

Sameining spítalanna – var gengið til góðs?

Einar Guðmundsson

eingud@talnet.is



Grein þessi er skrifuð í tilefni þess að rúm 15 ár eru liðin frá því þáverandi heilbrigðisráðherra tilkynnti sameiningu Landspítala og Borgarspítala. Hélt ráðherra því fram að um væri að ræða eitt mesta framfaraskref í íslenskum heilbrigðismálum, jafnvel frá upphafi, án frekari útskýringa. Almennt var erfitt að henda reiður á rökum fyrir sameiningu. Þó var talað um fjárhagslega hagkvæmni og um styrkingu ýmissa sérgreina, án þess að það kæmi fram hvaða sérgreinar þyrfti að styrkja. Fengið hafði verið álit erlends ráðgjafarfyrirtækis. Var sameining spítala í Óðinsvéum í Danmörku nefnd sem dæmi um vel heppnaða sameiningu þar sem um svipaðan fólksfjölda var að ræða. Ráðherra sagði meðal annars að sameinaður spítali þyrfti ekki að leiða til fákeppni eða einokunar, því lagst yrði í samkeppni við erlenda spítala. Að tapa í þeirri samkeppni virtist óhugsandi.

Fyrirsjáanleg vandamál

1. Ráðherra og ráðgjöfum hans var nokkur vorkunn að reyna að bæta heilbrigðiskerfi sem þá var eitt af þeim allra bestu og ódýrustu heimi. „Why mend it, if it is not broken?“ er stjórnunarfræðilögmál sem gæti átt við hér. Ef gera á raunhæfan sameiningarsamanburð við til dæmis Danmörku þyrfti að sameina alla stærri spítala landsins stærsta sjúkrahúsinu í Kaupmannahöfn. Það er mikill munur á að skera niður og sameina í lítilli borg eins og Óðinsvéum eða í heilu landi eins og Íslandi þó fólksfjöldinn sé svipaður.

2. Sameining spítalanna var tilkynnt tiltölulega skömmu eftir kosningar 1999, en var þó ekki kosningamál og þjóðin því ekki með í ráðagjörðinni. Sjúklingarnir/almenningsmenn eru þó hinir raunverulegu eigendur sjúkrahúsanna. Heilbrigðisráðherra er framkvæmdastjóri heilbrigðisstofnana í eigu almennings fjögur ár í senn.

3. Biðlistar voru taldir of langir á báðum spítölum fyrir sameiningu. Það var því hressandi bjartsýni að ætla að tveir biðlistar myndu styttest við að skella þeim saman í einn biðlista.

4. Samlegðaráhrif og hagkvæmni sameinaðs spítala er mikið bundin við að reisa nýjan spítala, sem er gríðarlega stór fjárhagslegur biti fyrir litla þjóð.

5. Sameiningar leiða til aukins kostnaðar í byrjun áður en hugsanleg hagkvæmni næst. Ráðgjafarfyrirtæki virðast gleyma að gera grein fyrir því, að minnsta kosti birtist krafan um sparnað gjarnan í fyrstu fjárlögum eftir sameiningu. Hin sameinaða

stofnun þarf oftast strax að leggast í mikinn niðurskurð á sama tíma og mikil þörf er á lausafé til útfærslu ýmissa breytinga.

6. Ekki er auðvelt að skera niður og auka hagkvæmni þegar um 75% rekstrarkostnaðar er launakostnaður og þó voru starfsmenn almennt fremur lágt launaðir. Við blasti að ráðast þyrfti að mannauðnum ef sparnaður ætti að nást.

7. Stórar einingar eru almennt stjórnunarlega erfiðari en þær smærri, sbr. Parkinsons-lögmálið: „The bigger the ship, the worse the navigation.“ Þótt efsta stjórnendalagið verði hugsanlega minna, krefjast stórar einingar aukins fjölda háttsettra millistjórnenda, sem getur aftur leitt til aukins stjórnunarkostnaðar sem síðan étur upp samlegðaráhrifin. Auk þess lengjast boðleiðir og líkur aukast á að yfirstjórn missi samband við starfið á gólfinu. Mikil yfirbygging í þekkingarsamfélagi verður gjarnan dragbitur á þróun. Sérstaklega er hætta á því ef stjórnendur eru ekki virkur hluti af þekkingarsamfélaginu og hafa þannig minni skilning á starfsemi en undirmennirnir sjálfir. Slíkt er algengt vandamál í sjúkrahúsarekstri, en starfsfólkið er gjarnan menntað til að vinna sína vinnu fullkomlega án aðkomu yfirmanna. Æskilegt hlutverk yfirmanna er því fyrst og fremst að skapa sérfræðingum sem fullkomnasta vinnuaðstöðu svo að starfskraftar þeirra nýtist sem best fyrir starfsemina.

8. Reynslan sýnir að varasamt er að ætla að það styrki sérgreinar að sameina þær undir eina yfirstjórn, eins konar embætti „sérgreina-kónings“. Slíkar aðstæður eru sérlega óheppilegar í þekkingarfyrirtækjum eins og sjúkrahúsum og eru ávallt ávisun á stöðnun, þó ekki endilega strax í upphafi. Nýjungahraðinn í læknisfræði er slíkur að ekki er hægt að ætlast til að einn yfirstjórnandi sérgreinar hafi alltaf fulla yfirsýn yfir fagið. Framtíð sérgreinarinnar á Íslandi byggist því á hvernig yfirstjórnandanum (sérgreina-kónginum) gengur að taka við nýjungum og ekki síst nýjum mönnum með nýjar hugmyndir og reynslu. Því miður geymir saga þjóðarinnar mýmörg dæmi um það hvernig ungu og fersku fólki með ýmsar nýjungar og þekkingu var hafnað. Of margir hafa hrökklast úr landi með menntun og þekkingu sem þar með hvarf þjóðinni. Viðkomandi persóna og/eða þekking var yfirstjórnandanum ekki að skapi. Því miður er þetta vandamál ekki bundið við heilbrigðisgeirann eingöngu.

9. Lítið er um eiginlega samkeppni í heilbrigðisgeiranum, framfarir byggjast á samvinnu og samanburði. Heilbrigðisgeirinn keppir ekki um sjúklinga og nýjungum er strax deilt með öðrum. Samkeppni ríkir um besta árangurinn, hæfasta starfsfólkið, ánægðustu sjúklingana. Og að vera fyrstur með nýjungar. Hins vegar er samanburður mjög mikilvægur. Þróun innan sérgreinar er gjarnan ólík milli stofnanna og nýjungar verða til á einni stofnun og berast síðan til annarra, sem síðan bæta ef til vill aðferðir þess fyrri og svo koll af kolli. Fyrirsjáanlegt var að þessi mikilvægi þáttur hyrfi að mestu við sameininguna.

10. Einnig var fyrirsjáanlegt að heilbrigðisstarfsfólk hefði ekki lengur valkosti um vinnustað eftir sameininguna. Það skiptir verulegu máli því fyrirtækjakúltúr er háður því hvernig starfsfólkinu líður. Það veit ekki á gott að hafa mikið af starfsfólki sem

vill gjarnan vinna annars staðar, en kemst ekki burt. Það getur hæglega smitað út frá sér og valdið óheilbrigðu andrúmslofti sem síðan birtist í auknum fjarvistum, áhugaleysi, mistökum og kulnun. Oftast eru það bestu starfsmennirnir sem hverfa burt fyrst, því það er meiri eftirspurn eftir þeim. Þannig „brain drain“ getur auðveldlega farið illa með stofnanir. Fyrir starfsemi sem sinnir sjúklingum er sérstaklega mikilvægt að starfsfólkinu sjálfu líði vel og geti gefið af sér. Sjúkrahússtarfsemi þarf jafnframt á sérstaklega umhyggjusömum yfirmönnum að halda til að skapa þann „umhyggjukúltúr“, sem sjúklingarnir þarfnast.

11. Sjúkrahús verða því ópersónulegri og jafnvel meira ógnvekjandi fyrir sjúklinga, því stærri sem þau eru. Kvíðastig sjúklinganna (og aðstandenda) eykst og jafnframt svokölluð „no-cebo“ áhrif. Auknar líkur eru á að sjúklingar þurfi að bíða óþarflega mikið milli hinna ýmsu rannsókna og aðgerða, og þurfi að hafa samskipti við óþarflega margt starfsfólk. Þannig aukast líkur á mistökum. Við sameininguna hefur valkostum sjúklinga jafnframt fækkað. Margir sjúklingar áttu sitt upphaldssjúkrahús þar sem þeir höfðu leitað lækninga í áravís. Dæmi eru um að sjúklingar þori ekki að gagnrýna Landspítalann vegna þess að þeir geta ekki leitað annað ef þeir verða „óvinsælir“. Það má því spyrja hversu jákvæð sameiningin var fyrir sjúklingana sjálfa.

Niðurlag

Flest af því sem bent er á hér að ofan hefur þegar komið fram, en til að svara spurningunni hvort gengið hafi verið til góðs er ekki síður mikilvægt að skoða hvernig líklegt er að ástandið liti út ef ekki hefði verið ráðist í sameiningu spítalanna:

- Niðurskurður mannauðs og rúmafjölda hefði líklegast orðið verulega minni og hægari. Færri deildum lokað.
- Ný álma hefði líklegast verið byggð við Landspítala og ef til vill við Borgarspítala líka sem hefði leyst húsnæðisþörfina að mestu.
- Minni flótti fagfólks úr landi og almenn óánægja starfsfólks minni. Starfsmöguleikar og hreyfanleiki meiri.
- Sankti-Jósefsspítali í Hafnarfirði og fleiri sjúkrahús utan Landspítala stæðu sterkar.
- Mögulegt væri að einbeita sér betur að því að bæta heilsugæsluna, sem hefur horfið í skuggann af Landspítala-vandanum.

Lerkanidipin Actavis – 10 mg og 20 mg filmuhúðaðar töflur

Virkt innihaldsefni: Hver 10 mg filmuhúðuð tafla inniheldur 10 mg af lerkanidipín hýdróklóríði, sem samsvarar 9,4 mg af lerkanidipíni. Hver 20 mg filmuhúðuð tafla inniheldur 20 mg af lerkanidipín hýdróklóríði, sem samsvarar 18,8 mg af lerkanidipíni.

Ábendingar: Lerkanidipin Actavis er ætlað til meðferðar við vægum til meðal háum háþrýstingi (essential hypertension). **Skammtar og lyfjagjöf:** Til inntöku. Ráðlagður skammtur er 10 mg einu sinni á dag a.m.k. 15 mínútum fyrir mat. Auka má skammtinn upp í 20 mg eftir einstaklingsbundinni svörum hvers sjúklings. Skammtabreytingar ætti að gera í skrefum þar sem líðið geta u.þ.b. 2 vikur þar til blóðþrýstingslækkandi áhrif lyfsins eru að fullu komin fram. Sumir einstaklingar, sem ekki tekst að stilla með fullnægjandi hætti með einu blóðþrýstingslækkandi lyfi, gætu haft gagn af því að bæta lerkanidipíni við meðferð með betablokka, þvaggræsilyfi (hýdróklóríaziði) eða angíotensín breytiensíma hemli. Þar sem svörunarferill skömmtunar er brattur en stöðugur við skammtastærð milli 20 og 30 mg, er ólíklegt að verkun aukist við stærri skammta, en hætta er á auknum

aukaverkunum. **Aldrar:** Þó gögn um lyfjahvörf og klínísk reynsla bendi ekki til að þörf sé á aðlögun skammtastærða ætti að gæta sérstakrar varúðar við upphaf meðferðar hjá öldruðum. **Börn og unglingar:** Ekki er mælt með notkun lerkanidipíns fyrir börn og unglinga yngri en 18 ára þar sem ekki er nein klínísk reynsla af notkun þess hjá þeim. **Skert starfsemi nýrna eða lifrar:** Gæta þarf sérstakrar varúðar þegar meðferð sjúklings með meðal til alvarlega nýrna- eða lifrabílu er hafin. Þó þessir sjúklingar þoli hugsanlega venjulegan ráðlagðan skammt, þarf að fara varlega við aukningu skammta í 20 mg á dag. Blóðþrýstingslækkandi áhrif geta verið meiri hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi þannig að fyrir þá þarf að meta hvort aðlaga þurfi skammta. Ekki er mælt með lerkanidipíni fyrir sjúklinga með alvarlega lifrar- eða nýrnabílu (kreatínín úthreinsun < 30 ml/mín.). **Lyfjagjöf:** Töflurnar ætti að taka með vatni a.m.k. 15 mínútum fyrir mat. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu, einhverju díhýdrópyrídín eða einhverju hjálparefnanna. Hindrun á útlæði frá vinstri slegli. Ómeðhöndluð hjartaþröng (congestive cardiac failure). Óstöðug hjartaöng. Minna en

mánuður frá stíflufleyg í hjartavöðva. Alvarlega skert starfsemi nýrna eða lifrar. Samhliða notkun með: Sterkum CYP3A4 hemlum, ciclosporín, greipávaxtasafa. Meðgang og brjóstagjöf. Konur á barneignaldri nema notaðar séu virkar getnaðarvarnir. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningar og hámarksverð í smásölu (mars 2015):** 10 mg, 28 stk.: 1.862 kr., 10 mg, 98 stk.: 3.448 kr., 20 mg, 98 stk.: 5.486 kr. **Afgreiðsluflokkur:** R. **Greiðsluþátttaka:** G. **Markaðsleyfishafi:** Actavis Group PTC ehf. **Frekari upplýsingar:** www.actavis.is, s: 550 3300. **Dagsetning nýjustu samantektar um eiginleika lyfsins:** Desember 2014. Mars 2015.

