

Den medisinske, teknologiske og samfunnsmessige utvikling med henblikk på sykehusenes fremtidige organisasjon og drift samt stilling i det totale helsevesen

En fremtidsvy

Sykehusene er i sterk utvikling. Alle er enige om det, og utviklingen er et resultat av fremgang i medisinen, industrialisering av samfunnet og økonomisk vekst. Utviklingen har gitt bedre service og nye tilbud, og vårt land har i dag et godt sykehusvesen. Likevel er alle klar over at utviklingen også har skapt store og meget kompliserte problemer.

Vil utviklingen fortsette langs de samme linjer? Selvfølgelig vil den det, hvis det ikke skjer noe med de krefter som driver den. Endres de, vil den forsinkes, stanse eller få ny retning. Dette er selvsagt, men hvilke krefter driver utviklingen? Organisationsforskningen forteller at de som er innenfor en organisasjon tror det er de som avgjør dens skjebne, men realiteten viser at det på lengre sikt er krefter og forhold utenfor organisasjonen som blir avgjørende (fig 1). Dette gjelder enten man betrakter det britiske imperium, Norsk Hydro eller sykehusvesenet. Derfor deler jeg artikkelen i 2. Første del handler om utviklingen og noen av de krefter som driver den, annen del om sykehusene.

1. Om fremtidsvyer

Først må jeg si noe om fremtidsvyer i sin alminnelighet og deres funksjon

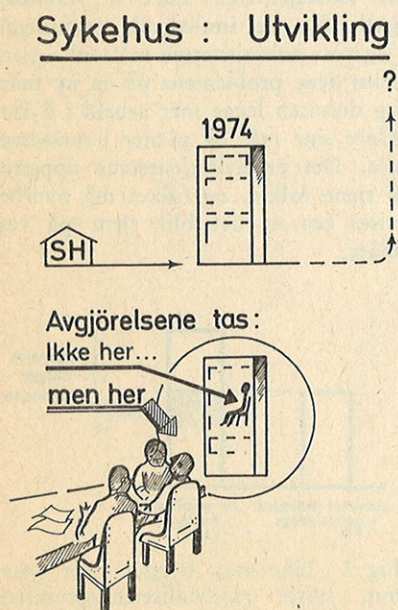


Fig 1

Peter F. Hjort, Institutt for almenmedisin, Oslo

i politikken. Politikk angår fordeling av makt, byrder og goder. Denne fordeling er alltid smertefull, fordi enhver fordeling berører motstridende interesser. Jeg har oppdaget at fremtidsvyer tjener 2 forskjellige formål i politikken. Det ene er å fungere som ledestjerne for fremtidens samfunn. Det andre er å tilsløre dagens problemer. Det er nemlig forholdsvis lett å bli enig om store mål som ligger langt ut i fremtiden, og lettere jo større og lenger borte de er. I ly av denne enighet kan alle fortsette drakampen om de nære problemer. Min konklusjon er at man nok bør ha fremtidsvyer, men man bør ikke plassere dem så høyt og så langt borte at de tilslører dagens realiteter. Sagt mer konkret, tror jeg man bør gjøre seg tanker i grove trekk om et 20-års-mål, men man bør konsentrere seg om de nærmeste 5-10 år.

2. Utviklingen

Jeg vil så legge frem noen av de tanker jeg gjør meg om den medisinske, teknologiske og samfunnsmessige utvikling.

a. *Medisinen* går fremover i økende tempo, og det er forskningen som driver utviklingen. Resultatene har vært imponerende; tenk bare på tuberkulosen. Det er all grunn til å tro at denne utvikling vil fortsette, men jeg vil kommentere noen av de forventninger man kan ha til den.

For det første har utviklingen på mange områder nådd et punkt hvor den nødvendigvis må bli langsommere, fordi det ikke er så meget mer å vinne. Spedbarndødeligheten er et eksempel på dette (fig 2). Hvert hakk nedover på kurven krever stadig større ressurser. Dessuten er det sannsynligvis en nedre grense man neppe bør gå under, fordi man risikerer å redde alvorlig misdannede barn til et for byrdefullt liv.

For det annet må vi se i øynene at de sykdommer og problemer som nå står overfor, er så sammensatte –

multifaktorielle – at vi ikke kan regne med noe dramatisk gjennombrudd (fig 3). Det gjelder antagelig alle de viktigste dødsårsakene, for ikke å snakke om ungdomsproblemer, alkoholisme, narkomani og alt det man kan sammenfatte i begrepet «livsproblemer». Jeg tror derfor ikke man kan regne med å gjenta bedriften med poliovaksinen for noen av disse sykdommene, selv om det ikke er helt utenkelig.

For det tredje er det viktig å se i øynene at nye fremskritt ikke vil redusere helsetjenestens totale byrder. Tvert imot vil de fleste fremskritt tendere til å øke denne byrde; jfr. at helsetjenesten er omtrent 3-doblet i volum etter krigen, til tross for mange og store fremskritt (fig 4). Som eksempel nevner jeg behandlingen av de ondartede sykdommer. Nye og

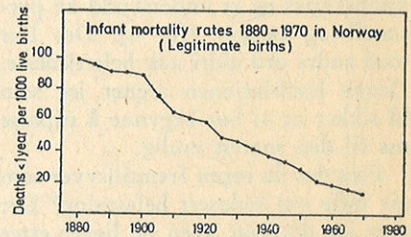


Fig 2

Mono- og multi-faktorielle sykdommer "Det var lettere i gamle dager!"

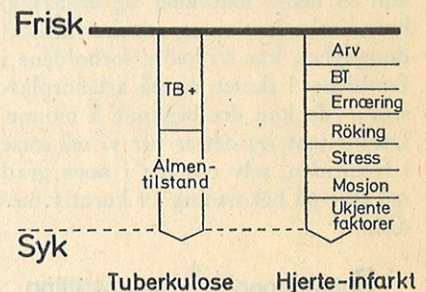


Fig 3

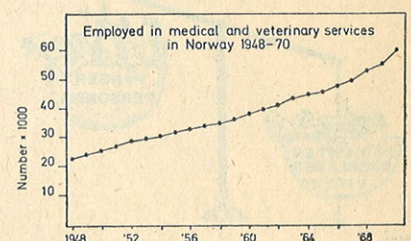


Fig 4

ØKT INNSATS I SKALAENS TO ENDER

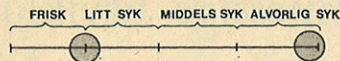


Fig 5

bedre cytostatika vil ganske sikkert kreve større innsats av helsetjenesten.

For det fjerde har jeg inntrykk av at innsatsen særlig øker i de 2 ender av sykdomsskalaen (fig 5). Primærhelsetjenesten møter mange pasienter som søker råd for problemer i grenseområdet syk/frisk, og sykehustjenesten forsøker å øke sin innsats for alvorlig syke mennesker. En følge av dette er at sykehusene vil få stadig større belastning med de alvorlig syke. Denne innsats vil kreve flere ressurser, og i tillegg vil den reise vanskelige etiske problemer. Etter hvert vil sykehjemmene bedre sin standard, og dette vil også kreve økte ressurser, blant annet til dødspleien.

Skal jeg summere opp, er det klart at medisinske fremskritt gir bedre og lengre liv til alle mennesker i samfunnet. Men forutsetningen er stadig økt innsats for å ta fremskrittene i bruk. Helsetjenesten vil aldri slippe opp for pasienter og oppgaver, og vi må innstille oss på å leve med et overskudd av pasienter, problemer og kunnskaper og et underskudd av personell og penger (fig 6). Det blir med andre ord aldri nok helsetjeneste. Denne konklusjonen regner jeg som så sikker at vi bør begynne å tilpasse oss til den snarest mulig.

Fins det da ingen fremtidsvyer som gir løfte om redusert belastning? Det tror jeg det gjør, men de ligger etter mitt skjønn i forebyggende medisin, ikke i kurativ medisin. Kan vi bekjempe tobakk, alkohol og narkotika, kan vi bedre matvaner og ernæring, kan vi øke mosjon og minske trafikkdødelighet, kan vi bedre forholdene i familiene, i skolen og på arbeidsplassene – da kan det begynne å monne. Derfor tror jeg det er her vi må satse i fremtiden, selv om det i noen grad må skje på bekostning av kurativ medisin.

Helseøkonomi Problemstilling

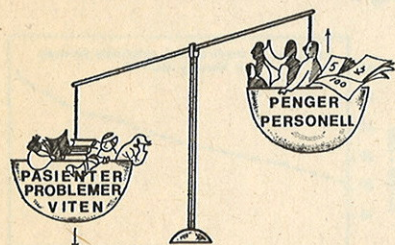


Fig 6

b. Den teknologiske utvikling påvirker helsetjenesten både innenfra og utenfra. Innenfor helsetjenesten vil bruken av engangsartikler fortsette, og forsyningstjenesten vil ekspandere med økte krav til normering, lagring og fordeling. «Central supply» vil bli et begrep også ved norske helseinstitusjoner. Utviklingen vil også gå i retning av mer avanserte behandlingsmetoder og mer komplisert utstyr. Så vidt har de cytologiske prøver gitt oss den første føling med masseundersøkelsenes veldige krav og problemer. Alt dette vil gi nye landvinninger, men også kreve større investeringer og dyrere drift. Den rasjonalisering som ligger i mange av disse fremskritt, er som regel spist opp av nye og mer omfattende tilbud (fig 7). Automatiseringen av de klinisk-kjemiske laboratorier er et godt eksempel på dette. Jeg tror derfor vi må akseptere at utviklingen som regel ikke gir noen rasjonaliseringsgevinst; den gir bedre service og nye muligheter, men ikke billigere drift. Den fører også med seg nye risikofaktorer, som i sin tur krever kontroll og innsikt.

En følge av alt dette er selvfølgelig at det stilles større krav til alt personell, og det kommer stadig nye grupper av helsepersonell. Dette skaper et interessant arbeidsmiljø, men også større muligheter for stress og konflikter i systemet. I de kommende år vil disse problemer øke, og de vil stille stadig større krav om dyktigere og mer dynamisk ledelse, spesielt ved de større institusjoner.

Utenfor helsetjenesten går hele den teknologiske utvikling sin gang i samfunnet. Transport og kommunikasjon blir stadig mer effektive, og det er blitt teknisk mulig å sentralisere behandling og kontroll av mange kompliserte sykdommer. Jeg tror pasienter med alvorlig sykdom ønsker en slik utvikling, og den vil tvinge frem et samarbeid mellom de forskjellige ledd i helsetjenesten. Det vil stå politisk strid om dette, men en viss sentralisering og samarbeid er forutsetningen for å gi god service til pasienter med de mest kompliserte sykdommer. EDB blir tatt i bruk overalt, og problemet er ikke lenger om man kan få et eller annet svar, men om man virkelig trenger det og har råd til å kjøpe det. Min lille erfaring har ikke overbevist meg om at vi står like foran en EDB-revolusjon i klinikken. Foreløpig ser det ut til at vi har større nytte av EDB i administrasjonen og ved laboratoriene enn ved sykesengen. Auto-

matiseringen og effektiviseringen rykker frem, særlig på de tekniske områder av sykehusdriften, som for eksempel kjøkken og vaskeri.

Jeg tror at alt dette vil fortsette, men jeg tror ikke det vil føre til radikale forandringer ved sykehusene i de nærmeste år. Skal jeg summere opp, blir konklusjonen at vi ikke kan utsette dagens problemer i påvente av geniale og revolusjonerende ny-skapninger i morgen. Når jeg har sagt dette, må jeg føye til at alle store organisasjoner og institusjoner er konservative av natur og foretrekker økte bevilgninger til det de allerede gjør – «mer til det samme», fremfor mer drastiske omlegginger. Vi bør nok være klar over at dette sikkert også gjelder helsevesenet og hele tiden overveie mer grunnleggende reformer.

c. Samfunnsutviklingen påvirker og bestemmer utviklingen av helsevesenet, og jeg må derfor si noe om det jeg tror blir sentrale politiske problemer i de nærmeste år. Jeg vil begrense meg til de 3 problemer jeg tror får størst betydning for helsetjenesten.

Det ene er konflikten mellom vekst og miljø eller mellom levestandard og livsstandard, for å bruke dagens terminologi. Denne konflikten dukker opp på alle områder, og mange av stikkordene er hamret inn i folks bevissthet: desentralisering, distriktpolitikk, utkant- og urbaniseringsproblemer, pendling, fremmedarbeidere, arbeidsmiljø, forurensninger osv. Helsevesenet er for lengst trukket inn i denne kampen. Striden mellom små og store sykehus er et smertefullt eksempel, og jeg tror vi må innrømme at helsetjenesten ikke er kommet godt fra de innledende trefninger. Jeg tror helsetjenesten må tenke gjennom disse problemene på en ny måte og dessuten legge mer arbeid i å forklare sine mål og planer i massemedia. Det er helsetjenestens oppgave å tjene folket, og folket må overbevises om at det blir tjent på rett måte.

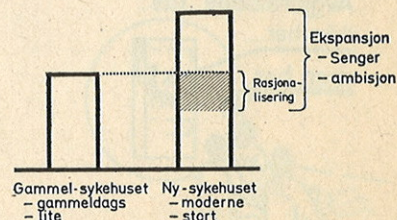


Fig 7 Når man bygger nytt sykehus, spises rasjonaliseringsgevinsten opp av ekspansjonen

Tabell 1 Utgifter til helse- og sosialtjenesten i Norge

Årlig økning		Prosent av BNP	
1961-1966	13 %	1961	10,9
1966-1971	17 %	1966	13,2
1971-1972	22 %	1975	17,4

Det andre politiske temaet er utjevning, medbestemmelse og demokratisering. Helsetjenesten har vel ikke vært så fremmelig på noen av disse områder, og jeg tror vi kan vente oss et hårdere press her. Jeg for min del ser ingen ulykker ved det.

Det tredje problemet er ressursene, som er et fellesord for personell og penger. Det er klart for alle at helse-tjenestens krav blir skåret ned, og at gullalderen er forbi. Vi kan ikke lenger regne med at helsetjenestens utgifter skal øke med over 20 % (tab 1), mens brutto nasjonalprodukt øker med 5 %, og vi kan heller ikke regne med fortsatt å få 20 % av alle nye arbeidstagerne. Mer og mer ser det ut til at personell blir en enda trangere flaskehals enn penger. Dette betyr at vi må skru ned våre ambisjoner og innstille oss på langsommere vekst. Dessuten betyr det at vi må prioritere omhyggeligere, treffe de riktige valgene og bruke ressursene så riktig som mulig. Vi kan ikke lenger drukne problemene i fortsatt vekst; vi må nå «maksimere optimeringen», for å låne et slagord fra samfunns-viterne. De fleste jeg kjenner, er helt enige i dette i prinsippet, men de vil gjennomføre utbyggingen av sin egen institusjon før prinsippet blir satt ut i livet.

Selvfølgelig er det mange andre viktige politiske problemer, men disse 3 vil i særlig grad berøre helsevesenet, og vi gjør klokt i å overveie dem. Mange leger hevder at helsetjenesten og medisinen bør stå over politikken. Jo før de kommer ut av denne illusjonen, desto bedre. Helsetjenesten er en av de sentrale politiske oppgaver og må drives slik de folkevalgte ønsker det.

3. Sykehusenes organisasjon og drift

Dette er bakgrunnen, og jeg legger nå frem noen av de tanker jeg har gjort meg om sykehusenes organisasjon og drift.

a. *Struktur.* Jeg tror det er både faglig og politisk enighet om en funksjonell nivåskala med 4 trinn: lokal-, sentral-, region- og landsfunksjon. Enhver struktur med flere nivåer utgjør et hierarki, og det har en uimotståelig makt over menneskene (fig 8).

Alle, både pasienter, personell og politikere, ønsker seg oppover i hierarkiet. Det er særlig den amerikanske professor Laurence Peter som har vist hvordan status driver menneskene oppover i et slikt system. For sykehusene har dette ført til en veldig utbygging, som kanskje har gitt mindre resultater for folkehelsen enn vi liker å tro.

Peter-prinsippet er et dynamisk prinsipp som bygger på egenskaper dypt i menneskenaturen. Imot dette har vi satt et fromt papirprinsipp som vi kaller Leon. Etter dette skal enhver pasient håndteres på laveste effektive omsorgsnivå. Dette er naturligvis helt korrekt, men vi har ikke gjort noe for å tilpasse Leon til menneskenaturen. Enhver som går igjennom helseplanene, tvinges til den samme konklusjon, og i deprimerte øyeblikk har jeg talt om julenisseplanlegging. Formannen i Statens Sykehusråd har uttalt at vi følger et omvendt Leon-prinsipp, og kanskje er det skjebnens ironi at Leon bakvendt betyr jul. Etter mitt skjønn er dette det sentrale problem i sykehusvesenet, nemlig at vi ikke makter å holde systemet på plass. Det er helt naturlig at det er slik, for det snusfornuftige Leon-prinsippet kan ikke stå seg mot en utvikling som drives av en felles ambisjon for pasienter, lokalpolitikere og leger.

Tilsynelatende er det kommet en motreaksjon i det siste, og slagordet er: «Tilbake til lokalsamfunnet». Dette er ikke tomme talemåter; det er nok å minne om at utvandringen fra Nord-Norge er stanset. Jeg ser på denne utviklingen med stor sympati, men uten Leon-prinsippet vil den

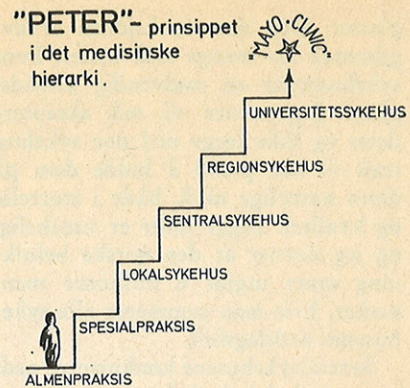


Fig 8

sprengte alle rammer. Kampen om lokalsykehusene illustrerer dette. Som regel står 2 parter mot hverandre i denne kampen: leger og alvorlig syke pasienter vil ha store sykehus; lokalbefolkningen og dens politikere vil ha små. Argumentene på begge sider er fremdeles svakt underbygd. Legene hevder at de små sykehusene ikke kan konkurrere med de store. Jeg tror dette er riktig for alvorlige sykdommer, men dokumentasjonen er fremdeles svak. Politikerne hevder at de små sykehusene er billigere, men dette blir mer og mer tvilsomt (tab 2). Iallfall er det klart at det blir meget dyrt å desentralisere avanserte tilbud. Det minste felles multiplum for partene er selvfølgelig store lokalsykehus, og det er det vi får (fig 9). Det er viktig å være klar over at sykehusene har 2 lokale funksjoner: de helbreder folk, og de gir arbeids-

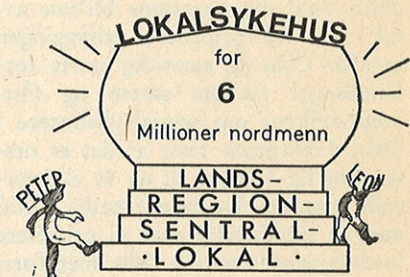


Fig 9

Tabell 2 Sykehus: Brutto driftsutgifter for norske sykehus (fra Stortingsmelding nr. 9, 1974-75)

Sykehustype	Kroner pr. plass 1972	Prosent stigning 1971-1973
Region	143 069	63,8
Sentral	96 372	60,3
Lokal 3+	95 759	59,1
Lokal 3	92 110	68,8
Lokal 2	70 105	63,0
Spesial	88 275	53,0

¹ Lokal 3+: Lokalsykehus, mer enn 3 spesialiteter. Lokal 3: Lokalsykehus, 3-delte. Lokal 2: Lokalsykehus, 2-delte og blandede

plasser. Den siste funksjonen er avgjørende for mange små steder, hvor sykehuset er en nødvendig arbeidsplass. Jeg mener vi må akseptere dette og ikke legge ned noe sykehus, men vi bør prøve å holde dem på deres naturlige nivå, både i størrelse og kvalitet. Begge deler er vanskelig, og jeg nevner at den norske befolkning snart utgjør 6 millioner mennesker, hvis man summer alle sykehusenes nedslagsfelt.

Sentralsykehusene konkurrerer nedover med lokalsykehusene og oppover med regionsykehusene. I mange fylker er det en hard kamp mellom de 2 største sykehusene, og jeg synes det er vanskelig å ta standpunkt i disse sakene. I prinsippet må man satse på gode sentralsykehus, og det betyr at den ene konkurrenten må akseptere lokalsykehusnivå. I praksis er dette vanskelig, men jeg tror vi må ha styrke til å gjennomføre en utbygging som ikke gjør alle sykehus til sentralsykehus. Problemet er at alle sykehuseiere er overbevist om at valgspillet er: ekspander eller dø.

Regionsykehusene er godkjent i prinsippet, men representerer kjempeoppgaver. Det er nok å nevne Haukeland sykehus og Tromsø sykehus. Det øverste trinnet, landsfunksjonen, dekkes i dag av spesialsykehusene i Oslo, men det er antagelig politisk enighet om å fordele landsfunksjonen blant regionsykehusene, slik at vi bare får 3 trinn: lokal-, sentral- og regionsykehus. Jeg er engstelig for at det vil ta meget lang tid å gjennomføre dette. Skal det noensinne bli noe av, må man nå prioritere utbyggingen utenfor Oslo og samtidig starte forhandlinger mellom staten og Østlands-fylkene om spesialsykehusene i Oslo. Erfaringen viser at det er nesten umulig å bryte ut av et eksisterende mønster. Debattene ender alltid med at selvfølgelig skal vi prioritere institusjonene utenfor Oslo, men først må vi avslutte utbyggingen i Oslo.

Konklusjonen på dette avsnittet om sykehusstrukturen blir at prinsippene er klare, men hittil har ingen regjering hatt politisk styrke til å gjennomføre dem, og fortsatt økono-

misk fremgang vil ikke nødvendigvis gjøre oppgaven lettere. Noen enkel løsning kan jeg ikke se, men helse-tjenesten må forsøke å finne den rette balanse mellom den spesialisering og sentralisering som er nødvendig for en del medisinske funksjoner og den desentralisering som er nødvendig av politiske og samfunnsmessige grunner (fig 10).

b. *Regionaliseringen av helsetjenesten* er en logisk konsekvens av denne strukturen. Regionaliseringen vil bedre kontakten mellom alle ledd i helse-tjenesten, og man bør søke å styrke dette samarbeid. Det bør omfatte alle sider av helsetjenesten, også utdanningsoppgavene, laboratorietjenestene, behandlingsopplegg osv. Det ligger i sakens natur at det ofte er de store sykehusene som må ta initiativet, og jeg synes det er rimelig å nevne Sentralsykehuset i Tromsø som et godt eksempel. De regionale helsemyndigheter må koordinere og styre virksomheten, og det forutsetter at de får innflytelse på økonomien. Alt dette vil tvinge seg frem av politiske og ressursmessige grunner, men det vil ta minst 10 år å bygge opp de 3 regionsykehusene utenfor Oslo.

Faren med denne ordningen er at vi ikke maktet å opprettholde og videreføre de mest kompliserte behandlingstilbud på landsnivå. De angår alltid få pasienter og har derfor ikke alltid tilstrekkelig politisk tyngde. Det er større fare for at de faller ut i et regionalisert helsevesen, fordi politiske kompromisser lett vil favorisere store lokalsykehus og ikke regionale funksjoner.

c. *Bemanningen* er antagelig sykehusenes største problem, og min fremtidsviser er at det vil bli verre.

Det første spørsmålet er: hvor stor skal bemanningen bli? Antall stillinger avgjøres av myndigheter utenfor sykehusvesenet, og i 1974 fikk sykehusene mindre enn halvparten av «de helt nødvendige stillinger» (fig 11). Fylkenes helseplaner krever ca. 50 000 stillinger frem til 1981, og jeg tror vi kan være glad om vi får tredjeparten. Vi protesterer selvfølgelig, men misforholdet øker mellom det vi ønsker å gjøre og det vi får gjort. Dette oppleves som en økende krise, og frustrasjon og misnøye brer seg. Sykehusene må akseptere at disse problemer ikke vil bli løst gjennom stadig nye stillinger. Det betyr dels at vi må prøve å holde igjen på ambisjonen og dels at vi må prioritere tiltak som fører til at alle opprettede stillinger blir besatt med stabile og noenlunde tilfredse arbeids-

tagere. God personalpolitikk blir viktigere enn nesten alt annet.

Det neste spørsmålet er: hva slags personell? Det kommer stadig nye helseprofesjoner, og alle arbeider for bedre utdanning, lønn og status. Det er for tidlig å si hva resultatet av alt dette vil bli for pasientene, men det er en klar tendens til å prioritere arbeid utenfor sykehusene og til å redusere utdanningskravet for dem som stiller pasientene. Det er gode argumenter for dette, men i enhver armé er det en tendens til å foretrekke de bakre linjer. Dette er vanskelige problemer som fortjener grundig analyse både av utdanning, arbeidsoppgaver og prioritering. Jeg tror vi bør arbeide for felles grunnutdanning og for å beholde en del godt utdannet personell ved sykesengene.

Et tredje spørsmål er: hvordan arbeider personellet? Medisinen blir mer komplisert, men kan det likevel tenkes at vi gjør for mange undersøkelser og bruker for stor del av arbeidstiden til undervisning og møter?

Det er mitt inntrykk at disse problemer blir større, og det er vanskelig å finne balanse mellom trivsel og produksjon, utdanning og arbeid, teori og praksis. Noen sykehus har klart å finne balansen bedre enn andre, og klarer vi ikke denne oppgaven, får vi antagelig en kultur-revolusjon ved sykehusene. Jeg tror det er viktigere å utforske disse problemene enn nesten ethvert annet problem i medisinen.

d. *Økonomien* henger sammen med bemanningen, fordi lønnsutgiftene utgjør vel 70 % av driftsutgiftene, og mange av de andre utgiftene er bundet. Sykehusene har i det siste hatt en årlig budsjettøkning på 25 %, mens

Sentraliser - Desentraliser

MEDISINSK	↔	POLITISK
SAMFUNNS-	↔	LOKAL-
ØKONOMISK	↔	ØKONOMISK

SYKEHUSPOLITIKK BALANSE

Fig 10

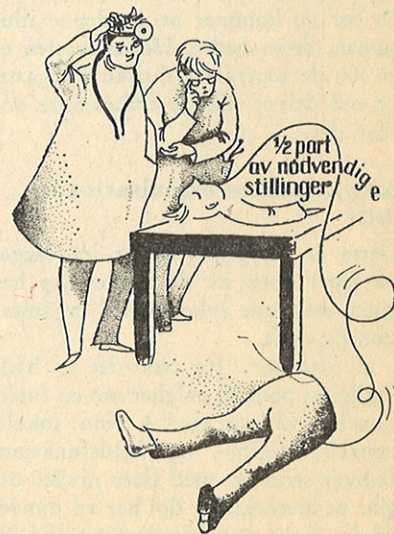


Fig 11

brutto nasjonalprodukt har økt med 5 %. Jeg er overbevist om at stigningstakten for sykehusbudsjettene vil bli presset ned, dels fordi de totale helseutgifter må bringes under kontroll og dels fordi politikerne vil ønske å bruke relativt mer til primærhelsetjeneste, pleie og forebyggende medisin. Jeg tror vi bør innrette oss på dette.

Økonomien kontrolleres gjennom budsjettet, og etter års spekulering over budsjettproblemer er jeg blitt overbevist om 3 ting:

- enhver institusjon - også sykehus - må styres gjennom budsjettet, og budsjettet må holdes på en slik måte at medisinskaperet ikke er tomt i desember måned.

- budsjettet må baseres på programmer og rammer, det vil si at det enkelte sykehus gir anbud på de oppgaver det vil løse og får tilstrekkelige bevilgninger til de oppgaver som blir godkjent.

- fagfolkene må gjøres ansvarlig for at rammen holdes. Enhver vil støtte en kollegas krav overfor administrasjonen. Først når en gruppe fagfolk spiser av samme sekk - og vet det - får man frem de beste prosjektene.

Jeg føler meg overbevist om at sykehusene vil komme til å gå denne veien, og de bør forberede seg i tide.

e. *Administrasjon og styring.* Regionaliseringsprinsippet vil slå igjennom. Dermed vil helsetjenesten få nye styringsorganer, slik det er skissert i Stortingsmelding nr. 9 (1974-75). Jeg slutter meg til disse tankene, men er engstelig for at man ikke kommer til å satse nok på å få disse styringsorganene til å fungere. Skal Statens fagråd for helsevesenet få noen betydning, må medlemmene gjøre dette arbeid til sin hovedinteresse i den tid de er oppnevnt og ikke bare til en ny bijobb på toppen av alle andre.

Jeg tror også man må ofre omtanke på styringen av de enkelte institusjoner. I de store institusjonene vil blokkorganisasjonen sikkert slå igjennom i en eller annen form, men i alle institusjoner må man prøve å skape et bedre arbeidsmiljø gjennom samarbeid og medbestemmelse. Overlegerådene er nå stort sett demokratisert til legeråd, men jeg tror man må ta skrittet fullt ut og skape en form for bedriftsforsamling ved sykehusene. Dette er mer komplisert enn ved andre bedrifter, fordi produksjonen angår mennesker - pasienter - som også burde være representert i styringsorganene. Det er derfor ingen enkel løsning på dette, men jeg tror

man bør starte forsøksordninger ved utvalgte sykehus.

f. *Kurativ medisin.* Sykehusenes hovedoppgave er selvsagt kurativ medisin, og det er enighet om at denne oppgaven delvis må reorganiseres i retning av mer poliklinisk virksomhet, kombinert med forskjellige former for sykehotell. Faglig sett, tror jeg dette er den store utfordringen til sykehusene, og den må løses uten alt for omfattende utbygging og stillingskrav. Det er mitt inntrykk at legenes arbeid kan reorganiseres og at de mest erfarne har en særlig oppgave her. Det haster med å komme i gang med forsøk, og de økonomiske spørsmål må løses.

g. *Pleie.* Sykehus og sykehjem må sees i sammenheng, og i enkelte områder er det allerede et nært samarbeid mellom dem. Jeg tror alle sentralsykehusene vil komme til å knytte til seg erfarne indremedisinere som dels får ansvaret for noen langtidsenger i sykehuset og dels har faglig tilsyn med sykehjem og med fordeling av pasienter. Etter planen skal vi få flere senger i sykehjemmene enn i sykehusene. Jeg er engstelig for at sykehjemmene blir rammet av den samme ekspansjonseksplasjon som sykehusene, og de kan ende med å bli meget ressurskrevende. Derfor er det viktig å koordinere og lede dette arbeidet, og jeg tror sykehusene vil komme til å engasjere seg her.

h. *Forebyggende medisin* er et arbeidsfelt sykehusene har vist liten interesse. Det vil sikkert komme krav om en radikal omlegging her, og sykehusene må bearbeide sitt materiale med sikte på lokale forebyggende tiltak, for eksempel mot trafikkulykker, aborter, intoksikasjoner, hypertensjon osv. Jeg tror dette arbeidet vil bli høyere prioritert, og meget av det må foregå utenfor medisinen: vil man bekjempe trafikkulykker, lønner det seg mer å satse på politi enn på kirurgi (fig 12). Sykehusene bør imidlertid se at dette arbeidet er både viktig og interessant.

i. *Undervisningen* har allerede fått bred plass ved sykehusene og vil sikkert beholde denne plassen. Jeg tror det vil tvinge seg frem en bedre koordinering av undervisningen og en samkjøring av flere grupper. Etter hvert som arbeidstiden blir kortere, blir det rimelig å overføre en del undervisning til fritiden i form av frivillige kurs og tilleggsutdannelse som gir opprykk og andre fordeler. Hvis dette resonnement er riktig, bør det satses mer på å standardisere en del av undervisningen, for å gjøre den

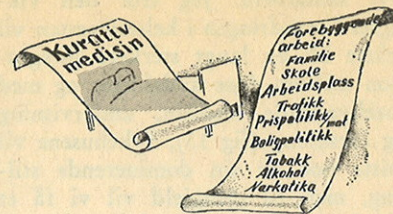


Fig 12

bedre og mer relevant. I dag tror jeg det er mye usystematisk og uforberedt undervisning, og det blir en viktig oppgave for regionene å forbedre det.

j. *Forskningen* har hittil stort sett vært forbeholdt regionsykehusene, men jeg tror at forskningsbegrepet blir utvidet til å omfatte praktiske forsøk, evaluering, forebyggende medisin osv., og da kan flere institusjoner trekkes inn i dette arbeid. Også dette blir en viktig oppgave for regionene.

4. Sykehusenes stilling i helsevesenet

I en ufullstendig og sterkt forkortet form har jeg lagt frem noen tanker om sykehusenes organisasjon og drift, og jeg må føye til noen få ord om deres stilling innenfor det samlede helsevesenet.

Dagens helsevesen kan oppfattes som en storindustri med 3 avdelinger: primærhelsetjeneste, sykehusene og sykehjemmene. Jeg har ikke nøyaktige oppgaver over produksjon, bemanning, investering og drift for de 3 avdelinger, men de somatiske sykehus tar over halvparten av alt personell. Sykehusene har vært prioritert i årene etter krigen, men så har vi også fått et sykehusvesen som jevnt over holder meget høy standard.

De 3 avdelingene er forholdsvis skarpt adskilt, og forholdet mellom dem kan vel bedre karakteriseres som fredelig sameksistens enn som ak-

Modeller av helsevesenet.

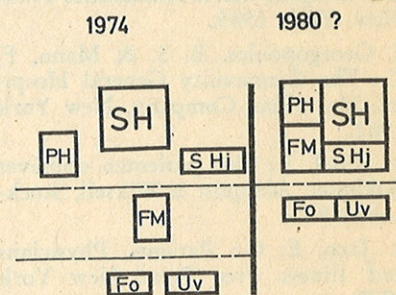


Fig 13 Integrasjon av helsetjenesten. PH: primære helsetjeneste, SH: sykehus, SHj: sykehjem, FM: forebyggende medisin, Fo: forskning, Uv: undervisning

tivt samarbeid. Jeg tror den viktigste forandringen i helsetjenesten vil måtte bli en langt sterkere integrasjon mellom disse avdelinger og med forebyggende medisin, undervisning og forskning (fig 13). Sykehusene vil miste noe av sin dominerende stilling, men til gjengjeld vil vi få et mer harmonisk utviklet helsevesen.

5. Slutt: om helsetjenesteforskning

Det er de tanker jeg har kunnet presse inn i den ramme kurslederen ga meg. Med rette kan de kritiseres for å være amatørmessige, overfladiske og uten nødvendig dokumentasjon. Det blir slik, når dette området må prioriteres etter all annen virksomhet.

Jeg tror dette illustrerer et sentralt problem. Vi bør innse at alle disse spørsmål tilsammen utgjør et vitenskapelig fagfelt, nemlig helseøkonomi, helsetjenesteforskning eller «health services research». Dette felt er ikke mindre komplisert og heller ikke mindre viktig enn de fleste andre forskningsfelt. Jeg tror det er nødvendig å etablere en tverrfaglig forskningsgruppe som må gå løs på dette området, skaffe seg internasjonale kontakter og ta opp forskningsprosjekter i samarbeid med helsemyndighetene og alle deler av helsetjenesten. Den må organisere undervisning og langsomt opparbeide forståelse for at ressursene er begrenset og må brukes med omtanke. Hva helsevesenet skal koste i personell og penger, bestemmer politikerne. Men helsetjenesteforskningen kan gjøre det lettere å få mest mulig helse igjen for innsatsen.

Litteratur fra side 1083

Funksjonsfordeling i et somatisk sykehus

Litteratur

1. Cartwright, A.: Human Relations and Hospital Care. Humanities Press, New York 1965.
2. Georgopoulos, B. S. & Mann, F. C.: The Community General Hospital. Macmillan Company, New York 1962.
3. Israel, J.: Hur patienten opplever sjukhuset. Almqvist & Wiksell, Stockholm 1962.
4. Jaco, E. G.: Patients, Physicians and Illness. Free Press, New York 1972.
5. Kock, S.: Påbörjade sjukhusadministrativa undersökningar. Publ. serie C, nr. 4 (Stensil). Svenska Handelshögskolan. Helsingfors.

6. Løchen, Y.: Samliv og samvirke i sykehus. Foredrag ved Seminar om sykehusadministrasjon, Norsk Sykepleierforbund, mai 1972.

7. Olofsson, C. & Stymne, B.: Vad tycker patienter och personal om sjukhuset? SIAR-S-49, Stiftelsen Företagsadministrativ Forskning, Stockholm 1972.

8. Pratt, L., Seligmann, A. & Readow, G.: Physician's views on the level of medical information among patients. Amer. J. publ. Hlth 1947, 10, 1277-1283.

9. Rhenman, E.: Centrallassaretet. Systemanalys av ett svenskt sjukhus. SIAR-S-4. Studentlitteratur, Lund 1969.

10. Rowbottom, R. et al.: Hospital Organization, William Heinemann Medical Books, Ltd., London 1973.

11. Sandford, F. H.: The Behavioral Sciences and Research in Nursing. Nursing Research 1957, 6, 2.

Bokanmeldelser

Oppgaveprioritering innen helsetjenesten

Cooper, M. H.: **Rationing Health Care.** 126 s. Croom Helm, London 1975. Pris: Ca. 60 kroner. Anmeldt av P. F. Hjort.

Da den engelske helsetjeneste ble nasjonalisert i 1948, trodde man på en illusjon, nemlig at behovet for helse-tjeneste var gitt og at oppgaven var å bygge en rasjonell og effektiv tjeneste for dette behov. Innsatsen har vært enorm, og britisk helsetjeneste beskjeftiger nå nesten 1 million mennesker. Den gjennomsnittlige engelskmann søker sin private lege 4 ganger om året, søker en poliklinikk 1 gang om året og kan regne med 8 innleggelsesår 3½ uke i løpet av sin levetid.

Etter 27 år er det blitt klart at behovene er ubegrenset, mens midlene er begrenset. Konsekvensene er derfor at helsetjenester må rasjoneres. Politikerne foretrekker å si at oppgavene må prioriteres, men det betyr det samme.

I virkeligheten har det hele tiden foregått en prioritering. For eksempel økte hospitalene sin andel av det totale budsjett fra 55 til 66 % i årene 1950-1972, og samtidig ble primærhelsetjenestens andel redusert fra 12 til 8 %. Stort sett er det den akutte medisin som har vært prioritert på bekostning av primærhelsetjenesten, langtidsmedisinen og pleie. Spørsmålet er om dette har vært riktig og om denne utvikling bør fortsette.

Forfatteren er Senior Lecturer i økonomi ved University of Exeter. Han har arbeidet med helseøkonomi i mange år og har skrevet flere bøker om emnet. Denne boken er et sammendrag av hans erfaringer og iakttagelser, og den munner ut i en provoserende trossærklæring: dette går ikke lenger, og det er legene som må ta til vettet.

Hovedproblemet, slik han ser det, er det han kaller legenes heroiske individualisme. Det er sykehusene som dominerer helsebudsjettet, og det er de uavhengige og uangripelige «consultants» som dominerer sykehusene. Han viser i tabeller hvorledes dette har skapt ulikheter og forfordeling, ineffektivitet og feilprioriteringer. Det finnes ingen systematisk evaluering av klinisk medisin, men forfatteren er ikke i tvil om at nytten er mindre og risikoen større enn de fleste er klar over. Dette utdypes i en lang rekke eksempler som ender med begrepet DOMP (diseases of medical practice).

Forfatteren skriver godt, og hans synspunkter er for godt underbygd til at de kan avvises som uansvarlige angrep på helsetjenesten. Budskapet synes klart, nemlig at kravene til helsetjenesten øker langt raskere enn bevilgninger og personell. Derfor må prioriteringsprosessen bringes under ansvarlig kontroll. Hvis ikke legene gjør det selv, vil andre gjøre det, og de vil være mindre skikket.

Mange burde kjøpe denne boken, lese den, irritere seg over den, gruble over problemene og overveie hva som kan gjøres.

Hvordan WHO har utviklet seg og hva den gjør

WHO: **Introducing WHO.** 88 s., ill. Wld Hlth Org., Geneva 1976. Pris: Swfr. 10,00. Anmeldt av Ø. Larsen.

En riktig pen liten bok, nærmest en brosjyre om hva Verdens helseorganisasjon er, hvordan organisasjonen har utviklet seg og hva den gjør. Heftet er av interesse for alle innenfor forebyggende medisin og offentlig helsearbeid. For norske leger henger det vel imidlertid litt i luften, slår man opp på f.eks. WHO publications and documents, står det bare en generell omtale og en henvisning til de kataloger som finnes. Hadde heftet vært kombinert, f.eks. med en slik publikasjonskatalog, hadde jeg gått ut og kjøpt Introducing WHO, hvis jeg da ikke hadde fått anmelder-eksemplar, slik som nå. På medisinske biblioteker, utdanningsinstitusjoner for helsepersonell av alle kategorier osv., bør imidlertid heftet finnes, likeledes i videregående, almenndannende skoler.