

Statlige sykehus – hva så?

Når staten skal overta sykehusene, må det bety at Storting og regjering er misfornøyd med spesialisthelsetjenesten i dag, og mener at staten vil være bedre til å nå de helsepolitiske mål enn dagens sykehuseiere. Men lite tyder på at man har gjort en god nok analyse av hva som skal til for å endre på dette.

Hovedbegrunnelsen for statlig eierskap er at vi trenger en helhetlig strategi og styring av spesialisthelsetjenesten, og at ressursutnyttelsen skal bedres (1). Den nærmere begrunnelse må søkes i de utfordringer regjeringen beskriver. Troen på at statlig eierskap vil lykkes må i tillegg til diagnosen som stilles, vurderes ut i fra de satsingsområder og virkemidler som beskrives.

Regjeringens situasjonsbeskrivelse er i hovedsak god, selv om den mangler noen elementer. Langt mer alvorlig er det at flere av virkemidlene som skal bedre situasjonen, fortsatt fremstår som utdelige og utilstrekkelige. Det er derfor ikke uten videre lett å se eller feste lit til at de vil føre til at målene realiseres. Reformen inneholder videre målkonflikter som det er vanskelig å se hvordan styringsvirkemidlene kan håndtere på en god måte. Endelig er det et paradoks at det for flere, ja trolig de fleste av utfordringene og virkemidlene som beskrives, er vanskelig å se at statlig eierskap er en forutsetning for å lykkes.

Situasjonsbeskrivelsen

Helsetjenestens tilblivelse og virkemåte er resultatet av en rekke forhold. Viktige forutsetninger er dessuten under stadig endring. Kunnskapen om nåsituasjonen er ufullstendig. Ikke bare er spørsmålene kompliserte – mangelen på gode resultatmål er påtrengende og sterkt evalueringshemmende. Erfaringer fra andre land er ikke uviktige, men har ofte begrenset overføringsverdi. Verdiladde og skjønsmessige vurderinger er regelen snarere enn unntaket. I en slik situasjon vil kampen om virkelighetsforståelsen, hva man ser etter, hvilket ståsted man har og hva man tror på ofte være avgjørende for hvilke svar man kommer frem til (2).

Den videre utvikling av spesialisthelsetjenesten vil særlig avgjøres av fire forhold, der de tre første er de viktigste:

- Innhold og styrke i den politiske/departementale styring
- Finansieringsordningene
- Den medisinsk-teknologiske utvikling og synspunktene i toneangivende fagmiljøer

Petter Øgar

Fylkeslegen i Sogn og Fjordane
6861 Leikanger

☞ Se også side 2139

– Ledelseskompetansen i de regionale og lokale helseforetakene

I det følgende drøfter jeg hvordan dette kan slå ut i forhold til de sentrale utfordringer spesialisthelsetjenesten står overfor.

Politisk styring og ledelse

En av reformens hovedideer er sterkere statlig politisk styring for å sikre nasjonale velferdspolitiske mål samtidig som virksomhetene skal myndiggjøres. Hvordan man skal få til både mer sentral og lokal styring er for meg reformens største gåte.

Den lokale politiske styring av spesialisthelsetjenesten er praktisk talt fjernet, og dette innebærer en radikal svekkelse i forhold til dagens ordning. Hva dette vil bety i praksis, er det imidlertid vanskelig å si. Det lokalpolitiske element i plasseringsspørsmål må man forvente blir redusert, og det kan få konsekvenser for småsykehusene. For øvrig vil det sterkt avhenge av de finansieringsordninger og andre styringsvirkemidler staten velger å bruke.

Kommunenes rettmessige og reelle påvirkningsmakt blir helt utilstrekkelig ivarettatt. Det vil imidlertid ikke være noen vesentlig forskjell i forhold til dagens situasjon, men det er svært uheldig i forhold til utviklingen av god samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Det er store styrings- og ledelsesutfordringer på alle nivåer i helsevesenet. I vesentlig grad handler det om å få frem strategisk, taktisk, faglig og praktisk kompetanse og vilje til å ta i bruk gode styrings- og ledelsesvirkemidler. Etableringen av et nasjonalt utviklingsprogram for sykehusledelse synes riktig og velbegrunnet. Men de fleste tiltak som lanseres kunne like gjerne vært gjennomført innenfor rammen av det nåværende eierskap. Det er heller ingen grunn til å tro at det yngler med velkvalifiserte nye ledere som står i kø for å slippe til når staten overtar.

Det politiske element i den fortløpende styringen blir regjeringen ved den politiske ledelsen i Sosial- og helsedepartementet. I praksis vil mye av styringen og innholdet i

styringen være avhengig av departementets helsefaglige og helsepolitiske kompetanse som skal yte service til den politiske ledelse. Det er grunn til å spørre om departementets og den øvrige statlige helseforvaltningskompetanse er god nok i forhold til denne svært krevende oppgaven. Vi opplever en foruroligende svikt i rekrutteringen av høyt kvalifisert helsepersonell til viktige helsefaglige rådgivningsposisjoner som svekker meg i troen på at så er tilfelle.

Styringen av foretakene skal skje gjennom lovverket, vedtektene og foretaksmøtene. Departementet hevder at plan og samarbeid skal være det dominerende styringsprinsipp, og at konkurranse utløst av finansieringsordningene og fritt sykehusvalg skal være et dynamisk tilleggsmoment. Med den styringsstyrke som ligger i finansieringsordningene og de finansieringsordninger som er valgt, er det ikke sannsynliggjort at departementets mål blir mer enn et fromt ønske. Vi vil få en myndig- og ansvarliggjort driftsorganisasjon som i sterk grad vil være bedriftsøkonomisk orientert, og der inntektene og oppfyllingen av det økonomiske ansvaret vil være knyttet til produksjon av tilstrekkelig lønnsomme tjenester. Det forsikres at mindre lønnsomme, men helsepolitisk prioriterte tjenester og aktiviteter likevel skal ivaretas. Problemet er at det ikke gis noen troverdig beskrivelse av hvordan dette faktisk skal skje, og det er et stort tankekors i forhold til mange av de utfordringer regjeringen selv beskriver.

Hvordan statlig eierskap vil påvirke Stortingets aktivitet og innflytelse i forhold til helsepolitikken er lite omtalt. Men med helsepolitikkenes betydning og økende grad av ansvar direkte på regjeringen, må det være grunn til å forvente at Stortingets tendens til å ha meninger om fortløpende enkeltsaker ikke vil avta.

Mangelfull effektivitet

Mangelfull effektivitet hevdes å være en viktig forklaring på kapasitetsproblemene og deler av kostnadsproblemene i helsetjenesten. Mangelfull effektivitet er knyttet til suboptimal intern organisering og drift, uhensiktsmessig sykehusstruktur og funksjonsdeling, mangelfull utnyttelse av den samlede kapasitet i spesialisthelsetjenesten og haltende samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Innsatsstyrt finansiering

Det viktigste produksjonsstimulerende virkemidlet er innsatsstyrt finansiering (ISF).

At produktiviteten stimuleres er dokumentert. Spørsmålet er om det stimulerer til produksjon av prioriterte tjenester på en faglig og samfunnsøkonomisk god måte. Veldefinerte tilstander med veldefinerte behandlingsformer kommer gjennomgående best ut i et bedriftsøkonomisk regnskap sammenliknet med kroniske og sammensatte tilstander med mindre standardisert og mer tverrfaglig behandling. Stykkprisbetaling kan gjøre det økonomisk gunstig med korte repetitive innleggelser og behandlinger framfor et lengre og faglig sett bedre behandlingsforløp.

Når de ansvarlige for foretakene skal møte kravene om produksjonseffektivitet og overholdelse av økonomiske rammer, må det forventes at produksjonsprofilen påvirkes av finansieringsordningene. Slik ordningen virker allerede i dag, må den forventes å kunne komme i konflikt både med erklærte prioriteringsmålsettinger, samfunnsøkonomiske hensyn og faglige retningslinjer.

Hvis noen skulle være i tvil om effekten av de gjeldende spillereglene, kan håndteringen av de økonomiske problemene ved Rikshospitalet nylig tjene som nyttig instruksjon (3). Helsepolitisk prioriterte, men ISF-ulønnsomme grupper ble ofret. Dette kunne ikke Stortinget godta, og Rikshospitalet fikk de pengene de bad om. Dersom dette er en forsmak på den fremtidige statlige styring og kostnadskontroll, kan det diskuteres hvor mye vi har å se frem til.

Et vesentlig innslag av stykkprisbasert finansiering direkte fra folketrygden vil erfaringsmessig gjøre samfunnsøkonomisk kostnadskontroll vanskelig. I tillegg forutsetter innsatsstyrt finansiering og fritt sykehusvalg kostnadskrevende administrative systemer. Andre land med mer markedsorientert helsetjeneste er ikke gode eksempler på kostnadseffektive løsninger. Det er således neppe noen dristig spådom at kostnadskontrollen blir en svært krevende øvelse i den styringsformen det legges opp til.

Intern organisering

Når det gjelder den interne organisering av driften ved sykehusene, mener mange at det er her det er mest å hente. God ledelse med tilstrekkelig myndighet og akseptable rammevilkår er viktige forutsetninger for å høste gevinsten, men statlig eierskap er ikke en like klar forutsetning. En god systematisk tilnærming til problemstillingen er gitt i et temanummer fra Forum for organisasjonsutvikling i sykehus (4). Der beskrives 20 fokusområder det er aktuelt å gjennomgå i prosessen med å forbedre intern organisering og drift av sykehus.

Sykehusstruktur og funksjonsdeling

En vanlig innvending mot dagens spesialisthelsetjeneste er sykehusstrukturen og funksjonsdelingen mellom sykehusene. Det er særlig de mange små sykehus med akuttberedskap, mangelen på skjerming av elektiv virksomhet og små pasientvolum som kan

true behandlingskvaliteten kritikken har rettet seg mot. Holdbarheten i flere av påstandene er høyst diskuterte (5, 6). Verre er det at man ikke har vært opptatt av viktige struktur- og funksjonsdelingsproblemstillinger, nemlig den indre spesialiseringsgrad på sykehusene og grenseflaten mot kommunehelsetjenesten.

Kapasitetsproblemene for sykehusene er særlig knyttet til eldre pasienter med indremedisinske problemstillinger og behov for øyeblikkelig hjelp-innleggelser. Manglende kapasitet i den kommunale pleie- og omsorgstjeneste forklarer deler av problemet (7). To nylig fremlagte rapporter (8, 9), peker på andre viktige årsaksfaktorer og problemstillinger. I en lengre periode har det vært nedbygging av sykehussenger samtidig som behovene har økt. Under forutsetning av 85 % gjennomsnittlig belegg på årsbasis er det i dag en manko på ca. 500 senger. Mange sykehus har videre et strukturelt problem på grunn av uttalt spesialisering. Forfatterne mener sykehusene bør omorganisere og opprette generelle indremedisinske avdelinger eller sengeposter som kan takle vanlige problemstillinger innenfor hele det indremedisinske fagfelt, og som i større grad tar hensyn til den faktiske pasientsammensetningen og de eldres behov. Avansert medisin og spesielle lidelser har vært prioritert fremfor «vanlige» lidelser som rammer folk flest og eldre.

Situasjonen har utløst en diskusjon om behovet for en halvannenlinjetjeneste der en revitalisering av sykestuefunksjonen har vært foreslått som et løsningsalternativ (10). Det grunnleggende spørsmålet er imidlertid hvor spesialisert helsetjeneste vi er tjent med (11). Svaret er ikke å spesialisere primærhelsetjenesten eller lage ansvarsmessig uklare mellomløsninger. Svaret må være å generalisere deler av spesialisthelsetjenesten slik at den bringes mer i samsvar med behovsprofilen i befolkningen.

Det er ikke grunn til å tro at eierskapsskifte påvirker denne problemstillingen. Primær- og spesialisthelsetjenesten vil fortsatt ha ulik finansierings- og ansvarsforankring. Dagens interne sykehusorganisering er i hovedsak et resultat av fagutviklingen og toneangivende, gren- og kvistspesialister. Det er ikke lett å finne tegn i tiden på at deres preferanser endrer seg, og det er fortsatt slik at de høyspesialiserte miljøer er statusledende. Talsmenn for reverserende generalisering ansees i beste fall som nyttige arbeidsmaur for pasientene.

Fritt sykehusvalg og utnyttelse av sykehuskapasiteten

Mangelfull utnyttelse av den samlede sykehuskapasitet er en svakhet i dagens system. Man kan tenke seg at dette bedres i hvert fall i et regionalt perspektiv når regionen blir en organisatorisk enhet. Det er imidlertid langt fra sikkert. De ulike foretakene innenfor regionen vil fortsatt ha de samme økonomis-

ke motivene som før for å holde på «sine» pasienter. Stor pasientproduksjon vil også være et viktig argument for å bevare småsykehusene.

Troen på det frie sykehusvalg er det vanskelig å finne sterk empirisk støtte for. Tar en vekk pasientene som innlegges som øyeblikkelig hjelp (65 %), pasientene med sammensatte og kroniske sykdommer som av faglige grunner bør behandles nær hjemstedet, og pasienter som av andre grunner ikke ønsker å reise vekk for å få behandling, blir det relativt få tilbake. Dette bekreftes både av danske og foreløpige norske erfaringer (12, 13). Bare 300 av et beregnet pasientgrunnlag på 28 000 hadde ved utgangen av mars benyttet seg av Stortingets julepresang med tilbud om behandling i utlandet.

Fortsatt er oversikten over ventetider ved ulike sykehus mangelfull, og det er vanskelig å se hvordan man kan klare å utvikle valide, oppdaterte kvalitetsparametere som gir pasientene de informerte valgmuligheter markedstenkningen forutsetter. Det er i det hele et stort paradoks at markedstenkning og språkbruk har vunnet så stort innpass i en tjeneste der så få av markedets vilkår er oppfylt. Men slik er det, noe følgende sitat fra en regional helseplan (14) med all tydelighet viser: «Det vil også bety ei revurdering av dei enkelte sjukehusa si spesialisering innan elektiv verksemd og ei meir tilbodsstyrt tilpassning til ein markert konkurranse- og markedsituasjon som følge av fritt sjukehusvalg.»

Samhandling mellom nivåene

Det er vanskelig å se at statlig eierskap uten videre vesentlig vil endre samarbeidsforutsetningene mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Så lenge tjenestene er plassert i ulike forvaltningsnivåer, vil det alltid ligge til rette for ulike Svarteper-spill. Regjeringen påpeker med rette at det i dag mangler finansieringsordninger som på en god måte ivaretar og styrker samarbeidet mellom nivåene. Jeg vil gå et skritt videre og hevde at den bedriftsøkonomiske innretningen på sykehusreformen vil øke presset på kommunene og slik kan virke hemmende på samarbeidet. Dersom reformen fører til en sanering av dagens sykehusstruktur med sentralisering av akuttfunksjoner, vil det neppe fremkalle ovasjoner i primærhelsetjenesten. En særlig utfordring er det at maktfordelingen ikke er egalitær, at kommunene mangler felles talerør, og at flere samfunnsmessige gode løsninger ikke representerer økonomiske vinn-vinn-situasjoner. Selvstendig næringsdrivende fastleger i en for øvrig fastlønnnet kommunal virkelighet gjør ikke samhandling med økonomiske fordelingskonsekvenser mindre komplisert. Men nettopp her bør staten gjennom sitt overordnede ansvar både ha mulighet og forpliktelse til å finansiere gode samarbeidsløsninger for eksempel IT-løsninger og praksiskonsulentordninger.

Prioritering og medisinsk metodevurdering

Fra å ha vært verdensmestre i teoretisk prioritering gjennom de to Lønningutvalgene, har vi gått på en bråstopp i forhold til å gjennomføre prioriteringer i praksis. Ingen effektivisering eller oljefond kan redde oss fra behovet for prioriteringer. Likevel har ikke politikerne tort å ta et oppgjør med galopperende forventninger. Prioriteringer vil likevel skje. Spørsmålet er bare hvordan de skal skje: styrt eller etter kreftenes frie spill.

Retten til helsehjelp etter pasientrettighetsloven gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til behandlingens effekt. Med dette er vurderingen av ulike behandlingsformers effekt og kostnadseffektivitet blitt helt avgjørende i prioriteringsprosessen. I Dagens Medisin nylig (15) fikk vi brettet ut hvor mye av helsetjenestens virksomhet som ikke har dokumentert sin medisinske nytte. I denne situasjonen byr medisinsk metodevurdering og bedre nasjonal styring med utviklingen og innføringen av kliniske retningslinjer og faglige standarder seg frem som sentrale virkemidler både for å bedre tjenestenes kvalitet og som grunnlag for prioriteringer. Det er svært gledelig at problemstillingene knyttet til prioritering og metodevurdering løftes så klart frem i et sentralt helsepolitisk dokument. Drøftingen er god, og det skisseres lovende veier videre selv om konkretiseringsgraden ikke er påtrengende stor. Men den positive utviklingen er nok mer et resultat av at departementet har sikret seg fornuftige rådgivere, enn at staten skal overta sykehuse.

Ett viktig forhold er imidlertid ikke drøftet. «Staten» fremstår som regjering og departement, mens Stortingets viktige rolle ikke er omtalt. Prioritering forutsetter solidaritet og aksept i befolkningen. Det er ikke lett å mobilisere i vår tid, hvor man er mer opptatt av individuelle rettigheter. Det er ikke lenger et spørsmål om å få i pose og sekk, men om hvor mange bærepåseer vi bør ha i tillegg og hvilken skatte- og avgiftslette som bør følge med på kjøpet. Så lenge Stortinget ikke tydelig målbærer prioriteringene i helsetjenesten, men snarere bidrar til forventningspresset på tjenesten, skal det bli svært vanskelig å realisere nødvendige prioriteringer på en god måte.

Helsepersonell

Helsepersonell er helsetjenestens kritiske innsatsfaktor, og det er viktig å se hele helsetjenesten samlet. Staten regulerer i stor grad tilgangen på helsepersonell. Gjennom statlig eierskap av sykehusene vil staten i vesentlig større grad kunne motvirke konkurransevridende forhold som fører til uønsket fordeling av helsepersonell i forhold til geografi, fagområde og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Det vil kunne være en stor gevinst selv om et nær fore-

stående legeoverskudd bidrar til å redusere betydningen.

På den annen side er det bekymringsfullt hvor dårlig utfordringen med å skaffe nok pleiepersonell er omtalt. Det er uvisshet knyttet til det reelle underskuddet. Det står ingenting om hva man vil gjøre for å bringe det på det rene, eller hva man vil gjøre for å rette på situasjonen.

IT i helsetjenesten

IT i helsetjenesten er et annet område der statlig eierskap kan spille en vesentlig rolle ved at nødvendige standardiseringer lettere lar seg gjennomføre, og ved at staten som overordnet ansvarlig for helsetjenesten kan tilføre kommunehelsetjenesten nødvendig finansiering for å realisere samhandlingsløsninger der kostnader og nytte er ulikt fordelt på tvers av nivåene.

Nå kunne mye vært gjort innenfor dagens eierstruktur dersom staten hadde hatt vilje og evne til å prioritere dette arbeidet langt mer enn det som faktisk har vært tilfelle. I forbindelse med sykehusreformen vises det til IT-planen *Si@* (16). Men allerede departementets første IT-plan *Mer helse for hver bIT* fra 1997 (17) beskrev hvilke IT-utfordringer som burde løses i helsetjenesten. Problemet var bare at det aldri ble satset nok kompetanse og ressurser på å gjennomføre den.

Utdanning og forskning

Utdanning og i første rekke forskning er et trist kapittel. Vi lever både i helsetjenesten og ellers i samfunnet her og nå fremfor å investere i tiltak som kan gi bedre vilkår i morgen. Situasjonen er godt beskrevet i reformens dokumenter. Utfordringen uttrykkes også presist: «– Isolert sett bidrar innsatsstyrt finansiering av klinisk aktivitet til å nedprioritere forskningsvirksomhet i forhold til pasientbehandling. Det er derfor sentralt å finne mekanismer for finansiering og organisering som på en bedre måte enn i dag ivaretar forskningsvirksomheten og balanserer denne virksomheten mot klinisk aktivitet.» Problemet er at disse så langt ikke synes å være funnet.

Hvor bringer dette oss?

«Motmeldinga» (17) tegner et scenario med spesialiserte sykehus, færre senger og sentralisert akuttberedskap. Bedriftsøkonomi vil bestemme sykehusenes pasienttilbud, og de friskeste pasientene vil få enda høyere prioritet på bekostning av sykeste. Overbehandling og feilbehandling vil øke, byråkratiet vokser og effektiviteten avtar. Fagutvikling hemmes, arbeidsmiljøet forverres og over tid vil Norge få et todelt, et offentlig og et privat sykehusvesen.

Jeg oppfatter dette som et verstefallsscenario, men utviklingstrekkene er ikke usannsynligheter tatt ut av lufta. De er allerede synlige i dag, og de er bare delvis knyttet til statlig eierskap av sykehusene. Konsekven-

sene av statlig eierskap kommer an på innholdet i den statlige styringen. De mange gode diagnostiske overveielser gir grunn for håp, men den sterke bedriftsøkonomiske innretningen og mangelen på tydelighet i andre virkemidler gir grunn til bekymring og usikkerhet.

Litteratur

1. Ot.prp. nr. 66 (2000–2001). Lov om helseforetak.
2. Norges offentlige utredninger. Hvem skal eie sykehusene? NOU 1996: 5. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1996.
3. Syke barn kastes ut. Aftenposten (morgenutgave) 11.5.2001.
4. Forum for organisasjonsutvikling i sykehus. Temanummer. Forumet 2000; nr. 4.
5. Tunold O. Sentraliserte sykehus – billigere og bedre? Aftenposten (morgenutgave) 10.9.2000.
6. Pasientvolum og behandlingskvalitet. SMM-rapport nr. 2/2001. Oslo: Senter for medisinsk metodevurdering, 2001.
7. Sykehussektoren 1998 – fra rammefinansiering til ISF. Samdata sykehus rapport 3/99. Trondheim: NIS SAMDATA, 1999.
8. Walde N, Skretting P. Overbelegget ved medisinske avdelinger. Fra brannslukking til brannvern? Spesialoppgave ved masterstudiet i helseadministrasjon. Oslo: Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo, 2000.
9. Sengekapasitet og kapasitetsutnyttelse ved somatiske sykehus i Norge. Er det sammenheng mellom sengekapasitet og korridorpasienter? (IK 2742.) Oslo: Statens helsetilsyn, 2001.
10. Sykestuefunksjonen – the missing link? Oslo: Statens helsetilsyn, 2001.
11. Øgar P. Når det antatt beste blir det godes fiende. Tanker om spesialiseringens skyggesider. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 1094–6.
12. Opplysningstelefon for de tre nordligste fylker. Liv og Helse 2001; nr. 2.
13. Kapasitetsreserver i norske sykehus? Rapport STF78 A015011. Trondheim: SINTEF Unimed, 2001.
14. Regional helseplan, Helseregion Vest 2001–2004, pkt. 3.3.2 s. 9. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2001.
15. Eiring Ø, Vollebæk L-E. Behandling på sviktende grunnlag. Dagens Medisin 10.5.2001.
16. Elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren. Si@. Statlig tiltaksplan 2001–2003. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2001.
17. Mer helse for hver bIT. Informasjonsteknologi for en bedre helsetjeneste. Handlingsplan 1997–2000. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1997.
18. Motmelding til høringsnotat fra Sosial- og helsedepartementet om «statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten og forslag til lov om helseforetak mm. 1. utgave, 14. februar 2001. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2001.

○