

171a

194

TANKER OM EFFEKTIVITET I HELSETJENESTEN

Af Peter F. Hjort. Gruppe for helsetjenesteforskning
Statens Institutt for folkehelse

1. Helsetjenesten er stor og komplisert

Helsetjenesten er landets største arbeidsplass. Den har ca. 175 000 ansatte og et driftsbudsjett på ca. 35 milliarder kroner. Ca. 80 % av de ansatte er kvinner, og knapt halvparten arbeider deltid.

Hvert år er det ca. 650 000 innleggelser i sykehus og ca. 30 millioner kontakter med helsetjenesten utenfor institusjon (1).

Hele dette enorme maskineriet står til rådighet for befolkningen over alt i landet – ut til den minste avkrok. Det står også til tjeneste døgnet rundt og året rundt. Når alvor er ute, er det aldri stengt, og det sier aldri nei.

Helsetjenesten har et ufattelig produksjons-spektrum. Den skal makte alt fra trøst til transplantasjon. I den ene enden av spektret står det som er blitt kalt den »resultatløse omsorg«, dvs. pleie av pasienter som ikke kan bli bra, kanskje ikke en gang bedre. I den andre enden av spektret står »hi-tech-medicine« med hjertetransplantasjon, laserkirurgi og elektronikk. Hele dette apparatet skal koordineres, fordi hver pasient ofte har mange behov. Det betyr at spesialisering er nødvendig, men samtidig en fare.

Det er også en veldig dynamisk kraft i helsetjenesten. Kunnskapsgrunnlaget utvikler seg med stor fart. Det kommer ny teknologi, nye undersøkelsesmetoder, nye behandlingsmuligheter – og dermed også nye bivirkninger og muligheter for komplikasjoner. Det økonomiske, politiske, administrative og etiske grunnlaget er i stadig utvikling og forandring. Det er lett å illustrere dette: Helsetjenesten har hele tiden ca. 10.000 unge mennesker i grunnutdanning og samtidig en uendelig rekke av kurs, seminarer, videre- og etterutdanning. De unge menneskene som begynner i helsetjenesten har et helt annet kunnskapsgrunnlag, andre holdninger og andre forventninger enn de pensjonister som forlater den.

Sykdomspanoramaet endrer seg også. Da jeg begynte i helsetjenesten, møtte jeg et pleiehjem fullt av unge mennesker med smitteførende tuberkulose. Poliomyelitt var en uhyggelig realitet. Til gjengjeld var de sosiale forhold mer stabile – ingen arbeidsløshet, færre skilsmisser, ingen pendling og mindre flytting.

Nordiske Administrativt Tidsskrift

1985; 66 (Nr. 3): 194-209.

Det stiger frem et bilde av en enorm og dynamisk organisasjon – nesten en levende organisme. Den vokser, spesialiserer seg, endrer seg, kjemper, strever, klager, hamres og hamrer. Den skal være dyktig, moderne, teknologisk perfekt. Men den skal også være følsom, varm og menneskelig. Motto for den medisinske studieplanen i Tromsø (2) er et sitat av den legendariske indremedisineren William Osler: »Legen trenger både et klart hode og et varmt hjerte«. To krav har alltid stått sentralt i engelsk medisin: »competence and compassion« – kyndighet og medfølelse.

Og på toppen av alt dette skal helsetjenesten nå også være effektiv. Av og til har jeg lyst til å avvise dette kravet som fullstendig meningsløst. For hvordan trøster en effektivt? Er 6 minutter nok, eller har en råd til 8 minutter? Kan to pasienter med samme sykdom være så like at de skal behandles likt? Men jeg tenker også på de 35 milliardene og på samfunnets rett til å kreve at de blir brukt på en effektiv, fornuftig og god måte. Konklusjonen blir at helsetjenesten må godta kravet om effektivitet, men samtidig utforme et effektivitetsbegrep som er relevant for helsetjenesten.

2. Hva er effektivitet i helsetjenesten?

En populær definisjon av effektivitet er:

- å gjøre de riktige ting (dvs. å prioritere riktig)
- på den riktige måten (dvs rasjonelt og riktig)

Overført til helsetjenesten, blir det gjerne en lang regle: effektivitet er å gjøre de riktige tingene med de riktige pasientene på den riktige måten til riktig tid og på riktig nivå i helsetjenesten.

Poenget er at effektivitet og kvalitet er uløselig koblet sammen. Og kvalitet har to sider: faglig korrekt (»competence«) og menneskelig riktig (»compassion«). Dermed er en inne i en avveining av helt ulike faktorer. Det er to ekstreme syn:

- Etter det ene synet bør alt snakk om effektivitet og rasjonalitet avvises, for to pasienter er aldri helt like. Det pasientene ønsker og har krav på er individuell behandling, for det er syke mennesker det dreier seg om.
- Etter det andre synet både kan og bør helsetjenesten gå inn i en effektiviseringsprosess, fordi mange oppgaver er enkle og vil vinne på standardisering. I virkeligheten kan effektivisering føre til bedre kvalitet, for det er tross alt sykdommer en behandler.

Poenget er selvfølgelig at det er noe i begge syn. Mange oppgaver kan med fordel standardiseres, og det vil slå ut i bedre kvalitet og større effekti-

vitet. Men andre oppgaver bør absolutt ikke standardiseres, fordi det vil redusere både kvalitet og effektivitet. Svaret kan bare ligge i en riktig avveining av mange hensyn.

Det er viktig å få frem dette poenget, og det er lett å illustrere. Hvert eneste menneske er nemlig både pasient og skattebetaler. Pasienten vil ha individuell behandling – skreddersøm. Skattebetaleren går derimot inn for effektivitet – konfeksjonssøm. I en periode frem til forrige Stortingsvalg i Norge hadde skattebetaleren overtaket, men pasienten ser ut til å være sterkere i det lange løp. I en svensk gallupundersøkelse erklærte flertallet at de var villige til å betale mer skatt, hvis pengene ble øremerket for helsetjenesten.

Min konklusjon er at helsetjenesten har et forvaltningsansvar for sitt budsjett, og det bør vi ta alvorlig. Men samtidig har vi et faglig og menneskelig ansvar for pasientene, og det bør vi ta like alvorlig. Det betyr at vi må finne en balanse mellom effektivitet og kvalitet.

3. Administrativ og medisinsk effektivitet

I 1950-årene var helsetjenesten ennå forholdsvis enkel og oversiktlig. Sykehusene ble som regel ledet av en administrerende overlege, som var kliniker på heltid og administrator på overtid. Han hadde gjerne en økonomisjef eller forvalter ved sin side.

Under trykket av vekst og spesialisering ble det åpenbart at administrasjonen trengte mer kompetanse og kapasitet. Det ble ansatt heltidsdirektører ved sykehusene, som regel med økonomisk, administrativ eller juridisk bakgrunn. I tillegg ble det bygget opp administrasjoner med både kompetanse og kapasitet. Det er tatt i bruk moderne administrative metoder, bl. a.

Tabell 1 Administrasjonens andel av ressursene, data fra tre sykehus i ett fylke, 1983

	Sykehus		
	1	2	3
Antall normerte senger	199	209	228
Antall budsjetterte stillinger			
– i alt	436	403	405
– ved administrasjonen	30	23	27

med EDB. Det kliniske personell har ofte protestert mot økningen i »helsebyråkratiet«.

Tabell 1 viser at administrasjonen tar en forholdsvis beskjeden del av de totale stillingstall ved sykehusene – ca. 7 %. Det er også en viss forskjell i administrasjon mellom noenlunde jevnstore sykehus. Jeg understreker imidlertid at slike sammenligninger alltid er vanskelige, fordi alle sykehus er forskjellige – tomt, bygninger, bemanning, tradisjoner og (til dels) oppgaver.

Administrasjonene har satset meget på å strømlinje sine egne funksjoner, f. eks. kjøkkentjenesten, de tekniske tjenester, regnskaper osv. Dette monner likevel forholdsvis lite. Ca. 75 % av sykehusbudsjettene er lønninger, og det vesentlige går selvfølgelig til det medisinske personell. Skal effektiviseringen monne, må en derfor effektivisere den medisinske tjenesten. Spørsmålet er om det er mulig, og om en vinner mer enn en taper på en slik prosess. Dette spørsmålet fører en til helsetjenesteforskning.

4. Helsetjenesteforskning, medisinsk evaluering og effektivisering

Helsetjenesteforskningen begynte i England og USA som »health services reserarch«. I Norge har den foregått i 10-15 år, ved Norsk institutt for sykehusforskning og i Gruppe for helsetjenesteforskning. Formålet er å bruke systematisk forskning, utredning og evaluering til å gjøre helsetjenesten bedre, mer effektiv og mer rettferdig. Den drives i tverrfaglige miljøer som består av helsepersonell, samfunnsvitere, økonomer og statistikere.

Evaluering står sentralt i dette arbeidet. Det en gjør ved evaluering er å undersøke om en er kommet dit en skulle. Enhver virksomhet må ha et mål, og evalueringen gir svar på om en når målet. Medisinsk evaluering har

Tabell 2 Effekten av årelating og brekkmidler ved lungebetendelse i Wien 1849 (3)

Behandling	Antall pasienter	Dødelighet (%)
Årelating	85	20,4
Brekkmidler	106	20,7
Ingen	189	7,4

selvfølgelig lange tradisjoner (se Tab. 2). Det nye er at den er blitt mer målbevisst og omfattende, og at den bruker mange metoder – medisinske, samfunnsvitenskapelige, epidemiologiske, økonomiske osv.

Det er vokset frem en omfattende litteratur og spesialtidsskrifter om evaluering. Det er vanlig å skille mellom tre typer:

a) Den første typen vurderer *strukturen*, dvs. ressurser og organisasjon – bygninger, bemanning, utstyr og driftsmidler. Her sammenligner en *ra-ter*, dvs. antall leger, sykepleiere, sykehussenger og budsjett kroner pr. befolkningsenhet. Skal slike sammenligninger ha noen verdi, må de knyttes til en standardisert befolkning. Grunnen er at forbruk av helsetjenester stiger betydelig med alderen. En ung befolkning klarer seg derfor med mindre ressurser til helsetjenesten enn en gammel. I Norge har meget av diskusjonen dreid seg om antall sykehussenger pr. 1000 innbyggere (4). Slike diskusjoner har politisk tyngde, fordi det er lett å påvise store forskjeller i fordelingen av ressursene. F. eks. har Oslo langt større ressurser til helsetjenesten enn Finnmark.

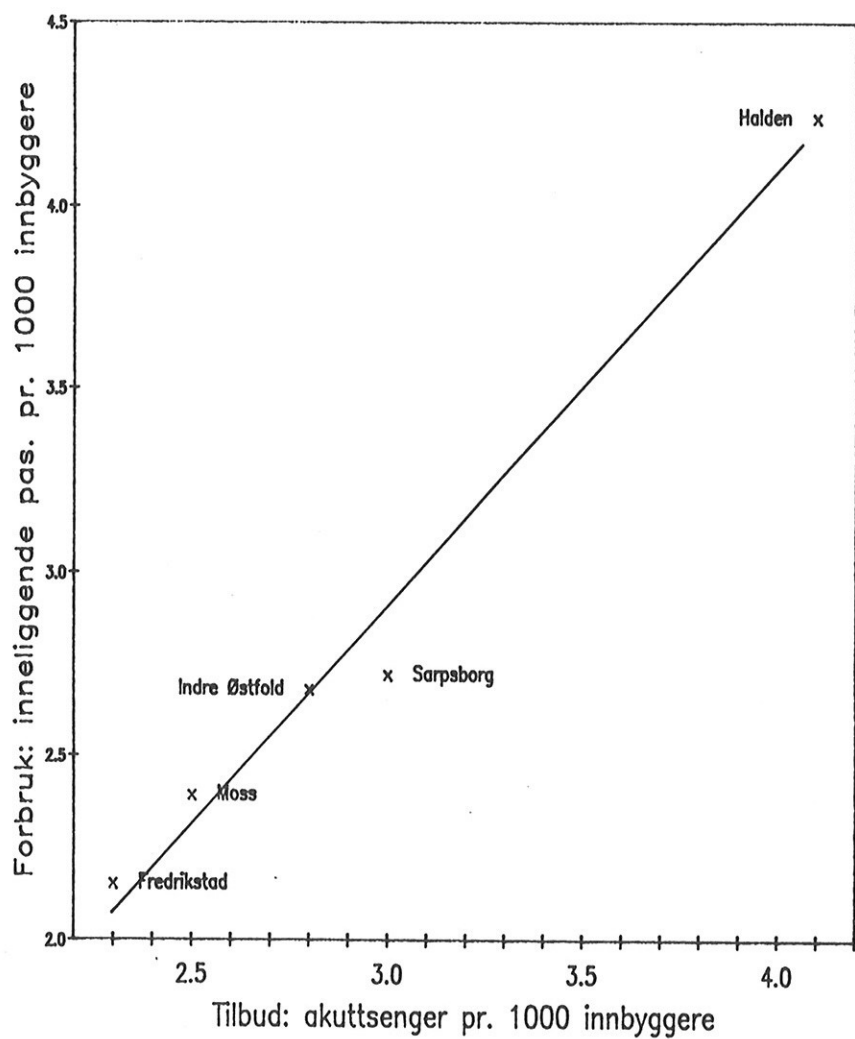
Etter mitt skjønn har denne diskusjonen vært forholdsvis steril, og den har hatt en tendens til å samle oppmerksomheten om ressurser, og ikke om hvorledes en bruker ressursene og hva en opnår. Diskusjonen om senger illustrerer dette. I mange år var det en kamp for å få flere senger, og en interesserte seg mindre for hva slags pasienter som lå i sengene og hva som ble gjort med dem. Resultatet er blitt at mange fylker i virkeligheten har for mange sykehussenger, og dette har låst utviklingen. Erfaringen viser nemlig at det ikke er vanskelig å fylle sengene. Det er derfor tilbudet av senger som bestemmer forbruket. Jeg illustrerer denne grunnleggende erfaringen med et eksempel fra Østfold (Fig. 1), (5).

b) Den andre typen studerer *prosessen*, dvs. hvorledes en bruker ressursene. Det var naturlig å starte med enkle ting, f. eks. utnyttelsesgrad av sykehussengene (dvs. hvor stor prosent av sengene som var i bruk på årsbasis) og gjennomsnittlig liggetid. Spesielt har det vært en tendens til å presse liggetiden ned, og den er nå 7-8 dager ved de fleste norske sykehus. Kort liggetid er blitt et mål for effektiviseringen, og det er blitt en konkurranse mellom sykehusene om å ha den korteste liggetiden. Etter hvert er denne konkurransen blitt nokså tvilsom. For det første er de siste liggedagene i et opphold de billigste, og det er helt uberettiget å sette opp regnestykket:

$$\text{Gjennomsnittlig ligedagskostnad} \times \text{sparte liggedager} = \text{Netto gevinst}$$

For det andre har kort liggetid en tendens til å gi lavere utnyttingsgrad (ofte i underkant av 80 %) og mange re-inleggelse (ofte ca. 20 %). For det tredje kan en komme til å glemme pasientenes behov og ressurser. Det er klart at pasientenes muligheter for tidlig og full restitusjon avhenger av res-

Fig. 1 Tilbudet bestemmer forbruket, illustrert ved tilbud og forbruk av akutt-senger i de fem sykehusene i Østfold (5)



(Otterstad 1981)

sursene i hjemmet. Rehabilitering og trening kan derfor bli ofret til fordel for kort liggetid.

Dette innebærer at effektiviseringen lett kan bli falsk og gå ut over sykehusets formål, som er å tjene pasientene. Jeg tror at effektiviseringen har mange slike synder på samvittigheten, og jeg vil sette dette poenget på spissen ved å nevne at jeg på et sykehus i et annet land har sett en sal med 35 senger, og i alle sengene lå det barn som hadde tatt mandlene. Avdelingen hadde høy *administrativ* effektivitet med stor utnytningsgrad og kort liggetid. Baksiden var at *medisinsk* evaluering viser at en stort sett bør unngå å ta mandlene på barn.

Likevel tror jeg at prosseevalueringen er uhyre viktig, og den spenner over et svært spektrum. I den ene enden har en rene organisatoriske spørsmål, f. eks. vaktordningen for personellet, størrelsen på sykeposter og organiseringen i små spesialavdelinger eller i stor-avdelinger. I den andre enden har en rene medisinske spørsmål, f. eks. hva slags operasjonsmetoder gir best resultater ved lårhalsbrudd, hvorledes skal en håndtere depresjon osv.

Ett resultat er blitt overbevisende klart gjennom evalueringen, nemlig at helsetjenesten arbeider med behandlingsskjeder som krysser administrative grenser. Lårhalsbrudd er ett eksempel. Dette bruddet er blitt så hyppig at mange snakker om en epidemi – over 1000 brudd pr. år i Oslo. Behandlingsskjeden starter mange år før bruddet, gjennom et målbevisst forebyggende arbeid av primærlegene. Før eller senere kommer hjemmesykepleien inn i bildet for de gamle pasientene, og den kan drive et direkte fallforebyggende arbeid gjennom systematisk å fjerne alle snublefeller. Den dagen bruddet kommer, er det viktig at pasientene blir naglet straks uten å måtte vente på at det skal bli et innsmett på operasjonsprogrammet (6). Det forutsetter effektiv organisering av operasjonskapasitet og vaktordninger. Så kommer rehabilitering og trening og dermed samarbeidet mellom sykehuset, hjemmet og primærhelsetjenesten. I noen tilfelle er brudd et vendepunkt i pasientens liv, og hun (det er som oftest en kvinne) kan ikke lenger klare seg hjemme. Som pleiepasient må hun over på sykehjem, og det forutsetter at det fins en ledig seng i et sykehjem. Ofte gjør det ikke det, og pleiepasientene har derfor en tendens til å hope seg opp i sykehusene. Dette er et stort problem i byene (7).

Konklusjonen blir at administrasjonen må organiseres etter behandlingsskjeden. Som regel innebærer det en desentralisering av ansvar og myndighet. Stort sett har det vært større vilje til å desentralisere ansvar enn myndighet. Dette har skapt både frustrasjon og ineffektivitet. Den nye loven om kommunehelsetjenesten gir kommunene og dermed primærhelsetjenesten

et ansvar for å koordinere forebyggende arbeid, kurativt arbeid og rehabilitering i kommunene. Antagelig får kommunene også ansvar for sykehjemmene. Dermed vil en oppnå bedre overensstemmelse mellom behandlingsskjeden og den administrative organisering. Jeg tror dette vil bedre kvalitet og effektivitet.

c) Den tredje typen av evaluering studerer *resultatene*, dvs. hva oppnår en – hvor mye friskere blir pasientene, og hva er den mest effektive veien til det beste resultatet? En skulle selvfølgelig tro at dette er den viktigste formen for evaluering, men det er dessverre to store vansker.

For det første bruker helsetjenesten store ressurser på »resultatløs omsorg«. Vi tar oss ikke av gamle pleiepasienter fordi det lønner seg, men fordi vi har et medmenneskelig ansvar for dem. Målet er å lindre deres plager og jevne den siste delen av livsveien. Det er umulig å måle resultater for denne omsorgen. (Derimot er det mulig å vurdere behandlings- og pleieprosessen, ved å registrere smerter, livskvalitet, trivsel osv).

For det andre er det meget vanskelig å måle »helse«. Mange forskere arbeider med dette, og det fins registreringsmetoder for såkalte helseindikatorer. Dette er en viktig forskningsretning, men det er langt frem til en kan vise at helsetjenesten i ett område »produserer« en friskere befolkning enn i et naboområde.

Konklusjonen blir at medisinsk evaluering er viktig, men den må sette seg realistiske mål. Jeg tror at det er viktig å konsentrere seg om å evaluere *prosessene* og i noen grad *resultatene*. F. eks. er det mulig å studere både prosess og resultater for behandling av lårhalsbrudd (6). En studerer da operasjonsmetoder, komplikasjoner, liggetid, rehabiliteringstid, funksjonelle resultater og – ikke minst – hvad pasientene mener om de forskjellige trinn i behandlingen.

5. Kostnader og nytte

Evaluering interesserer seg for både kostnader og nytte. Økonomene ønsker seg »cost-benefit analyser«, dvs. en brøk som viser kostnader i telleren og nytte i nevneren. Helst skal teller og nevner være i samme enheter, dvs. kroner. Problemet er at det så ofte er umulig å måle nytte og uttrykke nytten i kroner. Hva er f. eks. verdien av en time uten smerter, et hjerteinfarkt som er unngått gjennom forebyggende arbeid, eller en undersøkelse som reduserer sjansen for en komplikasjon? Spesielt amerikanske økonomer har hevdet at det er mulig å verdi-sette alle slike ting (8). Vår forskningsgruppe har hatt liten glede av slike beregninger, og de støtter ofte folks etiske sans.

Derimot har vi nytte av »cost-effectiveness analyser«. Her stiller en opp et mål, f. eks. godt funksjonelt resultat etter beandling for lårhalsbrudd. Dermed kan en sammenligne kostnader ved forskjellige veier til dette målet. Denne tankegangen tvinger en til å analysere prosessene i detalj, og det er mulig å komme frem til metoder som gjennomsnittlig er de mest effektive. Jeg tror evalueringen bør legge stor vekt på denne tankegangen i fremtiden.

6. Store forskjeller og små forklaringer

Helsetjenesten bygger på medisinsk vitenskap, og mange har trodd at rutiner for undersøkelse, behandling og pleie er vitenskapelig fundert. Det skulle innebære at de er rasjonelle og hevet over diskusjon, dvs. at helse-tjenesten alltid gir »den beste behandlingen«.

For mange – også for vår forskningsgruppe – har det derfor vært overraskende at det er så store forskjeller i helsetjenesten. To nabosykehus kan ha vidt forskjellige rutiner for håndteringen av et gitt problem. Vår gruppe har nedlagt et stort arbeid på å dokumentere og studere disse forskjellene. Vi finner dem overalt, f. eks. i primærlegenes arbeid (8), i bruk av legemidler (9) og operasjoner (10), i liggetider ved sykehus (11) og i innleggelsesfrekvenser fra kommunene (12). Når vi studerer tenkelige årsaker til slike forskjeller med statistiske metoder, finner vi at bare en liten del har rasjonelle og rimelige forklaringer. Storparten av forskjellene har ikke rasjonelle forklaringer.

Konklusjonen blir at medisinsk teori er vitenskap, men medisinsk praksis bygger likevel på skjønn, og skjønnen varierer mellom leger og sykehus. Det avhenger av tradisjoner, vaner, holdninger, ressurser og mange andre faktorer, og det er åpenbart et meget stort spillerom for skjønn. Jeg understreker at dette ikke er spesielt for norsk helsetjeneste. Tilsvarende funn er gjort overalt hvor en har studert forskjellene systematisk.

Slike forskjeller har to slags konsekvenser. Den ene er medisinsk, for det spiller selvfølgelig en rolle for en pasient om hun f. eks. får fjernet livmoren eller ikke. Jeg tror at de medisinske konsekvenser av forskjellene stort sett er forholdsvis små, for ellers kunne de ikke bestå. Alle leger ønsker gode resultater, og metoder som gir dårlige resultater blir eliminert. Den andre typen av konsekvenser er økonomiske, og de er ofte meget store. Valg av legemidler, undersøkelsesmetoder, operasjoner osv. gir store utslag på budsjettene. F. eks. har Waaler beregnet at det koster ca. 30 millioner kroner pr. år å senke behandlingsgrensen for høyt blodtrykk med 1 mm (13).

Behandlingsgrensen varierer meget sterkt mellom legene, og det fins ikke noe forum for å »vedta« hvor den bør ligge. En årlig utgift på 30 millioner kroner er ikke småpenger, selv for Stortinget. Men den enkelte lege kan suverent bestemme sin egen praksis og sende regningen til Folketrygden. Jeg har valgt dette eksemplet for å få frem at administrativ effektivitet er viktig nok, men de store pengene ligger i helsetjenestens medisinske praksis.

7. Standardisering – fremskritt eller tilbakeskritt?

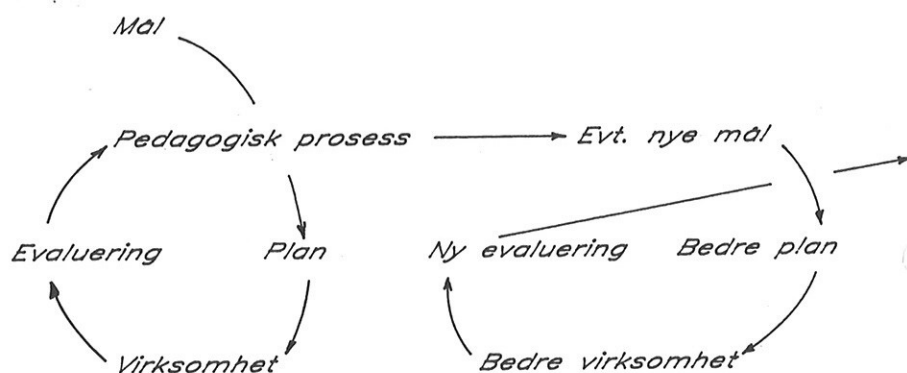
Standardiserte programmer kunne være et enkelt svar på de store forskjellene. Hovedargumentet mot slike programmer er at de innskrenker legenes tradisjonelle »kliniske frihet« til å velge veier de tror på, har erfaringer med og kan tilpasse til den enkelte pasient. Argumenter for programmer er at de kan bygge på vitenskapens nyvinninger, legestandens samlede erfaringer og ansvarlige prioriteringer. Resultatet kunne bli både bedre kvalitet og større effektivitet i helsetjenesten.

I de siste 10 årene har tanken om programmer langsomt arbeidet seg frem – i USA som »consensus programs«, i Sverige som »vårdprogrammer« og i Norge som behandlingsprogrammer. Tanken er ikke revolusjonerende, for både leger og sykehus har selvfølgelig hatt gjennomtenkte og standardiserte rutiner. Det nye er å samle helsetjenesten om felles programmer (14).

Etter mitt skjønn vil og bør denne tanken vinne frem. Det er åpenbart store områder av helsetjenesten som ikke egner seg for standardisering, men det er lett å peke på oppgaver som egner seg. Det dreier seg gjerne om forholdsvis hyppige sykdommer og skader der kunnskapen har nådd frem til avklaring. Programmene må bygge på både medisinske og økonomiske hensyn, de må revideres med mellomrom, og de må bare være veiledende. Den enkelte lege må fortsatt veie hvert enkelt tilfelle og kunne avvike fra programmet når spesielle grunner taler for det. Det er et viktig psykologisk poeng at slike programmer må utvikles av helsepersonell med bred erfaring og tillit, og det må være mulig å lage lokale tilpasninger når forholdene taler for det. Erfaringene viser at byråkratiske og stivbente programmer blir avvist, fordi de fungerer som tvangstrøyer og ikke som ledestjerner.

Etter mitt skjønn er det avgjørende å forstå dynamikken i en kontinuerlig evaluerings- og forbedringsprosess: en stiller opp mål (ofte ganske spesielle delmål, f. eks. for en enkelt sykdom), evaluerer resultatene i forhold til målet, reviderer mål og plan osv., se Fig. 2. Dynamikken i prosessen er knyttet til mennesker og holdninger, og det er nødvendig å skape et klima for den.

Fig. 2 Evaluering og forbedring i helsetjenesten som pedagogisk prosess



8. Hva er problemene i effektiviseringsprosessen?

Helsetjenesten drives av mennesker som er avhengige av sine kunnskaper, erfaringer, holdninger og interesser. De er sluttet sammen i profesjoner som forhandler om arbeidstid, vaktordninger, lønn og rettigheter. Dette skaper et stivt system som lett låser seg i interessekonflikter.

Forandringer oppleves ofte som en trussel. De kan føre til nye rutiner, nye vaktordninger, skifte av arbeidsplass og tap av privilegier. Det er derfor lettere å oprettholde nåværende ordninger enn å gjennomføre forandringer som ikke er laget for å bedre personalets vilkår. Erfaringen viser derfor at en stor del av veksten i sykehusbudsjettene har gått til å bedre forholdene for personellet (15). Ofte har det selvfølgelig vært gode grunner for det.

Forandringer til fordel for pasientene og skattebetalerne er langt vanskeligere å gjennomføre. En opplever at mange ønsker forbedringer, men ikke forandringer – til tross for at forandringer er forutsetningen for forbedringer. Det er ingen grunn til å ironisere over dette. Helsetjenesten er en arbeidsplass, og personellet kjemper for sine rettigheter, som på alle andre arbeidsplasser. Effektiviseringsarbeidet skaper derfor lett konflikter.

Dette betyr at arbeidsmiljøet og ledelse blir stadig viktigere i helsetjenesten. Effektivisering forutsetter at en får igang de gode prosessene som klarer å fange opp mange interesser og hensyn: bedre kvalitet og større effektivitet i pasientbehandlingen og bedre trivsel for personellet. Dette er ikke umulig, for det er en selvfølgelig relasjon mellom god trivsel og godt arbeid. Jeg tror at helsetjenesten har interessert seg for lite for disse proble-

mene, fordi de er kommet i skyggen av medisinske fremskritt og rask vekst. I trange tider er det spesielt viktig å engasjere seg i arbeidsmiljø og ledelse på en positiv måte. I mine øyne er dette den største utfordringen helsetjenesten nå står overfor.

9. Kan helsetjenesten styres?

Hittil har jeg ikke brukt ordet »styring«, til tross for at en møter det oftere og oftere. F. eks. snakkes det om moderne informasjonssystemer som skal gi styringsdata, og en hører om budsjettstyring, planstyring og administrativ styring.

Jeg synes erfaringene taler i en annen retning. For enkelthets skyld kan en dele helsetjenestens beslutninger i to grupper:

- Makrobeslutningene har et element av politikk og angår lokalisering av sykehus, fordeling av ressurser, utvikling av nye tilbud, innkjøp av tungt utstyr osv.
- Mikrobeslutningene er medisinske og angår den enkelte pasient. Disse beslutningene har jeg diskutert ovenfor.

Vi vil gjerne tro at makrobeslutningene er rasjonelle og bygger på systematisk vurdering av mange hensyn, blant annet i form av »styringsdata«. Jeg tror ikke det foregår slik. Tvertimot tror jeg at makrobeslutningen er resultatet av et komplisert politisk spill med mange deltagere: institusjoner, profesjoner, pasientforeninger, massemedia, kommuner, fylker, stat, politiske partier og individuelle politikere. Alle spillere søker å maksimere sine fordeler, og den sterkeste vinner. I dette spillet kommer pasienten i annen rekke, selv om alle spillere fremstår som pasientenes talsmenn. Dette er ikke ironi, men – etter mitt skjønn – en rimelig oppsummering av en lang rekke store beslutninger om norsk sykehusutbygging. Ett ferskt eksempel er striden om fødeavdelingene i Oslo-området. Problemet er ikke at det er for få, men at det er for mange.

Denne analysen bør ikke gjøre en desillusjonert og kynisk. Derimot bør den føre til større interesse for spillereglene. F. eks. er det viktig at:

- Det skapes politisk støtte for generelle mål og rammer, som en kan falle tilbake på når det blir strid om enkelt-prosjekter.
- Store prosjekter ikke kommer opp enkeltvis, men samtidig. På den måten tvinges beslutningstakerne til å prioritere samlet.

Jeg tror det er viktig at effektiviseringsarbeidet ikke begrenser seg til mikronivået i helsetjenesten. Makrobeslutningene er viktige, fordi de legger det generelle grunnlaget for mikrobeslutningene.

10. De to kulturer i helsetjenesten

Ett av de store problemene er at det er en kollisjon mellom to syn, eller kanskje til og med to kulturer, i helsetjenesten.

På den ene siden står politikere og administratorer. Deres virkelighet er ressurs- og budsjetttrammer. Helsetjenesten er hverken enerådende eller enestående i samfunnet. Den – som andre sektorer – må innordne seg i den store helheten. Denne kulturen kjemper med rammene – dels for å få dem større, og dels for å fordele effektivt og rettferdig innenfor den rammen en oppnår. Men rammen er der og må respekteres.

På den andre siden står helsepersonellet. De lever sitt liv i et skjæringspunkt mellom behov og muligheter. De presses av behovene og fristes av mulighetene. For dem er det mulighetene som er virkeligheten. Budsjett-rammen er en hindring.

Denne konflikten er verst for helsepersonellet, fordi de lever med den i sitt eget sinn. De har ett bilde av oppgaven, slik de ser den. Og ressursrammen er for liten til dette bildet. Denne konflikten i deres eget sinn skaper sinne, fortvilelse, frustrasjon, ineffektivitet og vantrivsel.

På en eller annen måte må en finne en løsning på denne konflikten som personellet kan leve med. Forutsetningen er at begge parter forstår og respekterer hverandre. Det krever leve- og spilleregler. Helsepersonellet føler at politikerne og administratorene bestemmer uten at de fullt ut forstår hvad det dreier seg om, nemlig syke menneskers behov. Jeg tror imidlertid at kløften mellom de to kulturene er blitt mindre. Begge parter begynner å få større forståelse for hverandre. Det gir grunnlag for optimisme, men betingelsen er at begge leire får gode ledere som klarer å skape klima for samarbeid, forandring og forbedring.

11. Etikk, økonomi og effektivitet

De to kulturene har forskjellig etikk. Politikere og administratorer føler seg ansvarlige i forhold til skattebetalerne, mens helsepersonellet føler seg ansvarlig overfor pasientene. Dette skaper selvfølgelig konflikter.

Den medisinske etikken har hittil vært knyttet til ansvaret for enkeltmenneskers liv og død. Typiske spørsmål har vært abort, dødspleie og taushetsplikt. Etter hvert har legene fått to roller:

- en i forhold til den enkelte pasient, og dette forholdet har sitt fundament i den tradisjonelle medisinske etikk,

- en i forhold til befolkningen og samfunnet. Her er det vokset frem nye etiske problemer i det forebyggende arbeid, i eldreomsorgen og – ikke minst – i ressursforvaltningen.

Ressursforvaltningens etikk (16) er komplisert, fordi en må treffe tragiske valg (17) mellom oppgaver og grupper. Dette er et felles ansvar for de to kulturer, et ansvar som ingen av dem har tatt alvorlig nok hittil.

Men utviklingen har skarpt problemer også for den tradisjonelle, individorienterte etikk. Tradisjonelt skal legen ivareta to hensyn i forhold til den enkelte pasient: han skal gjøre det han kan for pasienten, og han skal aldri skade pasienten («Primum est nil nocere»). Av og til bringer utviklingen disse to hensyn i konflikt med hverandre, kanskje særlig på slutten av livet. Medisinen kan nemlig gi muligheter for å forlenge et liv som blir for tungt å leve, både for pasient og pårørende. Disse muligheter er ofte kostbare, og økonomiske hensyn kan påvirke og tilsløre medisinske og etiske vurderinger. Legen kan komme i en situasjon hvor han gir tvilsomme etiske og medisinske begrunnelser for avgjørelser som i realiteten er økonomiske. Ett eksempel er øvre aldersgrense for visse behandlingstilbud. Det fins ikke enkle og »effektive« løsninger på disse problemene. Begge kulturer må arbeide med dem, helst i fellesskap.

For meg er det naturlig å avslutte denne delen om etikk og økonomi med noen tanker om privatisering av helsetjenester. Ett av argumentene for privatisering er at den skal føre til konkurranse, og konkurranse skal øke effektiviteten. Det finnes eksempler på at dette er riktig. Ett er den private legevakten i Stockholm (City-Akuten) som fungerer så godt og effektivt at de offentlige tilbud har måttet skjerpe seg. Langt oftere tror jeg privatisering vil gi uønskede bivirkninger i form av unødvendige undersøkelser og behandlinger. I tillegg vil den undergrave det solidaritetsprinsipp som helsetjenesten bygger på. Men diskusjonen har ikke vært forgjeves, hvis den får offentlig helsetjeneste til å skjerpe seg på fire avgjørende punkter:

- bedre prioriteringer
- bedre kvalitet
- bedre effektivitet
- bedre rettferdighet

12. Konklusjon

Helsetjenesten bør ta imot utfordringen om effektivisering, men den må sørge for at effektivitet settes inn i en bredere ramme som også må romme kvalitet.

En må stille opp mål for de enkelte deler av helsetjenesten og få i gang en systematisk evaluering som viser om en er på rett vei. Evaluering av arbeidsmetoder («prosess») er antagelig mer verdifull enn evaluering av resultater.

Effektiviseringsarbeidet er en prosess som så vidt er begynt og som aldri tar slutt. Det er nødvendig å få alt personell med i denne prosessen. Avgjørende forutsetninger er godt arbeidsmiljø og god ledelse. Den medisinske ledelse betyr antagelig enda mer enn den administrative.

Effektiviseringsarbeidet rommer etiske konflikter som er vanskelige og viktige. Både helsepersonell, administratorer og politikere må engasjere seg i dem.

Referanser

1. Nilsson F. Egenandeler ved bruk av helsetjenester, Tidsskr Nor Lægeforen 1983; 103: 714-21.
2. Universitetet i Tromsø. Medisinsk studieplan. Universitetsforlaget, Tromsø 1971, 123 s.
3. Dietl J. Der Aderlass in der Lungenentzündung. Wien 1849.
4. Sosialdepartementet. Stortingsmelding nr. 9 (1974-75). Sykehusutbygging m. v. i et regionalisert helsevesen. 262 s.
5. Otterstad HK. Hva bestemmer forbruket av akutsenger – behov eller tilbud? Tidsskr Nor Lægeforen 1982; 102: 264-270.
6. Høivik B. Lårhalsbrudd hos eldre. Norsk institutt for sykehusforskning, Trondheim 1981, 258 s.
7. Heger B. Rett pasient på rett sted? Pasienttelling – metodekritikk og erfaringer fra 9 medisinske avdelinger. SIFF's gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr. 2-1984, 111 s.
8. Rutle O. Allmennpraksis – tema med variasjonar. Ein analyse av årsakene til ulike arbeidsmåtar i primærlegetenesta. SIFF's gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr. 8-1984, 222 s.
9. Haugen Ø, Waaler HTh, Hjort PF. Legemiddelforbruket i fylkene – store forskjeller, små forklaringer. NAVF's gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr. 1/78, 67 s.
10. Hovind OB, Forsén L. Kirurgiske operasjonsfrekvenser – variasjoner mellom 7 fylker. SIFF's gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr. 2-1983, 74 s.

11. Forsén L. Årsaker til liggetidsvariasjoner – en statistisk analyse av utvalgte kirurgiske diagnoser ved sykehusene i Møre og Romsdal. NAVF's gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr. 5-1981, 126 s.
12. Rokkones T, Forsén L. Innleggelser i sykehus – årsaker til forskjeller mellom kommunene i Møre og Romsdal. SIFF's gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr. 4-1982, 135 s.
13. Waaler HTh og medarb. Høyt blodtrykk: Behandlingsprogrammer, utbytte, kostnader. NAVF's gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr. 5-1978, 166 s.
14. Hofoss D. Behandlingsprogrammer – klinisk frihet og helsepolitisk ansvar. SIFF's gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr. 5-1984, 133 s.
15. Buhaug H. Sykehusenes ressursbruk 1970-78. Tidsskr Nor Lægeforen 1981; 101: 1905-09.
16. Boyd KM. The ethics of resource allocation in health care. Edinburgh University Press, Edinburgh 1979, 152 s.
17. Calabresi G, Bobbitt P. Tragic choices. The conflicts society confronts in the allocation of tragically scarce resources. Norton, N.Y. 1978, 252 s.