tilstrekkelig hjelpepersonell ansettes, slik at legene og de øvrige yrkesgruppene får brukt sin kompetanse til det de er utdannet til. Det gir god kvalitet på effektiv sykehusdrift.
- Egne utdanningskategorier innen DGR-systemet – U-DRG – opprettes med prosentvis påslag ved veilede prosedyrer utført av leger i spesialisering eller turnuslege. Disse tar, og skal ta, lengre tid. U-DRG vil stimulere til økt og bedre utdanningsaktivitet.
- Turnustjenesten sikrer yrkesoppstart av god kvalitet – og seniorpolitikk gir en god avslutning og bibeholder kompetanse.

Kvalitetsutvikling

- Kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid blir en kjerneaktivitet. Gode rammebetingelser må gis til solide fagmiljøer for å utvikle kvalitetsindikatorer og kvalitetsmål.
- Forskningsstillinger for leger opprettes. Fordypningstiden må brukes som tiltenkt.

- Samarbeidet med universitetene utvikles. Rekruttering til vitenskapelige stillinger er skremmende dårlig.
- Sykehusavdelingene opplever at god og effektiv drift lønner seg, for ansatte og for pasientene på avdelingen. La en andel av overskuddet gå til den enheten som har generert det. Det er avgjort et godt incentiv til effektiv drift – og til økt kvalitet ved investering av overskuddet.

Finansiering

- Finansieringsmodellen for sykehus gjennomgås og endres. Den må understøtte prioritering av spesialisthelsetjenestehjelp til de som trenger det mest både innen somatikk og psykiatri. Finansieringen må understøtte LEON-prinsippet.
- Avdelinger og sykehus premieres for ferdigutdannede legespesialister og gjerne annet helsepersonell.
- Tilsvarende gjøres for doktorgrader og annen definert forskningsaktivitet.

Arbeidsbetingelser

- Leger under utdanning gis god tilgang på veiledning – og veileder gis tid til å veilede. Det gir også trygg pasientbehandling.
- Avdelingene organiseres slik at bare nødvendig akuttarbeid gjøres på vakten. Rikelig dokumentasjon viser at resultatene blir bedre når oppgaver som kan vente, gjøres av uthvilt personell på dagtid.
- Leger i spesialisering gis faste stillinger. Det skaper kontinuitet og forutsigbarhet også for arbeidsgiver.

Punktene er sentrale i den sykehuspolitikken som jeg vil jobbe for i Legeforeningen og er en sentral del av den politikken jeg stiller til gjenvalg på.

Litteratur

1. Aasland OG, Hagen TP, Martinussen PE. Sykehuslegenes syn på sykehusreformen. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2218–21.
2. Norges forskningsråd. Resultatevaluering av sykehusreformen. Oslo: Forskningsrådet, 2007. www.rcn.no/servlet/Satellite?c=Publikasjon&pagename=ForskningradetNorsk%2FHovedsidemal&cid=1166550959944 [23.4.2009].
3. Almlid K. Et kvalitetsløft for pasientene. Adresseavisen 28.3.2009.
4. Arbeidstilsynet. God vakt! Arbeidsmiljø i sykehus. www.arbeidstilsynet.no/binfil/download.php?tid=40667& [23.4.2009].

Manuskriptet ble mottatt 21.4. 2009 og godkjent 23.4. 2009. Medisinsk redaktør Anne Kveim Lie.