

Peter F. Hjort

Tanker om helsetjenesten: problemer, perspektiver og penger

I 1923 holdt Lord Rutherford, antakelig den mest begavede eksperimentalfysiker som har levet, en tale til det engelske vitenskapsakademi. Han sluttet som en triumfator med ordene: «We are living in the heroic age of physics!» Han hadde helt rett, for han og hans elever fant veien til atomenes indre, og vi kjenner alle resultatene av denne forskning. Fysikken er blitt det klassiske eksempel på et område som har forenet en enestående intellektuell innsats med en katastrofal mangel på kontroll over konsekvensene av denne innsats.

Det er mitt utgangspunkt at *vi* lever i medisinenes heroiske tidsalder. Vi har funnet veien til cellenes indre, og spørsmålet er om vi — bedre enn fysikerne — kan styre oss selv og utviklingen til menneskenes beste. Dette er problemet, og jeg tror knapt vi kan rose oss av å ha gjort en god begynnelse.

Mitt foredrag inneholder informasjon og refleksjoner om helsetjenesten. Jeg reiser mange problemer, og mitt mål er å skape debatt, egge til motsigelse og mane til ettertanke.

1. Modell av helsevesenet

Første skritt er å lage en modell av helsetjenesten, en modell som er så enkel at vi kan forstå og diskutere de store prinsipper. Jeg oppfatter helsevesenet som en industri med 3 sammenkoblede enheter: den primære helsetjeneste, sykehusene, og pleie og omsorg, se Fig. 1. Det totale forbruk — eller den totale produksjon, om en vil — var i 1971 4,5 milliarder kroner og i 1972 knapt 6 milliarder kroner. I 1974 kommer regningen sannsynligvis på ca. 8 milliarder kroner. Den årlige vekst i utgiftene har de senere år ligget på omkring 22 % (8). Helsevesenet sysselsetter nå omkring 70.000 mennesker, og den årlige vekst i sysselsettingen ligger på knapt 4% (6, 12).

Tar en sosialtjenesten også med, blir utgiftene omkring 3-doblet, til 17,4 milliarder kroner i 1972, og veksten er her like stor (8).

2. Ressurser

La oss så se på ressursene for helseindustrien. Jeg tror det er tre, de 3 P'er:

a) *Pasienter*. Det er ingen spøk å nevne pasientene først, for de fleste er ikke klar over at det er en ubegrenset tilgang på pasienter. En kan derfor ikke gjøre seg håp om at utgiftene vil bremse opp, fordi pasientenes problemer blir løst. Det blir aldri nok helsetjeneste.

b) *Personell* har vært og er fremdeles en mangel. Vi er mest opptatt av legemangelen, men jeg tror den gir et skjevt bilde av situasjonen som helhet, fordi legemangelen er på retur. I 1980 vil vi ha 20% flere leger enn vi hadde i 1973 (9), se Tab. 1. Alle distriktslegestillinger er besatt, og det er mange søkere til alle legestillinger ved sykehusene.

Grovt kan en regne at legene utgjør 10% av de sysselsatte i helsevesenet (Tab. 2), og den store mangelen er nå ikke lenger legene, men det øvrige helsepersonell. Denne saken har to sider: stillinger og personer. Institusjonene forlanger flere stillinger, dels for å dekke utvidelser, men særlig for å dekke det behov som skyldes mer intensiv drift, forkortelse av arbeidstiden o.s.v. Det er mitt inntrykk at vi har samlet opp en gjeld som ikke lenger kan dekkes ved å drive sykepleierne hardere. Vi er inne i en ond sirkel, og mange sykepleiere slutter å arbeide fordi de føler at arbeidssituasjonen er håpløs, jfr. at bare vel 50% av sykepleierne nå er i arbeid (12). Disse forhold fører til stadige krav om nye stillinger. Etter at alle krav var skåret ned, krevde helseinstitusjonene vel 4000 nye stillinger for 1974. Regjeringen lot seg presse opp i 2000, og resultatet er, som alle vet, at nybygde institusjoner står tomme på grunn av personellmangel. Dette skyldes ikke bare mangel på penger, men også mangel på personer, og alle institusjoner har ubesatte stillinger (hvor mange, vet jeg ikke, antakelig bortimot 10%). Enhver som leser Regje-

ringens oljemelding (11) vil være klar over at dette ikke er problemer som går over. Den gjennomsnittlige økning i antall sysselsatte pr. år her i landet var 17.000 i perioden 1962—70, og mange konkurrerer om disse nye lønnstakere (6). Helsetjenesten kan neppe regne med fortsatt å få 20% av all ny sysselsetting i årene fremover, slik den har fått i perioden 1965—70 (se Tab. 3).

c) *Penger* er den tredje ressurs, og alle vet at det er liten stemning i befolkningen for å øke skattene. Mange drømmer om olje, men jeg har hittil ikke møtt en økonom som for alvor tror at oljen vil smøre helsetjenesten.

Legg merke til at jeg ikke har nevnt en 4. ressurs, nemlig kunnskap, til tross for at mangel på kunnskap og innsikt selvsagt også setter grenser for det vi kan gjøre. Grunnen til at jeg ikke nevner denne ressurs, er at mangelen på penger og personell for lengst har tvunget oss til å praktisere nedenfor kunnskapsgransen. Vi har simpelthen ikke råd til å omsette all kunnskap i praksis, til å være så flinke som vi faktisk er.

Jeg tror alt dette kan sammenfattes slik:

- oppgavene (behandling, støtte, omrørg) øker meget raskt, og forventningene om at disse oppgaver skal bli løst, øker enda raskere.
- kunnskapene øker også raskt, men i noe langsommere tempo enn oppgavene
- pengene vil fortsatt øke, jfr. at Regjeringen regner med en årlig vekst i de offentlige utgifter på 5,2% (10), men helsetjenesten kan neppe regne med en raskere økning.
- personell vil nok øke, men langt mindre enn helsetjenesten krever, jfr. at økningen i 1974 var på 2,8 % og at forkortet arbeidstid vil spise opp mer enn økningen.

Poenget i alt dette er ikke detaljene, men hovedkonklusjonen, som går ut på at helsetjenesten må fungere i en permanent mangel på penger og personell og i en permanent overflod på pasienter, problemer, kunnskaper, muligheter og forventninger. På mange andre områder finner en også denne «crisis of rising expectations». For helsevesenet er denne krisen særlig bitter, for mange av forventningene kunne vært innfridd, hvis vi hadde hatt flere folk og mer penger.

3. Mer om penger

Jeg vil si noe mer om pengeproblemet og understreker først at dette er et generelt problem i alle land: helsetjenesten årelater alle budsjetter. Til og med i U.S.A. er helsetjenesten blitt for dyr, til tross for at 10—15% av amerikanere ikke har noen organisert helsetjeneste.

Problemet er ikke mindre i Norge, og det bekym-

ringfulle er ikke først og fremst at helse- og sosialtjenesten koster så mange penger, men at utgiftene øker så raskt at de gir inntrykk av en kjedereaksjon vi har mistet kontrollen over. Dette fremgår tydelig av den årlige økning i utgiftene til helse- og sosialtjenesten (Tab. 4), også når en regner utgiftene om til prosent av brutto nasjonalprodukt (Tab. 5).

Hva er så årsakene til denne økningen? Jeg har ikke data som gjør det mulig å analysere dem tilfredsstillende, og jeg må derfor nøye meg å peke på noen:

a) Vanlig pris- og lønnsstigning. Tallene skulle være korrigert for denne faktoren.

b) Lønnsforbedring og arbeidstid. Helsetjenesten er personellkrevende, og den er vanskelig å rasjonalisere. I virkeligheten ønsker vi vel heller ikke å rasjonalisere den ytterligere, fordi det ville forverre det publikum allerede klager over, nemlig samlebåndsklimaet i helsetjenesten. Dette betyr at reelle lønnsforbedringer for de store lavtlønnsgruppene i helsetjenesten, forkortet arbeidstid, senket pensjonsalder o.s.v. må slå sterkt ut. Dette er kostnadsøkninger vi hverken kan eller vil gjøre noe med, og jeg tror de svarer for en ganske stor del av den totale økningen.

c) Volumøkning. Befolkningen øker, og spesielt øker antall gamle. Dette bidrar til økte kostnader.

d) Standardforbedring. Det er min gjetning at ca. 50% av økningen skyldes høyere standard. Vi tar flere prøver, bruker dyrere medikamenter, bruker mer personell, kjøper dyrere utstyr, bygger finere sykehus, legger flere pasienter inn i sykehusene, kontrollerer oftere, o.s.v. Etter mitt skjønn er dette den viktigste faktoren, den indre drivkraft i hele systemet.

Utgiftsøkningen er ikke likt fordelt over hele helsevesenet. Den er for eksempel særlig stor i sykehusene. For å gi et inntrykk av hvor stort problemet er, vil jeg antyde et tankeeksperiment. La oss tenke oss at vi kunne foreta en så omfattende rasjonalisering av et større sykehus at driftsutgiftene kunne reduseres med 25%, selvsagt en utenkelig tanke. Hvis vi nå allikevel kunne det, ville det bety at vi bare kompenserte ett vanlig års utgiftsøkning.

4. Helseplaner

Som kjent, påla Sykehusloven fylkene å utarbeide helseplanen for perioden frem til 1981. Dette arbeidet er avsluttet, og Helsedirektoratet har summert planene. Denne sum gir uttrykk for helsetjenestens totale ambisjon i perioden.

a) *Investeringsbehovet* (bygninger og utstyr) for somatiske sykehus, somatiske sykehjem og psykiatriske institusjoner utgjør ca. 6,16 milliarder kroner (12). I tillegg kommer helsesentrene. Det foreligger ikke beregninger over hva helsesentrene vil koste,

men gjetter en på grunnlag av de planer som hittil er lagt frem, kommer en til 10—15 milliarder kroner. Det er mange ukjente i dette regnestykket, ikke minst byggeprisene. Skal jeg våge meg på en gjetning, ville jeg tro at vi kanskje kan makte halvparten av fylkesplanenes investeringsbehov.

b) *Driftsutgifter* settes gjerne til 30-40% av investeringene. Det betyr at et sykehus er billigst i den perioden en bygger det. Regjeringens langtidstrygdebudsjett for perioden 1974—77 regner med en årlig volum- og standardøkning på 8—10%. Helsedirektoratet har beregnet at denne økning skulle være stor nok til å bære driftsutgiftene i fylkenes helseplaner (12). Også i dette regnskapet er det mange ukjente, ikke minst de økte omkostninger ved bedre primærhelsetjeneste. Allikevel ser det ikke ut til at det er penger til drift som blir den trangeste flaskehalsen i årene fremover.

c) *Personell*. Fylkenes helseplaner krever 50—60.000 nye arbeidstakere i helsetjenesten innen 1981 (12). I 1974 fikk helsetjenesten 2000 nye stillinger, og en tilsvarende vekst i resten av perioden frem til 1981 gir ca. 14.000 nye stillinger eller ca. ¼ av fylkenes behov. Det synes derfor klart at personell blir flaskehalsen, og at fylkenes ambisjoner på langt nær kan oppfylles. I tillegg er det rimelig å minne om at lønns- og arbeidsvilkår i helsetjenesten i dag er slik at mange opprettede stillinger er ubesatt.

En skulle tro at det et ansvarlig samfunn burde gjøre i denne situasjonen er å tenke seg om, men det stikk motsatte skjer. Alle er klar over at krisen kommer, og de som av en eller annen grunn har politisk styrke til å løse sitt spesielle problem, forsøker å få det i havn før kroken kommer på døren. Resultatet blir selvfølgelig et forvokst og urettferdig helsevesen.

Jeg vil nevne enda et problem som følger av den desentraliserte beslutningsprosess i helsesaker, og det er den store forskjellen mellom fylkene (se Tab. 6). Ønsker en desentralisering, må en akseptere forskjeller. For meg står dette som et uløselig problem, fordi jeg er for desentralisering, men imot urettferdighet.

5. Hovedproblemet: helsetjenestens filosofi

Jeg har forsøkt å belyse enkelte holvedtrekk i helsepolitikken, og jeg vil nå peke på de problemstillinger jeg mener er særlig viktige.

Hovedproblemet for helsetjenesten er etter mitt skjønn dette: Hva vil vi egentlig med helsetjenesten, hva er dens viktigste mål, hva er dens grunnleggende filosofi? Med helsetjenesten mener jeg nå ikke bare kurativ medisin, men den totale helsetjeneste, inklusive forebyggende medisin, omsorg, forskning og undervisning. Disse spørsmål er selvsagt like umulige å besvare som spørsmålet om meningen med

livet. Allikevel tror jeg vi må gi oss i kast med dem, for utviklingen gjør dem stadig mer påtreggende.

Ser en historisk på dette, startet helsetjenesten med å lindre den mest skrikende nød. Så ordnet den opp med infeksjonssykdommene og flyttet grensene for den kurative medisin, slik at levealderen i dag er økt til gjennomsnittlig ca. 74 år. Utviklingen fortsetter langs de samme linjer, til tross for at problemene nå er helt annerledes, nemlig de store sivilisasjonsproblemer og -sykdommer, for eksempel ungdoms- og familieproblemene, narkomani, alkoholisme, ulykker, mistilpassing, sirkulasjonssykdommer, alders- og omsorgsproblemer.

Vi må se i øynene at kurativ medisin ikke kan løse så mange av disse problemer, og den må finne seg i å konkurrere i økende grad med forebyggende medisin og med omsorg. Kurativ medisin bærer ikke lenger sitt navn med rette, for den arbeider mer og mer med ting som ikke kan kureres: den er mer reparativ enn kurativ. Jeg ser derfor en konflikt mellom to store mål:

- å forlenge livet
- å forbedre livet

Ingen kan hevde at vi må velge bare ett av disse målene, men kanskje er vi for meget opptatt av kurativ innsats i siste fase av livet og av sykdommen og for lite opptatt av forebyggende arbeid og omsorg med sikte på å gjøre livet rikere og bedre mens det varer. En engelsk helseøkonom har antydnet dette skarpere og bedre i setningen: «Cure is the enemy of care».

Jeg vil illustrere problemstillingen med et provoserende eksempel, nemlig spebarndødeligheten. Det er i dag teknisk mulig å redde nyfødte barn med svære medfødte defekter. Dette har skapt et etisk dilemma, fordi en av og til redder barn til et tragisk liv (1), men det har også skapt et helsepolitisk dilemma, fordi disse ressurser kunne vært brukt til andre formål, for eksempel til større innsats for barn med noe mindre handicap.

For å unngå misforståelser, må jeg understreke to viktige synspunkter. Det ene er at livets objektive «nytteverdi» ikke teller for meg; det er livets subjektive verdi som teller. Det andre er at det er to fundamentalt forskjellige ting å stå overfor en enkelt pasient som lege og å resonnerer som helsepolitiker. En ting er å kjempe for den enkelte pasient; noe ganske annet er det å fordele ressurser til de store helseoppgaver. Det er dette siste jeg taler om her.

6. Mer ressurser?

Vi er alle enige om at helsetjenesten har problemer; mange snakker til og med om krise. En måte å løse disse problemene på, er selvfølgelig å skaffe stadig mer ressurser, slik at problemene midlertidig drukner i rask vekst.

Ovenfor har jeg forsøkt å begrunne det syn at gullalderen er forbi og at helsetjenesten ikke kan regne med å ekspandere seg ut av problemene. Jeg tror imidlertid at vi fortsatt kan regne med vekst, selv om den blir langsommere enn før. Fortsatt vekst gjør det enklere å gjennomføre reformer, fordi en ikke behøver å ta ressurser fra bestående institusjoner, men kan skape reform ved klok disponering av nye ressurser.

Det er likevel klart — iallfall for meg — at vekten blir så langsam at mange vil oppleve den som stagnasjon og tilbakegang. Desto viktigere er det at helsetjenesten forsøker å innstille seg på langsommere vekst og på at en må leve med stadig knapphet på personell og penger.

Dette er ikke nødvendigvis så ille, for det ser ikke ut som om vi kan investere oss ut av de store problemer i helsetjenesten allikevel, selv om vi hadde pengene. Investering løser noen problemer, men skaper også nye, slik jeg alt har antydnet. Dette betyr — tror jeg — at vi bør legge større vekt på hvordan vi bruker de ressurser vi har enn på å få nye i stadig raskere tempo.

Enda ett synspunkt kommer inn her, et synspunkt jeg tror er viktig. Spekulerer en over de store helseproblemer, er det påfallende at så mange av dem må angripes og løses utenfor medisinen, i skolene, ved bedriftene, på veiene, i den alminnelige omsorg for mennesker. Derfor er jeg ikke sikker på at det er god helsepolitikk å arbeide for en fortsatt rask økning av helsetjenesten på bekostning av andre sektorer. Dette innebærer ikke selvoppgivelse, men større sans for at medisinen er en del av en større helhet.

7. Forebyggende medisin

Dette jeg nå har sagt, bringer jeg over til det neste store spørsmålet: Hva med forebyggende medisin? Etter at infeksjonssykdommene er drevet tilbake, tror jeg mange har den forestilling at forebyggende medisin har sluppet opp for oppgaver.

Dette tror jeg er grunnleggende galt. Jeg tror tvert imot at forebyggende medisin har særlig stor betydning i vår tid, og jeg tror den bør få nye mål og metoder. De sporadiske masseundersøkelser tror jeg har liten betydning, fordi de ikke sikter mot de store problemer i velferdssamfunnet. Hovedelementene i forebyggende medisin tror jeg bør være fire:

- regelmessig helsekontroll av utsatte grupper, spesielt barn, unge og gamle
- helsepropaganda
- forebyggende tiltak på arbeidsplassene og en mer aktiv bedriftslegetjeneste
- kombinasjon av forebyggende arbeid og primærhelsetjeneste

Det forebyggende arbeid bør ikke baseres på prøver, men på fortløpende observasjon og samtaler. Vi har hatt gode erfaringer med et slikt system i spe-

barnkontrollen og delvis i bedriftslegetjenesten, og jeg tror denne nokså foraktede «snakkemedisin» ofte gjør større nytte enn «apparatmedisinen» i det forebyggende arbeid. Dette innebærer ikke en reaksjonær lengsel etter «de gode gamle dager», som alle vet ikke var så gode. Jeg foreslår ikke å oppgi de store medisinske fremskritt, men å gi forebyggende helsearbeid større prioritet i årene som kommer. Jeg tror også det forebyggende arbeid bør ta hensyn til at livet i dagens samfunn er blitt såpass komplisert at det er mer behov for almen-menneskelige råd enn for eksempel for cytologiske prøver av unge kvinner.

Det forebyggende arbeid bør drives av leger og helseøstre, og vi må være villige til å bruke dette personellet på denne måten. Spesielt er det viktig å understreke at legene bør delta i arbeidet. På lengre sikt tror jeg vi bør gå inn for en drastisk økning av distriktslegetjenesten for å yte en slik service, for eksempel en -dobling av distriktslegene til ca. 1300 med 4000 mennesker i hvert distrikt, inklusive byene. Med den tilgang vi vil få på leger tror jeg ikke dette er urealistisk. På samme måte tror jeg vi bør gå inn for omlegging og utbygging av bedriftslegetjenesten.

8. Forventningsproblemet

Før jeg går over til den primære helsetjeneste, vil jeg omtale ett problem som jeg tror er sentralt for hele den kurative medisin, nemlig forventningsproblemet (3). En kan ordne helsetjenesten som en trapp, og hvert trinn arbeider med teknisk mer kompliserte problemer enn trinnet nedenfor. Derfor fordyres også virksomheten kraftig for hvert trinn.

En slik trapp har en spesiell effekt på menneskene: de ønsker seg oppover i trappen. Denne klatretendensen er typisk for menneskenaturen, en slags omvendt tyngdekraft. En amerikansk professor, Peter, hevder at det skyldes at trappen blir et sosialt hierarki (7). Jeg tror disse synspunktene er gyldige også for helsevesenet, og der har systemet fått iallfall tre uheldige bivirkninger:

a) Den første er at helsepersonellet har en tendens til å føle seg utilfreds og frustrert på det trinn de arbeider.

b) Den andre er at kostnadene blir urimelige store, fordi hvert trinn prøver å nærme seg trinnet ovenfor.

c) Den tredje er at alminnelige problemer ofte ikke møter tilstrekkelig interesse. Helsetjenesten er innstillet på vanskelige, akutte problemer, og er langt mindre skikket for de hverdagslige og de kroniske problemer.

Totaleffekten av alt dette blir at hverken pasientene eller personellet er fornøyd og at helsetjenesten blir for dyr. Botemidlet er å fordele status og lønn nedover i systemet og forsøke å løse ethvert problem på det lavest mulige tekniske nivå.

9. Den primære helsetjeneste

Det ligger i alt dette jeg nå har sagt at jeg tror den primære helsetjeneste bør foregå der folk bor og at hovedvekten bør legges på mer menneskelig kontakt med pasientene og deres miljø. Jeg tror en bør gå imot en overdreven sentralisering og tilsynelatende effektivisering. Det er viktig å få en debatt om målsettingen for helsesentrene, og jeg kan tenke meg tre mulige mål, to gale og ett riktig:

a) Noen vil ønske «legesentre» med laboratorier og kostbart utstyr. Jeg er betenkt over dette målet, og av to grunner. Den ene er økonomisk, men den viktigste er faglig: utstyr bør ikke ta interessen fra den menneskelige kontakt. Takstene bør også i høyere grad premiere samtale og klinisk undersøkelse. (Jeg har satt dette synspunktet på spissen, og valget står ikke mellom en fyllepenn og et automatisert laboratorium. Spørsmålet er ikke om helsesentrene skal ha laboratorium og utstyr, men *hvor meget*, og mitt poeng er at de ikke bør ha et omfattende og kostbart utstyr).

b) Noen ønsker sosialsentre, som løser alle samfunnets sosiale problemer. Jeg er engstelig for at forventningene blir skrudd for høyt opp her, høyere enn det er både faglig og økonomisk dekning for. Jeg må understreke at jeg tror på integrasjon av helse- og sosialtjenesten, men en bør ikke innbille folk og politikere at denne integrasjon løser alle samfunnets problemer, og en bør heller ikke innbille seg selv at helsesentrene får ubegrenset med personell og penger.

c) Den målsetting jeg tror på er en moderne form for huslegepraksis, hvor legen går inn i et tema som i fellesskap driver kurativ medisin, forebyggende arbeid og omsorg.

Det forebyggende arbeid bør organiseres som regelmessig helsekontroll av utsatte grupper. For å oppnå dette, tror jeg en bør styrke helsesøstertjenesten og lage mange flere distriktslegestillinger, slik jeg alt har nevnt. Jeg tror det er riktig å knytte pleie og omsorg nærmere til primærhelsetjenesten ved utbygging av hjemmesykepleien og små sykehjem. Som ledd i en total omsorg bør også sosialtjenesten integreres med den primære helsetjeneste.

Det kan høres ut som om disse tankene står i strid med en generell sparelinje, men jeg tror ikke det. Primærhelsetjenesten faller forholdsvis billig. For eksempel koster ikke 1000 nye distriktsleger med de nødvendige hjelpetillinger mer enn vel 200 milliarder kroner, og det er ingen avskrekkende sum i helsetjenesten. Forbruket av personell er heller ikke avskrekkende, for det første fordi vi kan regne med god tilgang på leger, og for det annet fordi en så desentralisert virksomhet kan trekke på arbeidskraft som i mange tilfelle ikke ville vært brukt til andre oppgaver.

10. Sykehusene

Sykehusene er det dyreste leddet i helsetjenesten, og det er her Peter-effekten er mest merkbart. Det har vist seg at driftsutgiftene har økt mer for lokal- enn for sentralsykehusene i de senere år (Tab. 7), som uttrykk for at en del av dem har for store tekniske ambisjoner. Jeg tror ikke dette er en ønskelig utvikling, fordi:

- den lett fordyrer behandlingen av de alminnelige sykdommer og skader
- den kan ta interessen fra de mange pasienter med enkle problemer
- den øker risikoen for pasienter som egentlig burde vært sendt til sentralsykehusene

Derfor tror jeg det er viktig å opprettholde 3-delingen av sykehusvesenet, og en bør ikke oppmuntre til ekspansjon mot neste trinn på stigen. Styringsmidlet må være kontroll av investeringer og kurpenger.

Det er oppstått bitter strid om landets aller minste sykehus, for eksempel Rjukan Sykehus. Jeg tror befolkningen ville være mer tjent med at disse små sykehus ble lagt om til det Statens Sykehusråd har kalt nærsykehus, det vil si et utvidet helsesenter med akutt kirurgisk service og sykehjem. Dette ville gi god medisinsk service og opprettholde arbeidsplassene, noe som er viktig i lokalsamfunnet. Jeg innser imidlertid at denne utvikling må få tid på seg, og disse små sykehus spiller for liten økonomisk rolle til at det er riktig å ta en stor strid på saken. Jeg synes derfor en burde garantere disse sykehusene fortsatt liv, men gå imot utvidelse og utbygging.

Det ser ut til at sentralsykehusene har funnet sin plass, selv om vi nok vil oppleve press i retning av subspecialisering og opptrapping over hele linjen. Dette er en utvikling en bør følge nøye med i.

Regionsykehusene er få, men meget kostbare. Jeg ser allikevel ingen vei utenom dem, og det er tross alt billigere å bygge dem skikkelig ut enn å ruste opp alle sentralsykehusene så langt at det ikke er behov for regionsykehusene. Gjør en det, vil en i realiteten skjære toppen av behandlingspyramiden, slik at vi mister tilbudet til de vanskeligste problemene.

11. Pleie og omsorg

Pleie og omsorg vil nødvendigvis spille en økende rolle, dels fordi det blir stadig flere gamle og dels fordi det blir viktig å frigjøre sengeplasser i akutt-sykehusene for å unngå nybygg.

Jeg tror viktige grunner taler for å desentralisere pleien så meget som mulig:

- menneskelige faktorer taler for å beholde pasientene i deres eget miljø
- hensynet til arbeidskraften
- økonomiske hensyn: dels vil desentraliseringen

gen falle billigere, og dels vil desentralisert pleie bety arbeidsplasser og inntekter i distriktene.

Den billigste og beste omsorg er pleie i hjemmene, og en bør strekke seg lengst mulig for å gjøre dette mulig, dels ved utbygging av hjemmesykepleien og dels ved direkte betaling til de pårørende. Jeg er imidlertid engstelig for at mulighetene er begrenset, dels på grunn av de moderne leiligheter og dels fordi begge ektefellene så ofte har yrke.

Jeg tror det er viktig å knytte pleie og primærhelsetjenesten sammen, og jeg tror de praktiserende leger bør skaffe seg mer utdanning for dette, slik at de kan påta seg mer ansvar og mer krevende oppgaver. For eksempel tror jeg mange mennesker burde få slippe å dø på sykehus, som ofte er lite egnet for god dødspleie.

12. Undervisning og forskning

I denne oversikten over helsetjenesten er det to store områder jeg hittil ikke har nevnt nemlig undervisning og forskning. De er faktisk ikke koblet direkte sammen med helsetjenesten; de styres også av et annet departement. Jeg synes både undervisning og forskning preges av dette, og jeg tror det må komme et nærmere forhold mellom praktisk helsetjeneste, undervisning og forskning.

Undervisningen skal legge fundamentet for et helt livs praktisk arbeid i helsetjenesten, og alle er enige i at dette fundament må inneholde det teoretiske grunnlaget for medisinen. Det er allikevel spørsmål om en balanse, og det har vært en tendens til å utdanne personellet vekk fra pasientene. Spesielt må en være klar over at livslange holdninger fester seg i studietiden. Derfor er studieplanene viktige. Jeg tror faktisk at dagens studieplaner bestemmer helsetjenesten i årtier fremover, og studieplanene er antakelig det viktigste styringsmiddel for helsetjenesten, iallfall over en lengre periode. Ønsker en å endre de holdninger og oppfatninger som bestemmer helsetjenesten, må en derfor begynne med studieplanene. Dette gjelder alle helseprofesjonene og både grunn- og videreutdannelsen.

Medisinsk forskning i Norge har etter min mening hatt en for stor slagside til teoretisk, laboratoriepreget forskning (Tab. 8). Jeg tror både forskningen og helsetjenesten ville vinne på et nærmere forhold, og jeg tror det bør skje ved at en opprettholder grunnforskningen og øker innsatsen i klinisk, psykiatrisk og sosialmedisinsk forskning. Helseøkonomi bør bli en viktig del av den nye innsats.

13. Styring av helsetjenesten

I dette foredraget har jeg forsøkt å se på helsetjenesten fra mange sider, og hovedproblemene kan antydes slik:

Medisinsk: Hvor avansert?

Økonomisk: Hvor dyr?

Sysselsetting: Hvor mange?

Distriktpolitisk: Hvor desentralisert?

Etisk-helsepolitisk: Prioritere hva?

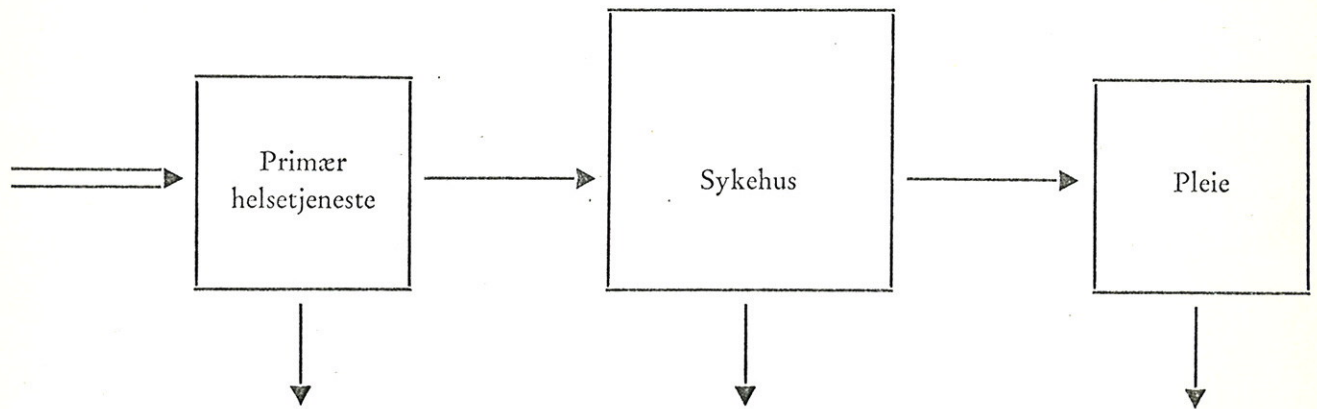
Jeg har ikke løst noen problemer, men tvert imot forsøkt å vise at det ikke eksisterer enkle løsninger, bare kompliserte avveininger mellom motstridende, men likeverdige interesser. Jeg tror det er nødvendig å se i øynene at helsetjenesten er kommet til et kritisk punkt, først og fremst av personellmessige og økonomiske grunner. Dette bringer meg til spørsmålet om styringen av helsetjenesten, og jeg vil slutte med et forslag. Det er nå gått 7 år siden jeg første gang la frem dette forslaget (2), og jeg synes det blir bedre og bedre for hvert år det ikke blir gjennomført. Forslaget går ut på å opprette et nasjonalt helseråd, et styre for helsetjenesten som kan foreta de avveininger jeg har gjort rede for. Det er en enkel spådom at de problemer jeg har beskrevet vil bli større og vanskeligere. Svaret ligger ikke i geniale enkeltløsninger, men i et råd som kan veie interesser og motsetninger. Jeg tror et slikt råd bør settes sammen av representanter for alle sider av helsetjenesten, og dette faglige råd må i siste omgang få sine synspunkter prøvet av politikerne. Mange hevder at medisinen må holdes borte fra politikken og at politikere ikke må få klusse med medisinen. Jeg er uenig i dette synet. Det er befolkningen som eier og styrer helsetjenesten, og det er vår jobb å drive den slik befolkningen ønsker.

LITTERATUR

1. Duff, R. S. & Campbell, A. G. M.: Moral and ethical dilemmas in the special-care nursery. *New Engl.J.Medl* 289, 890—894. 1973.
2. Hjort, P. F.: Tanker om medisinen i fremtidens samfunn. *T.norske Lægefören.* 87, 1663—1670, 1967.
3. Hjort, P. F.: Helseøkonomi — Kostnad og nytte, s. 15—18 i: Systematiske tiltak for en bedre primær helsetjeneste. Norges off.utredninger 1973: 35, 84 s.
4. Hjort, P. F. og Skoie, H.: Medical education, care, and research in Norway. pp. 153—165 in *Medical Research Systems in Europe*, Ciba Foundation Symp. 21, Elsevier 1973, 335 pp.
5. Nordisk statistisk skriftserie. Social trykkekhet i de nordiske länderna. Stockholm 1973, 148 s.

6. Norges offisielle statistikk.
7. Peter, L. J. & Hull, R.: The Peter principle. Pan Books, London 1970, 157 s.
8. Stortingsmelding nr. 14 (1971—72): Om folketrygdens økonomi og finansiering. 37 s.
9. Stortingsmelding nr. 45 (1972—73): Tillegg til St.meld. nr. j5 (1970—71): Om helsetjenesten utenfor sykehus. 33 s.
10. Stortingsmelding nr. 71 (1972—73): Langtidsprogrammet 1974—1977. 447 s.
11. Stortingsmelding nr. 25 (1973—74): Petroleumsvirksomhetens plass i det norske samfunn. 97 s.
12. Sykehuskontoret, Helsedirektoratet: Personlig meddelelse 1974.

Fig. 1: En modell av helsevesenet.



Sysselsatte 1972: 66.000.
 Stigningstaks r. år, 1970—72: 3,9 % (6,12).
 Utgifter 1971: 4.589 milliarder kroner.
 Stigningstakt pr. år, 1970—72: 22 % (8).

Tab. 1: Tilgangen å leger i Norge frem til år 2000. Prognose utarbeidet av Helsedirektoratet (9).

År	Antall godkjente leger totalt	Antall yrkesaktive leger	Antall personer pr. yrkesaktiv lege
1973 ...	6 300	6 030	660
1974 ...	6 730	6 330	630
1975 ...	7 050	6 630	610
1976 ...	7 330	6 880	590
1977 ...	7 650	7 170	570
1978 ...	8 000	7 490	550
1979 ...	8 370	7 830	530
1980 ...	8 680	8 130	515
1985 ...	10 400	9 800	440
1990 ...	12 400	11 700	380
1995 ...	14 700	14 000	330
2000 ...	17 400	16 500	290

Tab. 2. Yrkesaktivt helsepersonell i Norge i 1970. Fordeling på yrker (5) og arbeidssted (10).

	Antall	%
A. Fordeling på yrker		
Leger	5.361	9
Tannleger	3.120	5
Sykepleiere	15.197	25
Fysioterapeuter	2.000	3
Andre	35.345	58
Sum	61.023	100
B. Fordeling på arbeidssted		
Sykehus, sanatorier m.v.	52.647	86
Helsestellet ellers	8.476	14
Sum	61.023	100

Tab. 3. Helsevesenets andel av tilgangen på ny arbeidskraft (nettovekst i total sysselsetting) i perioden 1965—70 (12).

	Andel av nettoveksten i total sysselsetting 1965—70
Helseinstitusjoner	18 %
Helsevesenet forøvrig	2 %
Helsevesenet totalt	20 %

Tab. 4. Årlig økning i helse- og sosialutgiftene i Norge (8).

Periode	Årlig økning (%)
1961—66	13
1966—71	17
1971—72	22

Tab. 5. Utgifter til helse- og sosialtjeneste i Norge i % av brutto nasjonalprodukt (8).

År	%
1961	10,9
1966	13,2
1971	17,4

Tab. 6. Antall sengeplasser i somatiske sykehus og sykehjem i 1972 i beste fylke (Oslo) og i svakeste fylke (Sogn og Fjordane) (12).

	Senger pr. 1000 innbyggere	
	Sykehus	Sykehjem ¹⁾
Beste fylke	7,37	6,24
Svakeste fylke	2,81	1,74

¹⁾ Senger pr. 1000 innbyggere over 70 år.

Tab. 7. Personale og brutto driftsutgifter pr. seng i de forskjellige sykehustyper. Tabellen viser forholdene i 1972 og utviklingen i 1971—73. Den er basert på et 40 % utvalg av de somatiske sykehus (12).

	Personale pr. seng		Brutto driftsutgifter pr. seng pr. år	
	Antall 1972	%-vis stigning 1971—73	Kroner 1972	%-vis stigning 1971—73
Regionsykehus	1,79	19,0 ¹⁾	143.069	63,8 ¹⁾
Sentralsykehus	1,28	0,9	96.372	45,8
Lokalsykehus, mer enn 3-delt	1,33	30,9	95.795	51,9
—»— 3-delt	1,31	20,4	92.110	51,1
—»— 2-delt og blandet	1,02	10,5	70.105	59,4
Spesialsykehus	1,26	9,1	88.275	41,8
Total ²⁾	1,34	13,5	101.900	51,4

¹⁾ Beregnet ut fra gjennomsnittlig %-vis stiging i perioden 1970—72.

²⁾ Veid gjennomsnitt med antall senger som vekter.

Tab. 8. Medisinsk forskning i Norge 1963 og 1970: relativ fordeling av arbeidsinnsats og utgifter på de tre hovedområder grunnforskning, klinisk forskning og psykiatrisk og sosialmedisinsk forskning. Data fra Utredningsavdelingen, Norges almenvitenskapelige forskningsråd (4).

	% av total innsats		
	Grunnforskning	Klinisk forskning	Psykiatrisk og sosialmedisinsk forskning
Vitenskapelig personale (manne-år)	66 (64) ¹⁾	25 (25)	9 (11)
Teknisk personale (manne-år)	80 (74)	13 (14)	7 (12)
Utstyr og driftsutgifter	69 (67)	23 (22)	8 (11)

¹⁾ Tallene for 1963 i parantes.