

Etter to år kan vi forvente å se effektene av «århundrets reform» i spesialisthelsetjenesten. Det gjør vi også – men andre enn dem vi håpet på

## To foretaksomme år

Reformen i spesialisthelsetjenesten ble utredet og iverksatt i rekordfart. Ikke bare ble organiseringen av tjenestene endret. Det samme ble terminologi og begrunnelser – ja, ved starten for to år siden var endringen av ordvalg og språkbruk det mest slående (1). Sykehus var blitt til foretak, sjefer skulle hete direktører, «profesjonelle» styrer skulle stå for ledelsen. Modeller og tankegang var hentet fra økonomi, næringsliv og byråkrati. Enkelte hadde vært kritiske til reformen, men stemningen var likevel preget av optimisme. De aller fleste var enige om at noe måtte gjøres med ledelse og drift av sykehusene. Spesialisthelsetjenesten virket ineffektiv og ute av stand til å møte morgendagens utfordringer, og det var mye å utsette på måten fylkeskommunene fungerte som eiere. Selv om mange var skeptiske til fremgangsmåte og språkbruk, håpet man likevel på at reformen skulle gi den nødvendige spore til endring.

Etter to år er to forhold særlig slående. For det første har den økonomiske og byråkratiske språkbruken og tankegangen som hadde rukket å gjennomsyre direktørkontorene og styrerommene ved inngangen til 2002, nå sivet helt ned på det enkelte legekantor og ut til sykesengen. For det andre registreres fraværet av en bred, offentlig debatt om hvordan dette påvirker pasientbehandlingen. Det er liten tvil om at helsepersonell som befinner seg nær pasientene er frustrerte over mye av det som skjer. Enkelte har gitt uttrykk for hva som blir galt med regnestykkene og tankegangen, bl.a. på kommentar- eller lederplass i Tidsskriftet. Baard-Christian Schem har f.eks. forsøkt å belyse det problematiske i å få sykehusene til å konkurrere og samarbeide på samme tid (2), Torgeir Bruun Wyller har sett kritisk på analysene som ligger til grunn for beregningen av behovet for sengeplasser på sykehusene (3) og Dag Bratlid har vist begrensningene i bruk av begreper som ventelister og ventetid (4). For øvrig kommer frustrasjonen vesentlig til uttrykk gjennom oppgitte kommentarer når kolleger møtes eller ved enkeltstående debattinnlegg i aviser og i Tidsskriftet (5, 6). Virkningen av at det benyttes en ny språkføring, er at mange ikke lenger synes de blir forstått.

Alt er ikke negativt ved reformen. Det er positivt å få revurdert så komplekse institusjoner som sykehusene er. Problemet er at styring av budsjettene ser ut til å ha blitt et mål i seg selv istedenfor styring av tilbudet til pasientene. Alle forstår at man må prioritere og at ikke alt kan gjøres for alle. Men det går an å prioritere etter behov og ikke etter inntekter og utgifter. Man kan snu problemstillingene. Det går an å spørre: Hva er det beste og riktigste tilbudet for pasientene på kort og på lang sikt? Deretter kunne man sette økonomer, logistikkekspert og administratorer i gang med å finne ut hvordan mest mulig av dette kunne presses inn i de rammene man har, og hvordan penger kunne fordeles på en måte som ansporet til god og riktig behandling – på lang sikt. I dag gjøres det omvendt. Økonomene har bestemt seg for at helsepersonell lar seg stimulere av at de får inntekter av det de gjør. De har laget et system som i hovedsak fordeler pengene etter diagnoser og prosedyrer – DRG-systemet. Når dette ikke stemmer med pasientenes behov, er det opp til

fagfolkene å tilpasse virksomheten til den virkeligheten som befinner seg inne i økonomenes hoder.

Det er noe grunnleggende galt med en finansieringsmodell som langt på vei finansierer enkelttiltak, mens utfallet av behandlingen og kvaliteten på tjenestene krever at det finnes et helhetlig tilbud og en behandlingsskjede. Men de negative virkninger går lang utover dette. Systemet skaper åpenbare vridningseffekter. Økonomisk belønning kan drive innsatsen i feil retning slik at det ikke blir et korrigerende, men et forstyrrende element i beslutningene. Når effekten blir en annen enn økonomene har tenkt – for eksempel at sykehusene gjennomfører flere lønnsomme utredninger eller operasjoner enn forutsatt – øker presset på det samlede helsebudsjett. Da kommer korreksjoner i satser som øker uforutsigbarheten både for foretakene og for pasientene – og selvsagt for personalet. «Tilpasset» kodepraksis er et forutsigbart biprodukt av det nye systemet (7). Når man skal forholde seg opportunistisk til hva diagnoser gir av utbytte, endres også rapporteringen, og diagnosespiralen ødelegger troverdigheten til helseregistrene. En økonomisk tankegang som skulle gi rasjonaliseringsgevinster, undergraver dermed påliteligheten og rasjonaliteten på andre sentrale felter av helsevesenet.

Vel så skummelt er det at mange av de mest trofaste nær pasientene føler seg fanget i et system de i liten grad kan påvirke, men som gjør dem oppgitte og avmektige. Når dedikerte klinikere og forskere – som i utgangspunktet er sterke forkjempere for offentlig finansiert helsetjeneste og forskning – ikke ser noen annen utvei enn å satse på privat kapital eller å gå helt ut av det offentlige, burde det blinke kraftig i noen varsellamper (8, 9). Et solidarisk, offentlig helsevesen med like rettigheter for alle er et gode vi bør være forsiktig med å skusle bort. Paradokset er at en reform som skulle gi en bedre og mer rettferdig fordeling av spesialisthelsetjenestene (10), ser ut til å berede grunnen for en langt mer utstrakt privatisering.

**Charlotte Haug**  
redaktør

### Litteratur

1. Haug C. Innlagt i foretak. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 13.
2. Schem BC. Samarbeidende konkurrenter? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 773.
3. Wyller TB. Sengebehov og tallakrobatikk. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2591.
4. Bratlid D. Ventelistesituasjonen ved et regionsykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3241–4.
5. Vandvik IH. Oppsplitting og rasering. Aftenposten (morgenutgave) 15.12.2003.
6. Edwin E. Sykehushotell på skjært spor? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2766.
7. Haug C. Diagnoserelaterte gråsoner. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1173.
8. Sunde SS. Sykehushotell fra McDonald's er byggeklart. Aftenposten (morgenutgave) 24.11.2003.
9. Haug C. Farlige forbindelser. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 891.
10. Høybråten D. Jeg er ansvarlig for sykehusene. Aftenposten (morgenutgave) 6.12.2001.