

Kapitel 5 Mål

Mål for helsetjenesteplanlegging

Perle F. Hjørn

Ærede pasienter!

Jeg kan trygt begynne slik, for etter den siste definisjonen fra VSO – Verdens sykeorganisasjon – er et friskt menneske en person som ennå ikke er tilstrekkelig undersøkt. – Jeg har valgt denne begynnelsen for å illustrere at jeg vil diskutere planlegging i et mer ideologisk perspektiv enn det som preger den daglige debatt om helsetjenesten. Jeg vil først arbeide meg igjennom en lang og filosofisk innledning om grunnbegrepene helse og helsetjeneste. Deretter diskuterer jeg fem hovedmål og omtaler så fire midler til å nå disse målene.

5.1 Om helse og helsetjeneste

a) *Hva er helse?* Dette enkle spørsmålet har ikke noe enkelt svar, til tross for at det er grunnleggende både for menneskene, helsetjenesten og samfunnet.

La oss først se på det negative helsebegrepet: Helse er det motsatte av sykdom. Dette svaret er logisk, men det bare flytter problemet, for hva er sykdom? Det fins mange sykdomsbegrep, men her begrenser jeg meg til to, og jeg må ty til det engelske språk for å klargjøre dem (se 23).

Det ene begrepet er "disease", som er identisk med vårt ord "sykdom". Det forutsetter at sykdom er en feil i organismens funksjon, og feilen skyldes som oftest en årsak som rammer organismen utenfra. Den kan lokaliseres til ett eller flere organer, og sykdomsprosessen kan analyseres og forstås ut fra det tanke- og klassifiseringssystem som er beskrevet i WHO's internasjonale klassifikasjon av sykdommer – en bok med ca 8 000 diagnoser (26). Sentralt i denne forståelsen er at en deler opp, klassifiserer, systematiserer og bryter livsprosessen ned i sine enkelte komponenter. Reduksjonisme kaller filosofene denne arbeidsmåten (1). Successen har vært nærmest utrolig – for eksempel er infeksjonssykdommene praktisk talt forsvunnet fra dødsstatistikken. Både leger og legfolk tar dette som et bevis for at medisins tankegang og arbeidsmåte er riktig. Det fins nok kritikere som taler nedsettende om legenes sykdomsbegrep og kaller det en primitiv "maskinfeiltankegang" som leder til overfladisk reparasjonsvirksomhet. Men kritikken har hatt liten gjennomslagskraft og innflytelse på helsetjenesten.

Det andre sykdomsbegrepet er "illness". Det sier noe om medisins innflytelse at vårt språk mangler ord for dette begrepet. Vi må skrive det om og si at "illness" er det å føle seg syk. Engelskmennene kan dekke begge begrep ved forskjellig uttale av samme ord: *disease* og *disease*.

*"Hälsa - och jämvärdplanering i Norden
NU A 1978, 13.*

"Illness" er følelsesmessig forankret. Derfor er det knyttet til individer og ikke til grupper, slik begrepet "disease" er. Det er også knyttet til hele individet, ikke til organer eller enzymssystem. Det kan ikke brytes ned i enkeltkomponenter og klassifiseres, og derfor er det utilgjengelig for analytisk tankegang – "det kan kolde hjerner ei forstå". Filosofene kaller det et holistisk begrep i motsetning til det reduksjonistiske "disease"-begrep (1). Begrepet er mer omfattende enn det vesentlig legemlig forankrede "disease"-begrep, og det har viktige psykologiske og sosiale komponenter. Det er lett å forklare begrepet for folk som har opplevd sjosykens kvaler – sjøverk, sier fiskerne i Nord-Norge.

La oss så se på det interessante i denne diskusjonen – relasjonen mellom de to begrepene. Det er klart at de delvis dekker samme tilstand, fordi syke folk oftest føler seg syke. Men de er ikke identiske, for en kan godt være syk uten å føle seg syk, og en kan føle seg syk uten å være syk. Viktigere er allikevel at de to begrepene står for helt forskjellige tilnæringsmåter. "Disease" krever terapeutisk intervensjon, mens "illness" krever støtte, trost, oppmuntring og mobilisering av de helbredende krefter i individ og miljø. "Disease" krever en lege, "illness" trenger en mor. Tar en dette ett skritt videre, kan en si at "disease" setter sin lit til skolemedisinen, mens "illness" trøster seg til alt annet – fra kvakksalvere til naturmedisinere.

Selvfølgerlig burde det ikke være noen motsetning mellom disse to begrepene, og kloke leger har til alle tider forstått problemstillingen, men skolemedisinen har en tendens til å overse "illness". Det fører til at folk hugger asketrærne og reiser opprørsfanen mot skolemedisinen. Derimot faller det dem aldri inn å redusere bevilgningene til skolemedisinens pengeslukende sykehus. Folk er kloke nok til å satse på begge deler.

La oss så se på det positive helsebegrepet. De fleste føler at frisk er mer enn bare ikke-syk, og de føler også at frisk omfatter mer enn bare den legemlige tilstand. Slike overveielser ledet WHO i 1946 til å formulere sitt kjente helsebegrep:

"Helse er ikke bare frihet for sykdom og svakhet, men fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære".

Dette begrepet er motstykket til både "disease" og "illness". Det er blitt lovprist av mange, selvfølgerlig også av leger som her har fått hjemmel for alle krav om utbygging av helsetjenesten. Det er kritisert av mange, som ser at medisinerne i ly av denne definisjon kan bygge ut en helsetjeneste som gjør krav på å ivareta alle menneskers problemer, men på medisinenes premisser. "Helseimperialisme" er deres slagord, og Ivan Illich krever at det må bli slutt på "medikaliseringen" av samfunnet (13). WHO's helsebegrep var en fane i etterkrigstiden, men er blitt en hodepine for de politikere som opplever de budsjettmessige konsekvenser av utopien "fullstendig velvære". For å illustrere problemet, nevner jeg et nylig publisert eksempel fra Kirkenes sykehus (20).

Mange har derfor lett etter bedre definisjoner, og jeg vil trekke frem to eksempler. Ole Berg legger hovedvekten på evnen til å arbeide og fungere under skiftende forhold og krav, og han definerer helse som "functional fitness" (1, 2). Denne definisjonen tar vare på noe vesentlig ved å peke på det dynamiske i menneskenes liv, og på behovet for å fungere i samfunnet, i motsetning til WHO's både statiske og ekstatistiske "fullstendige velvære".

Ivan Illich – opprørets profet – har lignende tanker om helse som en stadig tilpasningsprosess, men han understreker også menneskenes eget ansvar. Helse er en oppgave, en jobb, og ikke bare en fysiologisk balanse (13).

Jeg klarer ikke å sammenfatte alt dette i en kort og genial definisjon. Jeg vil heller understreke de synspunkter jeg tror er vesentlige:

- Sykdomsbegrepet må gi plass for både "disease" og "illness".
- Helsebegrepet må ha et positivt element, altså mer enn fravær av sykdom. Det må romme både legemlige, psykiske og sosiale elementer. Det må videre legge vekt på funksjon og tilpasning og på menneskenes eget ansvar. Helse er ikke noe en får av Vårherre, og velferdsstaten, men noe en må arbeide og kjempe med hele livet. Endelig må det formuleres slik at det oppfattes som det det er – en ledestjerna en seiler mot, men aldri når.

b) *Hva er helsetjeneste?* Det er ikke nødvendig å diskutere helsetjenestens struktur og ressurser i denne forsamlingen, men jeg vil understreke at helsetjenestens ideologi er preget av "disease"-modellen og av dens reduksjonistiske tankegang. Denne ideologien har en innebygget evne til å forsterke seg selv gjennom daglige erfaringer. Helseprofesjonene opplever daglig at de kan stanse blødninger, kurere infeksjoner og fjerne svulster. De ser seg selv som høyt spesialiserte og effektive problemløserne. Den eneste betingelsen som settes, er at problemene kan defineres innenfor rammen av "disease"-modellen. Og det store problemet blir mer og mer at problemene ikke lett kan defineres innenfor denne rammen, men mer slik "illness"-modellen definerer dem. Hele den store gruppen av pleiepasienter – spesielt de gamle – har nok "disease"-problemer, men først og fremst har de "illness"-problemer som er uløselige etter "disease"-modellen. De er bare pleiepasienter, heter det i sykehusterminologien, og i det lille ordet "bare" ligger det en avgrunn. Pleiepasientene fyller opp sykehusene, og sykehusene krever avlastning gjennom sykehjem. Det har de også fått, men behovet ser ut til å være umettelig, og flere og flere spør om helsetjenesten – og samfunnet – står overfor et byggeproblem eller overfor et ideologisk problem.

Jeg vil forsøke å dokumentere dette skiftet i helsetjenestens oppgaver – i den jobb som skal gjøres, "the task of medicine", som engelsmennene sier:

- I klinisk medisin har oppgavene skiftet fra akutte sykdommer til kroniske sykdommer, pleie og omsorg. De eldre utgjør nå tyngden av belegget – vel 60 % – ved institusjonene, og de kroniske sykdommer – fremfor alt muskel-skjelettsykdommene, nervøse lidelser og hjertekar-sykdommene – utgjør tyngden av legekonsultasjoner, sykefravær og uførhet.
- I det forebyggende arbeid har oppgavene skiftet fra enkle hygieniske tiltak og massevaksinasjoner til en målbevisst endring av enkeltmenneskenes livsstil og av samfunnsforholdene. Jfr at hjerte-kar-sykdommene, kreft og voldssomme dødsårsaker er ansvarlige for 72 % av tapte leveår under 75 år i Norge (25). Jfr. også at medellevetiden for menn ikke har gått ned i løpet av den perioden vi har 5-doblet helsetjenestens utgifter målt i faste priser.

Alt dette betyr at de store helseproblemer i dagens samfunn ikke kan løses ved fortsatt rask utbygging av akutt-sykehusene. De må løses ved en omfattende forebyggende innsats, som i det vesentlige må foregå utenfor helsetjenesten. Det paradoksale er at helsetjenesten betyr mindre og mindre for helse, og slik har det faktisk vært lenge.

5.2 Målene

Nå har jeg lagt grunnlaget og går over til å diskutere de fem mål jeg vil stille opp for planleggingen.

a) *Relevans*. Det første kaller jeg relevans – at helsetjenesten passer til oppgavene. I den siste generasjon har helsetjenesten ligget på en kurs som mer og mer har fjernet den fra oppgavene. Skal en få den på rett kurs, må tre viktige ting skje:

- Primærhelsetjenesten må prioriteres opp. Dette krever ressurser, men endret holdning er like viktig. Stikkordene for de nye holdninger er trygghet, nærhet, tilgjengelighet og kontinuitet (10). Midlet er å skaffe alle mennesker en fast lege som kjenner dem, deres helse og livssituasjon. Dette er ingen utopi, men vi er ikke på rett vei, som denne kurven over sykebesøksfrekvensen viser (19).
- Pleie og omsorg må prioriteres opp. Det gjelder de tjenester som engelskmennene kaller "Cinderella services", nemlig omsorgen for de eldre, de handikappede og de psykisk syke. Dette krever også ressurser, men først og fremst en endret holdning hos legene.
- Forebyggende arbeid må få en sentral plass i helsetjenesten. Midlene er forskning, undervisning og opplysning, og også her kreves nye holdninger både i befolkningen og blant helsepersonellet.

Alt dette forutsetter at sykehusene må holdes igjen. Det betyr ikke at sykehusene skal stenges og personellet sies opp, men at sykehusene må bygges ut i lavere tempo enn før. Dette er lett å si, men få land har hatt politisk styrke til å gjennomføre det, jfr. for eksempel at Norges målsetting for utbyggingen av akutt-sykehusene er 4,5 senger pr. 1 000 innbyggere (21), mens vi allerede er oppe i 5,8, og tallet stiger fortsatt.

b) *Kvalitet*. Det andre målet er kvalitet. Prinsippet om klinisk frihet er gammelt i helsetjenesten. Det innebærer at forholdet mellom pasient og leger er lukket og beskyttet mot innblanding fra alle utenforstående. Enhver leger står fritt i opplegg av undersøkelser og behandling, og han er bare ansvarlig overfor pasienten. Dette prinsippet rommer viktige verdier, men erfaringer fra mange land viser at det fører til store forskjeller.

Prinsippet gir den dyktige muligheter til å utnytte sine kunnskaper fullt ut, men det dekker også over ukyndighet, foreldede kunnskaper og kjepphester. I noen tilfelle er det gode grunner for forskjellsbehandling, men i mange andre er det ikke det, og forskjellsbehandlingen får konsekvenser for pasientene – og for folketrygden.

Hittil har dette problemet fått ligge stort sett i fred, men dokumenterte forskjeller og variabler kvalitet vekker økende bekymring. Spesielt i USA tar en dette alvorlig, og det er fremmet en egen lov om kontroll av kvaliteten ved helsetjenesten (5). Også i de nordiske land er det tegn på tildels alvorlige mangler. For eksempel er det nylig vist at bare 11 % av de blodtrykkspasienter som ble funnet ved masseundersøkelse i Finnmark i 1974 hadde akseptabelt blodtrykk 3 år senere (14). Problemet er både alvorlig og vanskelig, og jeg tror det er et viktig mål for helsetjenesten å sikre en jevn og høy kvalitet.

Problemet er i virkeligheten enda vanskeligere, for kvalitet rommer minst to forskjellige elementer – faglig og menneskelig. Av og til er det vanskelig å finne balansen mellom disse to, spesielt i behandlingen av kroniske sykdommer. Denne vanskeligheten reflektere konflikten mellom "disease"- og "illness"-modellen. Høye faglige krav kan for eksempel føre til at gamle mennesker underkastes undersøkelser og behandling som er en for stor påkjenning for dem.

c) *Likhet*. Det tredje målet – likhet – er beslektet med det andre. Likhet for loven er et gammelt prinsipp, men likhet for helsetjenesten er det ikke. Det er to slags ulikheter – en usystematisk som henger sammen med kvalitetsproblemet, og en systematisk ulikhet som er knyttet til bosted og til sosial klasse.

Det har alltid vært geografiske forskjeller i helsetjenesten, først og fremst på grunn av forskjeller i legedekningen. I Norge er det stort sett slik at fylker med størst behov for helsetjeneste har minst ressurser (7). I de siste 2–3 årene er denne skjevfordelingen blitt klart verre. – Vi har studert dette problemet gjennom en analyse av legemiddelforbruket i de norske fylkene (8). Forskjellene er store, og ca 40 % av forskjellene har ingen rimelig forklaring. Dette har store konsekvenser for samfunnet og ganske sikkert også for den enkelte pasient.

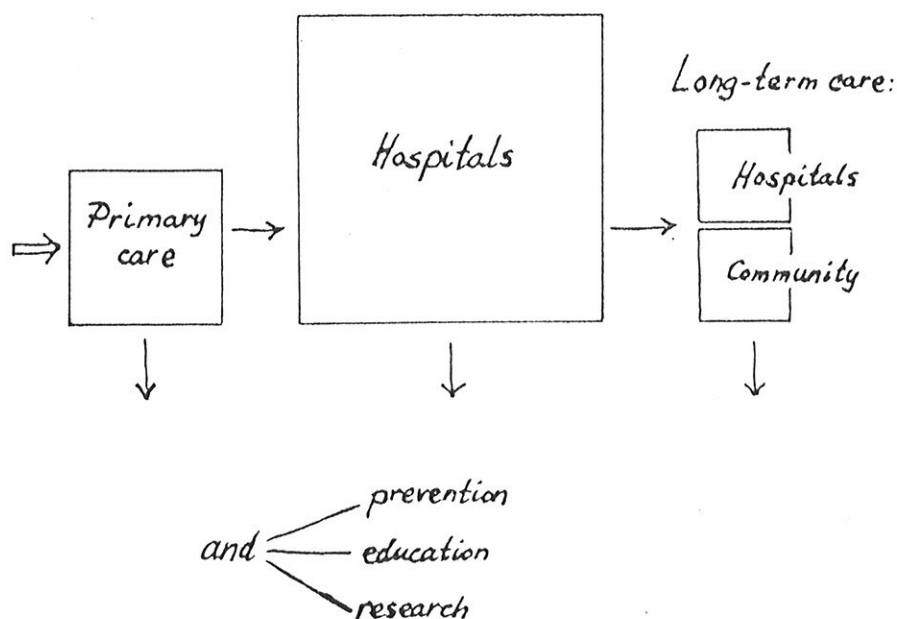
I de nordiske land er det angivelig små klasseforskjeller, mens for eksempel England har dokumentert store klasseforskjeller i mange viktige forhold som angår helsetjenesten (18). For Norge er det vanskelig å påvise slike forskjeller, noe som antakelig delvis henger sammen med mangelfull statistikk. I den såkalte Oslo-undersøkelsen av hjerte-kar-sykdommer er det imidlertid påvist klare sosiale forskjeller (9, 12). Det er et viktig mål å fjerne slike forskjeller.

d) *Balanse*. Det fjerde mål er balanse mellom helsetjenestens forskjellige deler. Det enkleste kart jeg kan lage av helsetjenesten er et system med tre bokser + tre viktige tillegg (se Figur). Det strømmer pasienter gjennom systemet, og det er innlysende at det må være balanse mellom delene.

Det er lett å påvise at det ikke er god balanse i systemet og at det er en paradoksal tendens til onde sirkler, slik at systemet forstørre feilene i stedet for å korrigere dem. Jeg vil nevne noen eksempler.

Primærhelsetjenesten er pasientenes første kontakt med helsetjenesten, og en god primærhelsetjeneste tar selv ansvaret for 95 % eller mer av henvendelsene fra befolkningen, slik at bare noen få prosent må henvises videre eller legges inn på sykehus. Etter krigen har sykehusene vært prioritert på bekostning av primærhelsetjenesten, og det har vært medvirkende til

System of medical care



stadig flere innleggelser. For eksempel har 1/3 av de pasienter som legges inn i en medisinsk avdeling i Oslo ingen fast lege (6), og sykebesøkene i Oslo – som ofte fører til innleggelse – dekkes stort sett av yngre sykehusleger som ser pasientene bare denne ene gangen. De mangler kunnskap om pasientenes situasjon og bakgrunn, og de har ingen mulighet for å følge pasientene opp etter sykebesøket. Derfor er innleggelse den eneste løsnig på problemer som er over en viss størrelsesorden – og det er 80 000 slike sykebesøk om året i Oslo. Det sier seg selv at denne ubalansen øker presset på sykehusene, og det fører ikke til opprustning av primærhelsetjenesten, men til krav om flere sykehusplasser.

Mange sykehusleger hevder at en bedre primærhelsetjeneste ikke vil avlaste sykehusene, men tvert imot kreve større sykehuskapasitet, fordi flere og bedre primærleger vil avdekke tidligere skjulte behov som krever innleggelse for utredning og behandling. Derfor – hevder de – må en først bygge ut sykehusene før en ruster opp primærhelsetjenesten. Det kan være riktig at en styrket primærhelsetjeneste ville ønske å støtte seg til en enda bedre sykehustjeneste, spesielt i en overgangsperiode. Etter mitt skjønn er resonnementet allikevel galt, fordi det overser at behovet for helsetjenester – også for sykehustjenester – er elastisk og avhengig av tilbudet (se for eksempel 4). Styrker en primærhelsetjenesten uten samtidig å bygge ut sykehusene ytterligere, må primærhelsetjenesten ta hånd om problemene selv, og den vil da også ha resurser til å gjøre det. Derfor vil den finne løsninger når den utsettes for det rette press, slik det for eksempel skjedde i Israel da sykehusforbruket den 1/4 1976 ble presset ned med 20 % (11). Det er underlig at slike resonnementer er fremmede for helsepersonellet, spesielt i

sykehusene. For politikerne og planleggerne er oppgaven å skape det rette press, og for forskerne er oppgaven å belyse alternativer og å utforske virkninger – slik det ble gjort i Israel.

I den andre enden av systemet er det tilsvarende problemer. Pleiepasientene fyller opp sykehusene, fordi det ikke fins avlastningsmuligheter og fordi sykehusene faktisk disponerer senger som kan brukes til pleiepasienter uten at akutt syke nektes livsviktig behandling. Løsningen på problemet bør åpenbart ikke være å øke sykehusenes kapasitet, for det viser seg jo at kapasiteten for akutt syke faktisk er for stor, siden det er mulig for sykehusene å disponere en så vidt stor del av sine ressurser til pleiepasienter. Løsningen må være en kombinasjon av tre ting: å styrke hjemmeservice for pleiepasientene, å øke langtidsavdelingenes kapasitet og omdisponere noe av akuttavdelingenes kapasitet.

På et annet viktig punkt er systemet enda mer ute av balanse, og det gjelder forholdet mellom den kurative og den forebyggende innsats. Det er holdepunkter for at et bredt forebyggende arbeid gjennom generasjoner har spilt en større rolle for folkehelsen enn den kurative innsats (15). Dette arbeid har spendt over hele registeret, fra en generell bedring av økonomi og samfunnsforhold til spesielle hygieniske og medisinske tiltak som bedring av drikkevann og massevaksinasjon. Jeg har tidligere nevnt at sykdomspanoramaet har endret seg radikalt i løpet av den siste generasjonen. Men det forebyggende arbeid er frosset fast i gamle problemer og metoder, og vi har ikke maktet å skape nye ideer for de nye problemer.

Det er klare holdepunkter for at dagens tre store dødsårsaker – hjerte-kar-sykdommene, kreft og ulykker, som til sammen er ansvarlige for 80 % av dødsfallene – stort sett skyldes en kombinasjon av enkeltmenneskenes livsstil og samfunnsmiljøet i videste forstand. Derfor kaller vi dem også sivilisasjons- eller livsstilssykdommer. Målet for det forebyggende arbeid er en omlegging av livsstilen og en endring av samfunnsforholdene i sunnere retning. Dette krever forskning, utdanning av fagpersonell, opplysning av befolkningen og revisjon av samfunnspolitikken. Sentralt i arbeidet står en endring av menneskenes og samfunnets holdninger. Disse påstander virker radikale, men det er de ikke. Det er forlengst bred enighet om dem, også blant politikerne (22). Det som mangler er ideer og vilje til å gjøre noe med problemene. Helsetjenesten burde gå foran i dette arbeid, men den mangler både interesse og motivering. Tvert imot går hele helsetjenestens veldige utdanningsmaskineri i de tradisjonelle spor som alle sikter mot kurativt – og helst spesialisert – arbeid i institusjoner.

Jeg tror derfor ikke det er noen tvil om at balanseproblemet er alvorlig, og det må være et av planleggingens viktigste mål å styre helsetjenesten mot bedre balanse.

e) *Samfunnsrolle.* Det femte målet er viktig, men vanskelig å presisere i en overskrift. Helsetjenesten er en del av samfunnet, og den må føle ansvar for sin plass i samfunnet. Dette har mange sider, og jeg vil illustrere poenget ved å trekke frem fire sider.

Den første er økonomien. Helsetjenesten har ekspandert raskt. I Norge er utgiftene i faste priser femdoblet over en generasjon (24), og produksjonen i helsetjenesten utgjør nå 7–8 % av brutto nasjonalprodukt i de nordiske land –

i Norge mer enn alle primærnæringene til sammen. Utgiftene stiger fremdeles, men i langsommere tempo. Begrensning av kostnadene – "cost containment" – er blitt stadig viktigere og er i ferd med å bli et overordnet mål. På et WHO-symposium om helseøkonomi for noen uker siden var en mer opptatt av prisen på helsetjenesten enn av nytten, og – satt på spissen – ble helseøkonomi definert som vitenskapen om kostnadsreduksjoner. Økonomien er bekymringsfull, men diskusjonen mangler både dybde og perspektiv. Det bør ikke være noe isolert mål å redusere budsjettet, selv om det kan bli nødvendig. Målet må i så fall være å sanere budsjettet for de tjenester befolkningen har lite igjen for. Helsetjenesten bør gi seg i kast med slike oppgaver nå, både i forskning, undervisning og planlegging.

Økonomien har også en viktig lokal side. I de fleste byer er sykehusene den største arbeidsplassen og skattekilden, og det må en ta hensyn til.

Den andre siden av helsetjenestens samfunnsrolle gjelder medikaliseringen av samfunnet – tendensen til å søke medisinske skinnløsninger på problemer som egentlig angår økonomi, bolig, familie- eller samfunnsforhold. Jeg har allerede nevnt Sanders materiale fra Kirkenes sykehus som eksempel på denne tendensen (20). Den rommer to farer. For det første påtar helsetjenesten seg problemer som den ikke kan løse. Det skaper frustrasjon blant personellet og svekker befolkningens tillit. For det annet forhindrer en på denne måten at problemene får realistiske løsninger, og helsetjenesten forbruker ressurser som burde vært brukt på andre områder, for eksempel til å sikre arbeidsplasser, utbedre boliger, styrke det sosiale miljø osv.

Det fører meg til den tredje siden av helsetjenestens samfunnsrolle, nemlig det forebyggende arbeid. Helsetjenesten bør klarlegge sykdommenes årsaker og gå foran i det forebyggende arbeid, selv om det innebærer at ressursene ikke bør brukes i helsetjenesten, men på arbeidsplassene, i skolene, på veiene osv. Helsetjenesten har imidlertid en tendens til å dekke over slike løsninger. Et ferskt eksempel i Norge er etter mitt skjønn stortingsmeldingen om helseopplysning (22). Helt riktig avliver den en myte, nemlig at helsetjenesten kan gi folk helse. Den understreker at de moderne folkesykdommer må bekjempes ved opplysning som fører til at individene endrer sin livsstil. Dette er helt riktig, men allikevel en halvmyte, for den lukker øynene for at folks livsstil preges av samfunnsforholdene (se 3). Helsetjenesten burde se det og si det.

Den fjerde siden av helsetjenestens samfunnsrolle er sysselsettingen. Helsetjenesten er samfunnets største arbeidsgiver med sine 6 % av den totale sysselsetting. I de senere år er lønns- og arbeidsforholdene blitt så gode at helsetjenesten i stadig sterkere grad er blitt en arbeidsplass for skoleeliten – selv hjelpepleierskolene har 10 søkere til hver plass. Det betyr at helsetjenesten lukker øynene for det som blir et stadig mer presserende problem i samfunnet, nemlig en arbeidsløshet som rammer den såkalt lite attraktive del av ungdomskullene. Jeg tror helsetjenesten må revidere denne politikken og ta sin del av denne arbeidskraften, selv om det vil møte motstand fra profesjonene. Det kan tenkes at sysselsettingsproblemet i et moderne samfunn er det sterkeste argumentet for at helsetjenesten fortsatt bør vokse, men på nye premisser. I så fall er det ikke sikkert at det er et overordnet mål å redusere kostnadene i helsetjenesten.

Det jeg har villet vise ved disse fire eksemplene er at helsetjenesten – i kraft av sin størrelse – må løfte blikket utover egne sektorgrenser og se seg selv i et

bredt samfunnsmessig perspektiv. Gjør den det, får det omfattende konsekvenser for planlegging og politikk.

f) *Sammenfatning*. Jeg har nå stillet opp de fem mål for planleggingen, slik jeg ser dem. Med vilje har jeg bygget ut et bredt ideologisk grunnlag for helsetjenesten, for den største svakheten ved dagens helsetjeneste er at den er så fattig på filosofisk og ideologisk debatt. Det er grunnen til at den har fått utvikle seg i spor som en gang var riktige, men nå er foreldet. Planleggingens viktigste mål er gradvis og målbevisst å vri helsetjenesten inn i rett spor. Dette er en langt viktigere, vanskeligere og mer stimulerende oppgave enn en steril begrensning av kostnadene.

5.3 Midlene

Hva er så midlene til å nå disse målene? Jeg vil diskutere fire.

a) *Politikk* er det første og viktigste, men det er langt fra selvsagt. Det hevdes tvert imot ofte, særlig av leger, at helsetjenesten er så livsviktig at den bør stå over politikken. "Take medicine out of politics", har vært slagordet i England. I noen grad har helsetjenesten fått stå utenfor politikken, og det tror jeg ikke har vært sunt. Jeg tror det har vært medvirkende til at den har fått vokse på sine egne foreldede betingelser. I dag er det behov for forandringer, og det forutsetter at en utvider premissene for vurderingene. I en slik situasjon er det enda større behov for politikere enn for fagfolk. Derfor er det viktig å bringe helsetjenesten inn i politikken igen.

Erfaringene viser at helsetjenestepolitikk er både vanskelig og farlig. Engelske helseministre har hatt for vane å skrive bok når de går av, og konklusjonene avhenger ikke av partifargen: oppgaven er fascinerende, men uloselig (se for eksempel 16, 17). Det skyldes at ingen politiker eller regjering er sterk nok til "å ordne opp med helsetjenesten". Mange har for eksempel brent seg på å forsøke å legge ned et falleferdig lite hospital. Det utløser alltid en lokal politisk katastrofe, og ingen politiker ønsker å legge seg ut med en organisasjon som lønner 6 % av velgerne og behandler 100 % av dem.

Jeg har selvfølgelig ingen løsning på dette problemet, men jeg tror skadevirkningene ved å holde helsetjenesten utenfor politikken blir stadig klarere. Den geografiske skjevfordelingen av leger i Norge er et godt eksempel på det. Det er viktig å argumentere for dette synet, og både planleggere og forskere bør gjøre sitt til å bringe helsetjenesten inn i politikken.

b) *Planlegging* er det andre midlet. Den har økt i omfang og kvalitet, fordi en må planlegge mer, jo mindre penger en har. Men planleggingen har lett for å ende i trend-fremskrivning og inkrementalisme – tendenser som alltid forsterker en utvikling som på forhånd er uheldig. Programbudsjettering skulle være ett middel mot dette, og det må være et viktig mål for planleggingen at den "problematiserer beslutningsprosessen" ved å legge alternativer frem til valg. Det forutsetter at en er villig til å se langt frem, at en behandler store alternativer samtidig og mot hverandre og at en legger arbeid i å analysere konsekvensene.

I vår gruppe har vi arbeidet med budsjettanalyser for eldreomsorgen frem til 1990. Vi har forsøkt å føre dem frem til klare politiske valg – ett av dem er

prioritering av pensjoner mot tjenester, et annet er prioritering av institusjoner mot hjemmeservice. En vanskelighet i slikt arbeid er at en ikke kan vite noe sikkert om den totale rammen for eldreomsorgen frem til 1990. Den avhenger av samfunnsøkonomien og av de eldres evne til å fremme sine krav. Derfor må vi arbeide med alternative rammer, og de enkelte postene kan ikke skjæres ned etter en gitt proporsjon når budsjettammen minsker. Tvert imot gjelder det å beskytte de viktigste postene – for eksempel hjemmeservice. Dette er selvsagt, men like vanskelig enten en ser det fra politikerens, planleggerens eller forskerens side.

c) *Forskningen* er det tredje midlet, og den står i et komplisert forhold til de to første. Det er fristende for både politikere og administratorer å bruke forskningen som en tjener og ikke som en kritisk og uavhengig rådgiver. Forskningen kan misbrukes – til å finne argumenter for et gitt syn, til ikke å finne argumenter for et alternativt syn og til å utsette beslutninger. Vil en unngå det, må en gi forskningen en viss frihet og plassere den riktig i forhold til helsetjenesten, nok innenfor til at den kjenner tjenesten og nok utenfor til at den er kritisk.

Forskningen kan tjene beslutningstakerne i helsetjenesten, og jeg vil nevne to slags beslutningstakere:

- De store påvirker systemet ved å endre de politiske og økonomiske betingelser.
- De små er ansvarlige for de tusener av daglige beslutninger, både kliniske praktiske og administrative.

Jeg tror at de siste kanskje er de viktigste, spesielt for kvaliteten og nytten av helsetjenesten. Jeg tror derfor forskningen bør være særlig opptatt av deres problemer.

d) *Undervisning og utdanning* er antakelig det viktigste virkemiddelet, iallfall på lengre sikt. Dagens medisinske studenter blir helsetjenestens ledere om 20 år, og de må få kunnskaper og holdninger som gjør dem skikket for det. Dette er kanskje det svakeste leddet i fornyelsesprosessen i helsetjenesten, fordi utdanningsinstitusjonene har en tendens til å være et konserverende element i en konservativ organisme. Dette reiser grunnleggende spørsmål om styring av utdanningsinstitusjonene, og her må jeg begrense meg til å peke på problemet. For å understreke betydningen av det, vil jeg si at jeg tror helsetjenestepolitikk i virkeligheten er helsepersonellpolitikk.

5.4 Slutt

Jeg har nå diskutert mine fem mål og fire midler. Fremstillingen har vært kritisk – tendensios vil noen si. Det har vært nødvendig for å få frem to viktige ting:

- for det første at det overordnede mål i all politikk, planlegging og forskning er forandring. Trenger en ikke forandring, trenger en hverken politikk, planlegging eller forskning.
- for det andre at vil en arbeide for forandring, må en kjenne både styrken og

svakheten i den helsetjenesten vi har, og en må tenke igjennom det ideologiske grunnlag forandringene skal bygge på.

Jeg har valgt form og innhold for å få dette klart frem.

Nå gjenstår det bare å gjenopprette balansen. Jeg har uttalt meg kritisk om helsetjenesten, men det betyr ikke at vi har en dårlig helsetjeneste. Jeg er tvert imot overbevist om at helsetjenesten er en imponerende organisasjon, og fremfor alt er jeg overbevist om at den drives av dyktige og engasjerte mennesker som vil det gode. Det er planleggenes mål å utforme den organisasjon disse menneskene trenger, slik at de til enhver tid kan gjøre ikke bare det gode, men det best mulige for de ressurser de får.

Referanser

1. Berg, O.: Medisinen som samfunnsinstitusjon. Institutt for samfunnsforskning, Oslo 1973, 159 stens.s.
2. Berg, O.: Health and quality of life. *Acta social.* 18, 3-22, 1975.
3. Cohen, C.I. & Cohen, E.J.: Health education: panacea, pernicious or pointless? *N Engl. J Med.* 299, 718-720, 1978.
4. Cooper, M.H.: Rationing health care. Croom Helm, London 1975, 126 s.
5. Dobson, A. et al.: PRSOs: Their current status and their impact to date. *Inquiry* 15, 113-129, 1978.
6. Enger, E.: Pers. medd. 1977.
7. Haugen, Ø.: Behov og ressurser for helsetjeneste i fylkene. Manuskript 1978.
8. Haugen, Ø., Waaler, H.T. & Hjort, P.F.: Legemiddelforbruk i fylkene – store forskjeller, små forklaringer. Rapport nr. 1/78, NAFVs gruppe for helsetjenesteforskning, Oslo 1978, 67 s.
9. Hjermann, I.: Pers. medd. 1978.
10. Hjort, P.F.: Primærhelsetjenesten: – vårt ansvar? *Utposten* 5, 3-7, 1976 (Nr. 8).
11. Hjort, P.F.: Rapport fram en studiereise til Israel vinteren 1976-1977. NAFVs gruppe for helsetjenesteforskning, Oslo 1977, 45 s.
12. Holme, I. et al.: Coronary risk factors and socioeconomic status. *Lancet*, 2, 1396-1398, 1976.
13. Illich, I.: Medical nemesis. Calder & Boyars, London 1975, 183 s.
14. Kvamme, J.-I., Haider, T., Øygard, K. & Høy, C.: Hjerte/karundersøkelsen i Finnmark – et eksempel på forebyggende helsearbeid. Tromsø 1978, ca 100 s. (manuskript).
15. McKeown, T.: The role of medicine. The Nuffield Provincial Hospitals Trust, London 1976, 180 s.
16. Owen, D.: In sickness and in health. The politics of medicine. Quartet Books, London 1976, 178 s.
17. Powell, J.E.: Medicine and politics: 1975 and after. New edition. Pitman Medical, London 1976, 83 s.
18. Reid, I.: Social class differences in Britain. Open Books, London 1977, 266 s.

19. Ruttle, O.: Sykebesøk – fortid eller fremtid? Tidsskr. Nor Lægeforen 98, 1190–1193, 1978.
20. Sander, J.: Evaluering av en medisinsk avdeling på et tredelt sykehus. Tidsskr. Nor. Lægeforen 96, 1634–1638, 1976.
21. Sosialdepartementet: Stortingsmelding nr. 9 (1974–1975). Sykehusutbygging m. v. i et regionalisert helsevesen. Oslo 1974, 262 s.
22. Sosialdepartementet: Stortingsmelding nr. 15 (1977–1978). Helsemessig opplysningsvirksomhet. Oslo 1977, 21 + 45 s.
23. Stacey, M.: Concepts of health and illness: a working paper on the concepts and their relevance for research. Appendix III i "Health and Health Policy – Priorities for Research". Social Science Research Council, London 1977, 40 stens.s.
24. Waaler, H.T., Grund, J. & Hjort, P.F.: Helseøkonomi. Venn eller fiende for helsetjenesten? Tidsskr. Nor. Lægeforen 97, 1370–1376, 1977.
25. Waaler, H.T. & Hjort, P.F.: Tapte leveår: hva betyr de enkelte dødsårsaker? Tidsskr. Nor. Lægeforen 98, 720–725, 1978.
26. World Health Organization: International classification of diseases, 1965-revision. WHO, Geneve.