



Fra presidenten: Kvalitet i sykehus

Pasientrettighetene er et uttrykk for at helsetilbudet til befolkningen prioriteres høyt. Hvordan kan Stortinget vite at nivået på bevilgningene treffer når kvalitetsmål er nærmest fraværende?

Aktiviteten i sykehus har økt. Det har også bemanningen, presset på ansatte og ledere og sykefraværet. Økning i aktivitet betyr at flere pasienter har fått behandling og det utvikles stadig nye behandlingsmetoder. Behandling av pasienter er en av sykehusenes fire lovbestemte oppgaver. De tre andre er forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende. Sykehusene må moderniseres ved investeringer i utstyr og bygningsmasse og ved at nye høykost legemidler tas i bruk for pasienter med alvorlige sykdommer. For å imøtekomme nye behov, fagutvikling og behovet for rasjonell drift er sykehus i stadig omstilling.

Vi må stille spørsmål om forventningene til aktivitet og kvalitet i sykehus er i samsvar med de midler som bevilges og hvordan dette rapporteres og måles. Vi vet at ledelsen i sykehus opplever å ha begrensede muligheter for planlegging av økonomi og aktiviteter. Noe skyldes ettårs budsjetter og at det tidsmessig og økonomisk ikke gis rom for å betjene store omstillinger og lån som følger av investeringer.

Ledere og ansatte ved sykehus har de siste årene gitt uttrykk for at beslutninger treffes uten tilstrekkelig prosess, involvering og dermed også svekket eierskapsfølelse til sykehuset. Dette er nå også påpekt av Riksrevisjonen som en av årsakene til manglende økonomistyring.

Befolkningens forventninger til hva sykehusene kan og skal gjøre og når det skal gjøres, øker med levestandarden. Dette avspeiles også i at Norge har de best utbygde pasientrettigheter i Europa, inkludert en rett til nødvendig sykehusbehandling innen angitt frist. Ordningen ble innført 1.9. 2004, tre år etter at pasientrettighetsloven trådte i kraft. Retten til helsehjelp ble reetablert uten det tidligere forbeholdet om kapasitetsbegrensninger – et forbehold som kunne brukes aktivt i sykehusets styring av aktiviteten.

Før 2004 fikk det ingen direkte økonomiske konsekvenser når en pasient ikke fikk oppfylt retten til medisinsk behandling innen fristen. Målet med å styrke retten til sykehusbehandling var å korte ventetiden på behandling. Pasientrettighetene er et uttrykk for at helsetilbudet til befolkningen prioriteres høyt. Slike prioriteringer og lovfestede rettigheter må kostnadsberegnes. Når det stilles krav om bedre økonomisk styring, med nedskjæringer som virkemiddel, er det helt nødvendig med en oversikt over effekten av pasientrettigheter og nye oppgaver for aktiviteten på sykehusene.

Det er Stortinget som har gitt befolkningen pasientrettigheter, som har bestemt at sykehusene skal ha nye oppgaver og at det bygges nye sykehus. Det er også Stortinget som vedtar sykehusbudsjettene. Hvordan kan Stortinget vite at nivået på bevilgningene treffer i forhold til tilbudene sykehusene skal gi? Får Stortinget nødvendig informasjon for å styre i samsvar med intensjonene?

På samme måte kan vi reise spørsmål ved hvilken kontroll sykehusene har med behandlingsaktiviteten og kvaliteten på denne i forhold til bevilgningene. Befolkningens forventninger og rettigheter, investering i teknologi og fagutvikling, geografisk spredte sykehus, nye medisiner og behandlingsmetoder driver kostnadene opp. Manglende kvalitetsindikatorer medfører liten oversikt over effekten av utviklingen på kvaliteten på tilbudene. Utvikling av kvalitetsindikatorer kan ikke avvises med at det er vanskelig.

Høyere behandlingsaktivitet kan bety overskridelser av budsjettet som må spares inn i årets budsjett. Økt aktivitet dekkes ikke gjennom tilsvarende økning av budsjettet. Og hva koster det sykehusene på sikt at ansatte ikke har reell medinnflytelse over virksomheten og opplever et økende press med ett mål: å spare penger. Utstrakt bruk av ulovlige vikariater, uforutsigbare vaktordninger og mangelfulle muligheter for utdanning og forskning, skaper heller ikke motivasjon og samarbeid. Arbeidsmiljøet er kritisk dårlig ved enkelte sykehus. Når er det nok? Og hva blir kostnadene? Dette var ikke hensikten med helseforetaksreformen i 2002. I forarbeidene til reformen beskrives den som en nødvendig, men ikke tilstrekkelig forutsetning for et bedre helsevesen. «De helsepolitiske målene realiseres på lengre sikt gjennom den samlede bruken av virkemidler og ressurser, og ikke minst, gjennom den enkelte helsearbeiders innsats i møte med pasienten» (1).

Målet var å styrke sykehusdriften til det beste for pasienten gjennom bedre tilrettelegging for driften – også økonomisk: «Målet med reformen er å gjøre helsetjenesten bedre sett fra pasientens ståsted. I dette ligger det en målsetting om at både helsetjenestens innhold og tilgjengelighet skal bli bedre. Regjeringen legger til grunn at helsetjenestens rammebetingelser, både økonomisk og organisatorisk, er av vesentlig betydning for slike forbedringer» (1). Helseforetaksreformen er en «helhetlig organisasjons- og ansvarsreform med vekt på å skape klarere ansvars- og rollefordeling, og at det på denne måten skal legges bedre til rette både for politisk styring og for virksomhetenes produksjon av helsetjenester» (1). Opplever de som i dag har ansvaret for sykehusdriften at tilretteleggingen medfører en styrking av kvaliteten på tjenesten som gis pasienten?

Tilrettelegging i dag består i hovedsak av streng budsjettstyring der reelle behov og kvalitet ikke er utgangspunktet. Det vi vet i dag, er at målene med reformen i 2002 ikke er oppnådd. Vi må igjen vurdere hvordan vi kan gjøre det mulig å drive sykehus ut fra de mål og forventninger Stortinget og befolkningen har. Legeforeningen vil i den nærmeste periode engasjere seg i hva som i dag hindrer god sykehusdrift og hvilke endringer som bør gjennomføres.

Litteratur

1. Ot.prp. nr. 66 (2000–01). Om lov om helseforetak m.m.



Torunn Janbu

Torunn Janbu
torunn.janbu@legeforeningen.no
president