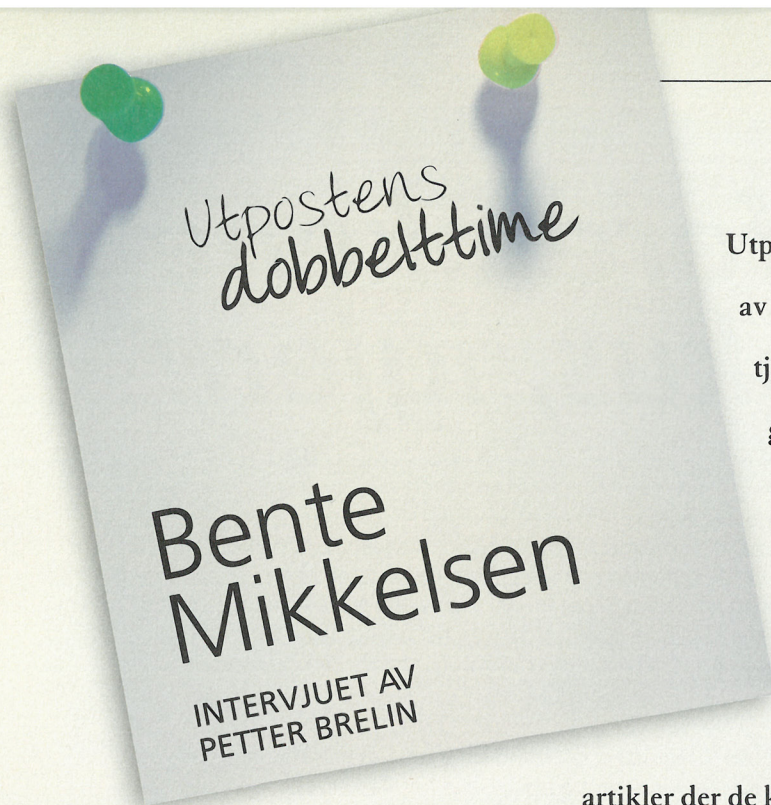




Utposten vil se ut. Ut og opp. Når vi kikker ut av norsk allmennmedisin ser vi spesialisthelsetjenesten. Ser vi opp, ser vi konturene av de gigantiske helseforetakene. Disse enorme foretakene som ble formet av de turbulente 80- og 90-årenes konstante krise i sykehussektoren. Den gangen var det krise på ethvert sykehus, til enhver tid.

Journalistene syntes å ha ferdigskrevne

artikler der de kunne dra frem en eller annen stakkar fra

en venteliste, presentere elendigheten for en politiker, og anklagende forlange at noe ble gjort. 90-tallspolitikeren (som ikke hadde den ringeste peiling på temaet) ble stotrende enig med journalisten om at noe måtte gjøres. Og så ble noe gjort. Slik bygget man et helsevesen på den tiden. Planløst og retningsløst, men med en slags «Politisk kontroll». Politikerne likte ikke denne politiske kontrollen. Det var det bare bråk med.

Dermed ble de statlige helseforetakene opprettet. Plutselig skjedde det ting. Flere og flere ble behandlet, funksjoner ble samlet og oppgaver fordelt, avdelinger ble flyttet og av en eller annen grunn var det veldig få som sutret og protesterte. Vi fikk knapt tid til å gå i fakkeltog når noe skjedde med sykehuset vårt. Det er mulig at dette var et resultat av at folk var matte av sykehusstridigheter, men det er kanskje mer sannsynlig at det nye regimet ble opplevd som mer uangripelig.

Ting skjedde i et tempo som vi ikke hadde sett før.. Dessuten virket det ikke som helsevesenets nye herrer brød seg om fakkeltog. Fakkeltogene lyste muntert opp både her og der uten at det fikk noen stor virkning på beslutningsprosessene.

En av dem som gikk rett inn i styringen av helsevesenet, grep tak i utfordringene og ble en av hovedarkitektene bak utformingen av Helse Øst, er Bente Mikkelsen. Hun er gynekolog av utdannelse, organisasjonsmenneske av legning med en lang fortid i legeforeningen. Hun har vært visesadministrerende direktør i Helse Øst fra oppstarten med ansvar for det medisinske og helsefaglige innholdet i helsetjenesten. I den siste perioden hadde hun ansvar for perso-

nal, organisasjon og ledelse. Hun har vært styreleder på fem av helseforetakene i regionen og nå siste tre år styreleder på Ullevål og Aker Universitetssykehus. Fra 01.01.06 er hun administrerende direktør i den helseregionen som leverer spesialisthelsetjenester til en tredjedel av Norges befolkning – landets tredje største bedrift. Hun styrer vår fremste samarbeidspartner. Hva tenker hun? Vet hun at vi finnes? Slike spørsmål har brakt oss til et intervju med damen. Omgitt av eks-statsråder, kosmetikkarvinger og utålmodige kelnere på Theatercafeen forsøkte vi å lodde hva som foregår innenfor RHFet, HF-ene, og alle andre virksomheter som staten har overlatt til Bente Mikkelsen.

*Er dere forbøyde med utviklingen i Helse Øst?*

– Ja, vi har klart å oppnå de mål vi har satt oss. Vi behandler flere pasienter, ventelistene er på full fart nedover og vi har klart å holde budsjettene. Dette er vi ganske stolte av.

*Hva har vært den største utfordringen for Helse Øst så langt?*

– Det er 31 000 personer ansatte i Helse Øst. Det er ikke så lett å få alle til å dra i samme retning og arbeide mot de samme målene. Å endre holdninger og praksis er noe av det vanskeligste som kan gjøres – det krever mye og god ledelse.

*Hvor mange sykehus har dere lagt ned de siste årene?*

– Vi har ikke lagt ned et eneste sykehus.

*Eh... Hørte jeg rett? Jeg bor i Halden!*

Vi har flyttet en del avdelinger, men det foregår pasientbehandling i alle våre sykehus.

*Vi i primærhelsetjenesten er ofte veldig glad i sykehusene våre, fordi vi opplever det som en verdi at pasientene våre får hjelp nær hjemmet. Helseforetakene har ofte argumentert med kvalitet, ser man på nærhet som en kvalitet?*

Vi legger stor vekt på å utvikle desentraliserte tjenester og å utvikle sømløse behandlingslinjer. For eksempel har Ullevål utviklet en interaktiv tjeneste for å veilede sykehjemspersonale for å kunne øke kompetansen i sykehjemmene slik at pasientene kan få mer avansert behandling der de bor fremfor å legges inn i sykehus. På den måten får vi bedre utnyttelse av de samlede ressurser med en bedret kvalitet for pasientene. På samme måte satser vi på ambulante team som gir spesialisthelsetjenester hjemme hos pasientene både i det psykisk helsevern og innen somatikk. Sykehuset Østfold åpnet nettopp en dialyseenhet i Askim som er eksempel på det samme – trygghet i nærhet med god faglig kvalitet. Når vi etablerer slike modeller for å bedre kvaliteten for pasienten, så taper vi ofte penger på det. I tillegg til dette bruker vi mye tid i helseforetakene for å utvikle DPS og våre lokalsykehus. Men nærhet er langt fra det eneste kvalitetskriterium. Mye behandling krever spesialisering og volum og bør samles i robuste fagmiljøer på færre steder.

*Det høres fint ut, men taper penger???*

– Ja, vi bruker ressurser på å ikke legge inn pasientene. På å behandle dem utenfor sykehus og poliklinikker. Da får vi ikke inntekter. Dette vil vi gjerne endre.

*Hva er ditt syn på norsk allmennmedisin?*

– Jeg har et positivt inntrykk av den faglige kvaliteten på norsk allmennmedisin. Likevel vet jeg egentlig for lite om hva allmennmedisinen kan tilby i forhold til det som er praksis i dag. Hvordan prioriterer allmennlegen ressurser? Hvilke pasienter prioriterer primærlegene å slutføre behandling av? Er terskelen for henvisning svært ulik for samme pasientgruppe i Norge? På meg virker det som at fastlegeordningen har individualisert og privatisert allmennlegetjenesten – på godt og ondt. Det er viktig at dere spiller sammen med resten av kommunehelsetjenesten. Hvor lenge vil medarbeidere, pasienter og politikere ellers akseptere at fastlegene beholder sin sentrale rolle? Det er en del underlige paradokser ved allmennmedisinen. Studier fra Senter for helseadministrasjon viser at det er en tendens til at primærlegene har den samme inntjeningen



uansett hvor stor liste man har. Dette kan jo tyde på at det er manglende kontroll med de økonomiske insitamentene og for lite fokus på prioritering. Det er i alle fall svært interessant hvordan en så stor andel av samfunnets helseressurser brukes.

*Dere i Helse Øst har en hel haug planer, visjoner, strategier og mål. Har dere noe slikt for samarbeide med primærhelsetjenesten?*

– Alle helseforetakene har styrevedtatte planer om desentraliserte tjenester og samhandling. Alle helseforetak har inngått avtaler om samhandling med kommunene for sitt naturlige opptaksområde. Det er mye og god kontakt. Vi er i ferd med å bygge opp praksiskonsulentordninger i sykehusene, og det tror vi også vil vise seg svært nyttig.

*Hva med fastlegene? Jeg har ikke fått noen plan?*

Direktøren som til nå har latt sine velsmurte formuleringer trille ganske uanstrengt synes å stusse litt. Hun tenker seg om og virker med ett noe mer nølende.

– Det har du vel rett i. Helseforetakene har mye samarbeide rettet mot kommunehelsetjenesten og dens ledelse. Helseforetakene har også faglig direkte kontakt og veiledningsansvar overfor fastlegene. Men det er vel lite direkte samarbeide med fastlegene, som gruppe. Det virker som om fastlegeordningen har vært krevende for mange av dere, og at egen praksis har tatt mye av oppmerksomheten. Det er nok også en mangel at fastlegene ikke har noe forum som de kan spørres gjennom. Påvirkningen på disse planene må derfor gå gjennom kommunene og kanskje er det der dere må bli mer synlige. Dere bør bli tydeligere som gruppe både for egen del og for de andre aktørene i helsevesenet.

*Helse Øst har stimulert sykehusene for å fremme praksiskonsulentordningen. Kan ikke den bidra til bedre samarbeid?*

– Jeg tror den kan være en svært god måte å øke samarbeide og kontakten mellom allmennmedisinerne og spesialisthelsetjenesten på, men er ikke sikker på at dette vil kunne dekke alle aspekter ved samarbeidet. Men det er først og fremst en ordning for å forbedre tjenestene på systemnivå, og resultatene vil være avhengig av at både dere og sykehusene har evne og vilje til omstillinger.

*Mange vil hevde at vi må forsøke å strebe mot det sømløse helsevesen der samhandlingen mellom 1. og 2. linjen er bedre integrert. Hvordan skal vi oppnå det?*

– Dette er viktige spørsmål og noe av det vi må sette fokus på fremover. Vi trenger en ny styring. En styring som griper over nivåene i helsevesenet. Vi trenger et styringsverktøy som kan sette inn ressurser på det mest hensiktsmessige tjenestenivået uten å skjele til hvem som er eier av de forskjellige tjenestene.

*Det er nedfelt at 2. linjetjenesten har et veiledningsansvar for 1. linjen. Hvordan ivaretas dette nå?*

– Tja, det er vel ikke der vi har kommet lengst. Vi har arbeidet hardt for å forbedre epikrisetiden og ansatt praksiskonsulenter, men dette er troligvis ikke nok. Vi vil sette dette i system i den perioden vi har foran oss. Vi må nok stille tydeligere krav og mål på den veiledningen vi skal gi, men jeg synes egentlig at dette burde være en gjensidig plikt. Primærhelsetjenesten burde også ha en veiledningsplikt for spesialisthelsetjenesten.

*At dere ser behovet for bistand fra fastlegene er musikk i mine ører. Så du er enig i at vi i primærhelsetjenesten kan bidra med veiledning til 2. linjetjenesten?*

– Ja, dere er viktige premissleverandører og er jo de som henviser pasientene til spesialisthelsetjenesten. Men det er viktig å få et forum som kan fungere som felles plattform for utveksling av behov og erfaringer.

*Dere har hatt allmenpraktikere i styret i helse Øst. Hvordan er erfaringene med allmennpraktikere i denne posisjonen?*

– Vi trenger kontakt med allmennpraktikere, styrearbeide er en viktig del av det dere kan bidra med.

*De rødgrønne har fredet lokalsykehusene, hvordan forstår dere dette? Blir det status quo slik at ikke noe endres de neste fire år, eller får vi en fortsatt nedbygging av lokalsykehusene til de fremstår som nye versjoner av Brustadbua?*

– Vi vet ikke helt hva som ligger i regjeringens planer for dette enda, det får vi sikkert snart signaler om. Vi vil fortsette å tilpasse det tilbudet vi gir pasientene innen regionen etter deres behov. Lokalsykehus og lokale tilbud vil nok kunne se ulike ut og inneholde ulike ting avhengig av behov og muligheter.

*Det er signalisert en økende satsing på allmennmedisinsk forskning. Dere har eget forskningsutvalg. Hva med å finne på noe sammen?*

Alle våre midler, faktisk 225 mill til sammen, skal brukes av miljøer tilknyttet sykehusene våre. Har du et godt prosjekt som du vil utvikle i samarbeide med et av sykehusene, kan du få bidrag til dette, men det må være forankret i spesialisthelsetjenesten og det må skje i samarbeide med miljøer på sykehusene.

Et par timer med Bente Mikkelsen på cafe er ganske avklarende. Helse Øst er ikke styrt av tilfeldige innfall, utspill og impulser. Det er en tanke bak det som skjer. En begrunnet tanke. Det nytter ikke lenger lett å komme eksaltert og sutrende med noen grusomme historier for å etablere nye tilbud eller få større investeringer. Du skal ha en god faglig begrunnelse. Slik er det med leger som sjefer. Du lurer dem ikke så lett. Inntrykket av at staten begynner å interessere seg for oss på grunnplanet er både litt skremmende og gledelig. Gledelig fordi vi kan få vist at vi er en viktig del av helsevesenet og fordi vi kan bli tettere integrert i resten av helsevesenet. Skremmende fordi vi fort kan bli «spist» av de store helseforetakene som nok kunne tenke seg å integrere oss enda tettere inn i deres strukturer. Det er ikke sikkert at vi eller våre pasienter er tjent med en slik utvikling.