



DET KONGELIGE
SOSIAL- OG HELSEDEPARTEMENT

St.meld. nr. 26

(1999-2000)

Om verdier for den norske helsetenesta

*Tilråding frå Sosial- og helsedepartementet av 22. desember
1999, godkjend i statsråd same dagen.*

Særskilde vedlegg: NOU 1997: 18, NOU 1998: 21, NOU 1999: 2

1 Grunnlaget for meldinga

1.1 Kvifor ei melding om verdier for den norske helsetenesta?

Regjeringa vil føre ein politikk der det er lagt vekt på eit solidarisk og humant samfunn med menneske som syner medkjensle med kvarandre og har omsorg for dei svakaste. Prinsippet om at kvar einskild person har ein ukrenkjeleg verdi skal leggjast til grunn for arbeidet.

Oppnemninga av ein breitt samansett verdikommisjon er eit av tiltaka frå Regjeringa for å skape debatt om korleis ein kan auke den verdimesseige og samfunnsetiske mobiliseringa. Ein overordna verdidebatt, føreset at verdispørsmål jamleg blir drøfta innanfor ulike samfunnssektorar, organisasjonar og einskildverksemdar, og i breie lag av folket.

Denne stortingsmeldinga drøftar sentrale verdispørsmål knytt til planlegging, utbygging og drift av den norske helsetenesta i tida framover. Målet er å gå gjennom sentrale verdier som har vore lagt til grunn for utvikling av helsetenesta fram mot hundreårsskiftet. Det er desse verdiane Regjeringa også meiner må leggjast til grunn for utviklinga i tida som kjem.

Regjeringa har i reformpolitikken for helsetenesta lagt vekt på desse hovudelementa:

- Ei opptrapping av ressursinnsatsen innanfor sjukehusa gjennom planen for utstyrsinvesteringar og ei auka vekt på innsatsstyrt finansiering.
- Målretta innsats på personelltiltak for å sikre utdanningskapasitet, rekruttering og fordeling av helsepersonell.
- Eit omfattande utviklingsarbeid for betre arbeidsdeling og organisering på ulike nivå i helsetenesta.
- Ei omlegging av primærlegetenesta med sikte på betre pasient-legekontakt og betre bruk av ressursane.
- Forpliktande opptrappingsplanar for ressursinnsatsen på dei forsømde områda psykiatri og kreftomsorg.
- Ei gjennomgripande fornying av dei sentrale delane av helselovgjevinga.
- Ei styrkja satsing på helsefremjande og sjukdomsførebyggjande arbeid.

På desse områda står vi no midt oppe i eit krevjande oppfølgings- og gjennomføringsarbeid som vil krevje store ressursar i åra framover. Utfordringane i primærhelsetenesta er særleg knytte til gjennomføringa av fastlegereformen. I spesialisthelsetenesta vil gjennomføringa av fritt sjukehusval og evaluering og oppfølging av sjukehusfinansieringa stå sentralt. Departementet vurderer no sjukehusøkonomien på eit breitt grunnlag i samarbeid med Kommunenes Sentralforbund og sjukehuseigarane. Resultata av denne gjennomgangen vil bli lagde fram for Stortinget i vårsesjonen 2000.

I ei tid med stor vekt på reformar knytte til økonomi, utstyr, personell, organisering og lovgjeving, er det viktig at ein ikkje mistar av syne kva som er det eigentlege målet med og innhaldet i helsetenesta. Difor har Regjeringa vald å leggje fram ei eiga melding som tek opp spørsmål knytte til verdiane i helsetenesta.

Regjeringa ønskjer med meldinga å styrkje den norske helsetenesta som ei omfattande og solidarisk velferdsordning. Innhaldet i denne meldinga må sjåast i samheng med innhaldet i stortingsmeldinga om holdningar og kvalitet i dei kommunale omsorgstenestene som blir lagt fram tidleg i 2000. Det er også eit mål med meldinga å stimulere til auka debatt om dette verdigrunnlaget i helsetenesta og elles i samfunnet.

Pasientar, pårørande og fagfolk i helsetenesta, folkevalde og forvaltarar står dagleg i valsituasjonar der løysinga ikkje er opplagt. Rekkja av døme på dette er lang. Ved kritisk sjukdom kan pasienten stå framfor valet mellom ei behandling med uviss verknad og mange biverknader, eller å satse på smertelindring. Foreldre kan på vegner av barnet kome til å måtte velje mellom ulike behandlingsformer der ingen eigentleg peikar seg ut som den beste. Pårørande til døde etter trafikkulykker får midt i sorga spørsmål om dei har noko i mot at organ frå den døde blir brukt til transplantasjonar. Fagfolk må dagleg vurdere kva som er rett mengd informasjon å gje om eit lækjemiddel; for mykje vekt på informasjon om usannsynlege biverknader kan gje pasienten urimeleg frykt for ei elles effektiv behandling. Folkevalde og forvaltarar må støtt velje mellom alternativ bruk av tilgjengelege ressursar til utvikling av ulike tenestetiltak. Det er vanskeleg å seie kva som er rett bruk av «den siste millionen» når valet står mellom fleire tilsette på barnepsykiatrisk poliklinikk eller oppretting av smerteteam ved kreftavdelinga.

Spørsmåla har ikkje alltid klare eller eintydige svar. Helsetenesta er for tida den store arenaen for dei ekte dilemma; valsituasjonar der alle aktuelle løysingar har ulemper ved seg. Vegen ut av dette blir ikkje skapt berre ved sentral styring.

Det sentrale i helsetenesta er møtet mellom pasient og behandlar. Dette møtet må byggje på respekt og nestekjærleik. Dei tilgjengelege ressursane må nyttast best mogeleg. Det er difor viktig at helsepersonellet gjer bruk av metodar som verkar slik dei er meint å verke. Ønskjene og behova til dei einskilde i forhold til forsvarleg ressursbruk er difor gjennomgåande tema i denne meldinga.

Dei politiske utfordringane ved bruk av eit sett ulike verkemiddel

Det hundreåret som no er slutt, har ført med seg utviklinga av ei helseteneste her i landet som i hovudsak sikrar tilgang til forsvarlege tenester. Helsetenesta er ei av dei sentrale velferdsordningane våre. Difor er det naturleg at den er lagt inn under overordna folkevald styring. Sjølv om den norske helsetenesta jamt over gjev eit forsvarleg tilbod, ser vi at denne tenesta også i vår tid og i vårt land står framfor store utfordringar knytt til fagleg forhold og utvikling, ressurstilgang, system for og innhald i prioriteringane og styring og organisering av tenestene.

Alle aktørane i helsetenesta møter desse utfordringane, men på noko ulike måtar. Utgangspunktet er målet om at befolkninga skal ha likeverdige og god tilgang til viktige helsetenester. Dette føreset geografisk spreining av tenestene. Helsetenesta skal yte tenester med høg kvalitet og effektiv ressursbruk slik at behova til befolkninga blir dekkja. Samstundes skal tenesteytinga leve opp til fordelingspolitiske mål og det verdigrunnlaget som helsetenesta er tufta på. Utfordringane ved inngangen til det nye hundreåret er særleg store

fordi ein satsar på bruk av eit sett av verkemiddel som byggjer på ulike typar styringsmetodar.

På den eine sida ventar ein at aktørar på alle nivå skal leggje vekt på det overordna verdigrunnlaget. Gjennom siste halvdel av 1900-talet har staten utvikla styringsformer som legg til grunn at aktørane i helsetenesta opptre i samsvar med dei overordna måla. Etablering av offentlege monopol, stor grad av offentlig finansiering, stor grad av offentlig drift av tenestene og rettsleg regulering av private tenestemråde har vore kjenneteikn på denne utviklinga. Systemet har lagt vekt på ei fag- og verdibasert styring av helsetenesta.

På den andre sida har det dei seinare åra kome eit supplement til dette fag- og verdibaserte utgangspunktet gjennom utviklinga av fleire instrumentelle verkemiddel. Det vil seie at helsestyremaktene i større grad enn tidlegare har utvikla juridiske og økonomiske rammeføresetnader som skal ha direkte styrande verknader på helsepersonellet og verksemdene i helsetenesta. Ved utforminga av verkemidla har ein lagt vekt på at dei støttar opp om dei overordna helsepolitiske måla.

Det er særleg to forhold som ligg til grunn for desse endringane. Det første er ønsket om å gje pasienten ein sterkare posisjon og påverknadsmakt i helsetenesta. Det andre er ønsket om at verkemidla i større grad enn tidlegare skal stimulere til å hjelpe fleire og til effektiv bruk av dei tilgjengelege ressursane, både innanfor den einskilde verksemda og for heile sektoren.

Døme på slike omleggingar er innføring av fritt val for pasientane mellom sjukehus på same nivå, og den delvise overgangen frå rammefinansiering til innsatsstyrt finansiering frå 1997. Arbeidet med å leggje til rette for at sjukehusa skal kunne gjere bruk av meir fristilte tilknytingsformer, og også reglane i spesialisthelsetenesteloven som opnar for at fylkeskommunane skal kunne kjøpe tenester frå andre, støttar opp om denne pasient- og incitamentorienterte tenkinga.

Primærhelsetenesta har hatt eit anna utgangspunkt og ei anna utvikling enn spesialisthelsetenesta. Men ikkje minst når fastlegeordninga blir innført, vil også denne delen av helsetenesta bli stilt overfor forventningane om at aktørane både skal ta omsyn til dei faglege måla og verdigrunnlaget samstundes som dei vil vere styrt gjennom ei rekkje juridiske og økonomiske rammeføresetnader.

Regjeringa meiner at endringane i verkemiddelbruk og organisering er nødvendige for å kunne realisere dei helsepolitiske måla under så dynamiske og krevjande føresetnader som no er gjeldande. Sterkare brukarorientering, omfattande og snøgge endringar i medisinske metodar, ei meir internasjonalt prega helseteneste, skjerpa krav til effektiv bruk av ressursane og mindre klare grenser mellom den offentlege og den private tenesteytinga gjer at det ikkje er mogeleg berre å halde fram med same bruk av verkemiddel som før.

Regjeringa vil understreke at desse endringane ikkje medfører at det blir etablert eit eigentleg marknadssystem i den norske helsetenesta. Måla i helsepolitikken kan ikkje bli realiserte utan eit sterkt direkte offentlig styringsengasjement. Dette kjem til dømes til uttrykk i den sterke satsinga på utviklinga av det regionale helsesamarbeidet, den nye fastlegeordninga, fordelingsordninga for legestillingar og den nasjonale styringa av større sjukehusutbyggingar.

Verknadene av nye verkemiddel må systematisk vurderast opp mot dei verdiane vil vil skal prege tenesta.

Aktiv oppfølging av dei nye verkemidla

For å sikre at verkemidla medverkar til utviklinga av ei meir pasientorientert og effektiv helseteneste, vil Regjeringa leggje vekt på ei aktiv oppfølging av desse mellom anna gjennom omfattande evalueringar. Samstundes er det vesentleg at ein har realistiske oppfatningar av dei spenningane og utfordringane som den nye verkemiddelbruken skapar. Særleg må ein vere merksam på signal som måtte tyde på at heilskapsperspektivet sviktar i forhold til den einskilde pasienten sine behov og dei prioriteringsprinsippa som skal leggjast til grunn for tenesteytinga.

Slike spenningar kan oppstå på ulike måtar:

- Dei ulike behova som helsetenesta skal dekke er i ulik grad understøtta av instrumentelle verkemiddel som nemnd ovanfor. Viktige tenesteområde, som psykiatri og store delar av geriatri, er ikkje omfatta av ordninga med innsatsstyrt finansiering.
- I pressa økonomiske situasjonar er det fare for at desse områda kan bli nedprioriterte. Ved finansiering knytt til einskildtiltak, kan det hende at noko av heilskapsperspektivet i forhold til den einskilde pasienten og heile tenesteytinga går tapt.
- Dei ulike verksemdene ber i dag større økonomisk risiko enn tidlegare. Dette kan føre til prioritering av eigen vekst og økonomiske berekraft utan å ta omsyn til behovet for eit breitt samarbeidsgrunnlag for helsetenesta.
- Det kan også tenkjast spenningar mellom pasientane sitt høve til fritt sjukehusval og dei politiske vedtaka som blir fatta om fordeling av sjukehus-tenester.
- Ei anna utfordring i forhold til det frie sjukehusvalet ligg i å sikre at sjukehusa ikkje får slike endringar i tilgangen på pasientar at det hindrar gjennomføring av utdannings- og forskingsoppgåvene.

Ein samla strategi for styringa av helsetenesta

Regjeringa legg til grunn at seks forhold bør stå sentralt i ein samla strategi for å understøtte intensjonane ved bruken av dei nye verkemidla, samstundes som ein motverkar negative utslag.

- Den nasjonale helsepolitiske debatten bør heile tida ha søkelyset på grunnleggjande verdispørsmål, slik at alle aktørar til ei kvar tid er klår over fundamenta for helsepolitikken. Denne meldinga er eit verkemiddel i dette arbeidet.
- Kunnskapen om effektane av dei ulike verkemidla må aukast. Systematiske evalueringar spelar ei sentral rolle i dette arbeidet.
- Kartlegging av verknadene i forhold til mål og grunnleggjande verdier må vere ein del av det samla tilsyns- og tenesteovervakingssystemet. Denne dimensjonen må inngå i den samla verksemda til Statens helsetilsyn og fylkeslegane.
- Ansvar for tenesteytinga som ligg på kommunane og fylkeskommunane omfattar både juridiske plikter overfor einskildpasientar og eit politisk ansvar for å sikre at spennvidda i dei helsepolitiske måla blir realiserte. For å ivareta dette ansvaret må det etablerast styrings- og oppfølgingssystem som omfattar føremål og omsyn som er veikast understøtta av juri-

- diske og økonomiske verkemiddel. Det regionale helsesamarbeidet står sentralt her.
- Dei ulike fagmiljøa må vere aktive og bevisste i forhold den faglege utviklinga. Dei verdiane som ligg til grunn for fagleg verksemd må vere synlege. Dei ulike faggruppene må melde tilbake røynslene sine om effektane av ulike verkemiddel i forhold til verdigrunlaget og måla for helsepolitikken. Dette gjeld både dei faglege organisasjonane og fagmiljøa i dei ulike verksemdene. På ulike stader i denne meldinga kjem ein inn på problem og dilemma der slike tilbakemeldingar er heilt nødvendige for å sikre ei god utvikling av helsepolitikken.
 - Leiinga ved dei ulike verksemdene har ei sentral rolle i utviklinga og tilpassinga av verdigrunlaget på den einskilde tenestestaden. Departementet vil samarbeide med andre aktørar med sikte på at diskusjonen om verdispørsmål får ein meir sentral plass i strategiutviklinga i verksemdene. Ikkje minst må ein sikre at pasientane sine ønskje og behov blir teke med som styringsgrunnlag. Dette er nødvendig for å sikre at dei intensjonane som ligg til grunn for bruken av verkemiddel blir realiserte og for å unngå uheldige utslag av verkemiddelbruken.

Frå Regjeringa si side er denne meldinga ein invitasjon til drøfting og klargjering av verdigrunlaget for den nasjonale helsepolitikken. Behandlinga av denne meldinga vil dessutan kunne gje viktige impulsar og premisser for det engasjementet som andre aktørar også bør vise. Ikkje minst gjeld det dei som har politisk og fagleg ansvar for utforming av dei konkrete tenestetilboda.

1.2 Mennesket må bli møtt og sett

Mange menneske kjenner seg makteslause i møtet med helsetenesta. Ikkje sjeldan kan ein høyre om personar som har møtt helsetenesta på ein miskunnslaus og hard måte. Slike forteljingar minner oss om at verdigrunlaget for helsetenesta står si prøve i møtet mellom den einskilde pasienten og helsearbeidaren. Mange pasientar opplever også at helsetenesta manglar ein overordna ideologi som kan danne grunnlag for ein kritisk analyse av tenestetilbodet.

Møtet mellom pasienten og tenesteytaren er sjølv testet på om helsetenesta er menneskeleg og etisk forsvarleg. Det er heller ikkje mogeleg å seie at helsetenesta er fagleg forsvarleg utan at det medmenneskelege grunnlaget er sikra. Dette møtet skal vere det sentrale i helsetenesta. I den norske helsetenesta er det tusenvis slike møte kvar dag. Det er difor viktig å sikre ein bruk av verkemiddel som gjer at den einskilde pasienten blir møtt og «sett» av helsetenesta ut frå eit heilskapleg syn på mennesket.

Eit heilskapleg syn på menneske føreset at alle tenesteytarar ser tenestene sine som ein del av det totale tenestetilbodet til den einskilde pasienten. Dette er grunnlaget for utviklinga av individuelle planar og satsinga på ei meir pasientforkusert tenesteyting. Dette er meir enn ein verdi ved helsetenesteytinga; det er ein føresetnad for at det i det heile skal vere fornuftig å drøfte verdiane for tenesteytinga. Eit heilskapleg syn på tenestetilbodet til den einskilde pasienten må stå sentralt i alt kvalitetsarbeid i helsetenesta.

Medverknad frå brukarane

Alle som yter helsetenester må difor sikre at dei har ordningar som gjer at ønskje og synspunkt frå brukarane, pasientane og dei pårørande, blir tekne med ikkje berre ved tenesteytinga i det einskilde tilfellet, men også ved planlegging og utvikling av tenestetilbodet.

Det er enno mykje å gjere for å utvikle slike ordningar. Dette er eit sentralt element i den forvaltningspolitikken Regjeringa fører i ulike samfunnssektorar. Det er også ei viktig brikke i Regjeringa si handlingsplan for menneskerettar. Det er vesentleg å sikre eit klima i samhandlinga mellom brukar og tenesteytar som er slik at det er naturleg, og ikkje blir opplevd som farleg å kome med eigne synspunkt på korleis tenesta bør gjevast.

Medverknad frå helsearbeidarane

Dei ulike yrkesgruppene innanfor helsesektoren forvaltar sjølv rike tradisjonar bygd på røynsler frå fleire hundreår om etisk og fagleg forsvarleg arbeid. Regjeringa ønskjer med denne meldinga å gje støtte til at det tradisjonsrike etiske og faglege utviklingsarbeidet som yrkesgruppene sjølv driv, må få utvikle seg også inn i det nye hundreåret.

Mykje tyder på at grensene mellom kva som tradisjonelt har vore ansvar og oppgaver for folkevalde, forvaltarar, fagfolk og folk flest i forhold til helsetenesta er i ferd med å flytte på seg. Forhold som før utelukkande blei sett på som reint faglege, er i dag tema både i stortingsdebattar, i massemedia, og ikkje minst noko som den einskilde pasienten med rette krev å få seie sitt om. Dette tilseier at rollene til dei ulike aktørane er i ferd med å få eit nytt innhald. Rollene til ulike grupper helsepersonell må formast på nytt. Dette kan ikkje gjerast utan medverknad frå yrkesutøvarane sjølv. Sjølv om mange yrkesutøvarar i helsetenesta tykkjer at dei har mista høve til å påverke eigen situasjon, er det nett no viktig å mobilisere til aktiv deltaking ved utforminga av helsetenesta for framtida.

Dei organiserte fellesskapa for dei ulike faggruppene, fagforeiningane, har viktige oppgaver med å kanalisere faglege og etiske røynsler, synspunkt og haldningar på vegne av yrkesutøvarane. Til dels formidlar desse også røynsler på vegne av pasientane, men avveginga av dette i forhold til eigne partsinteresser i den offentlege debatten kan stundom vere uklår. Foreiningane deltek i den offentlege debatten, forhandlar på vegne av medlemmene og medverkar i ulike vedtaksprosessar i forhold til helsetenesta. Sjølv om det kan vere rett at gode vilkår for helsepersonellet også verkar til beste for pasientane, må ein vere open for at det gjerne vil vere ei spenning mellom desse to partane. Likevel er det departementets røynsle at mange av dei omstillingane som har skjedd i helsetenesta nett har skjedd ved aktiv deltaking frå fagforeiningane. Dette samspelet må finne sin plass også i framtida.

Tillitsfull dialog som utviklingsgrunnlag

Det er ikkje berre politiske og etiske diskusjonar på overordna nivå som skal leggjast til grunn ved vanskelege vegval i helsetenesta. Minst like viktig er den jamne drøftinga på kvar einskild arbeidsplass og dei individuelle dialogane mellom pasient og helsearbeidar. Desse er nødvendige for å sikre at helsete-

nesta er fagleg forsvarleg. Utan eit utgangspunkt i det verkelege livet, er det heller ikkje mogeleg med ein etisk forsvarleg debatt.

Ein fundamental tillit mellom folket, dei styrande organa og utøvande hel-sepersonell må til dersom vi skal kunne ta vare på den norske helsetenesta som ein omfattande og solidarisk samfunnsinstitusjon. Denne tilliten er nød-vendig dersom folk skal oppleve at den norske helsetenesta kan gje dei eit for-svarleg og dekkjande tenestetilbod også i framtida. Grunnlaget for tilliten blir skapt gjennom avklaring av forventningar og oppfyllinga av desse. Prioriterin-gar, og formidling og gjennomføring av prioriterte tiltak står sentralt.

Tilhøve utanfor det som tradisjonelt tilhøyrrer arbeidsoppgåvene for helse-tenesta påverkar i stor grad folkehelsa og utbreiinga av sjukdom, skadar og funksjonshemjingar i eit samfunn. Regjeringa har i stortingsmelding nr. 50 (1998-99) om fordeling av inntekt og levekår i Noreg (Utjanningsmeldinga) gått grundig inn i nokre samanhengar mellom levekår og helse. Stortinget fekk også ei orientering om korleis Regjeringa arbeider med oppgåver innan-for helsefremjande og sjukdomsførebyggjande arbeid gjennom helseministe-ren si utgreiing om folkehelsa den 10. mai 1999.

I St. meld. nr. 21 (1998-99) Ansvar og meistring blir det påvist at verkna-dene av omfattande og kostnadskevjangende tiltak blir mindre enn venta fordi dei ikkje blir følgde opp av andre ledd innanfor eller utanom helsetenesta.

Med helsefremjande og sjukdomsførebyggjande arbeid følgjer særlege etiske og verdimessige utfordringar og spørsmål. Dette arbeidet er i stor grad retta mot grupper av menneske som sjølv ikkje direkte har bede om slike til-tak. Slik innsats kan likevel ofte forsvarast for å oppnå betre folkehelse. Det helsefremjande arbeidet blir i stor grad påverka av forhold utanfor helsete-nesta. Regjeringa vil kome attende med ein nærare analyse av og nye strate-giar for dette arbeidet gjennom ei eiga melding til Stortinget i 2001.

2 Samandrag

Dette kapitlet gjev eit kort oversyn over innhaldet i meldinga. Ved slutten av kvart av dei etterfølgjande kapitla er det gjeve eit oversyn over sentrale vurderingar og tiltak som skal følgjast opp.

Kapittel 1 presenterer grunnlaget for meldinga. Dei prinsipielle politiske utfordringane knytt til verkemiddelbruken i helsepolitikken blir omtala saman med ein samla strategi for den statlege styringa av helsetenesta. Eit hovudpoeng er å sikre at den norske helsetenesta blir organisert slik at det einskilde mennesket, som pasientar og pårørande, blir sett og møtt med grunnlag i deira eigne føresetnader av tenesteytarane.

Kapittel 3 handlar om helsepolitikken som ein del av velferdssamfunnet. Viktige drag ved utviklinga gjennom det siste hundreåret blir presentert, saman med nokre sentrale utfordringar for tida som kjem. Lovnadene frå velferdssamfunnet blir drøfta ut frå gjeldande norsk lovgjeving. Sentralt står lovnaden om allmenn og likeverdig tilgang til helsetenester.

Kapittel 4 handlar om verdigrunnlaget for helsetenesta og visse tiltak som kan sikre dette ytterlegare i tida som kjem. Det blir lagt avgjerande vekt på menneskeverdet som ein ukrenkjeleg eigenskap, saman med kravet om at tenesteytinga skal vere prega av nestekjærleik og ansvarleg ressursforvaltning. Sentralt står sikringa av tryggleiken for dei som til ei kvar tid er mest sårbare eller har det vanskelegast, likeså vel som kravet til helsetenesta om å sikre medverknad frå kvar einskild pasient og pårørande.

Kapittel 5 handlar om grunnleggjande synspunkt på medisinsk bruk av bioteknologi. Dette vil bli nærare drøfta i ei eiga melding med evaluering av røynslene med bioteknologiloven som kjem tidleg i 2000.

Kapittel 6 tek opp sentrale element i folkehelsearbeidet, m.a. prinsipp for det vidare arbeidet. Framhald av lokalsamfunnstilnærminga, og tilrettelegging av dei statlege ordningane for å støtte opp om dette står sentralt her. Ei nærare drøfting av dette vil kome i ei stortingsmelding om folkehelsearbeidet i 2001.

Kapittel 7 handlar om livshjelp. Utgangspunktet er å sikre menneskeverdet mot slutten av livet, og når helsetenesta ikkje har eigentlege behandlingstiltak å stille opp med. I kapitlet går ein gjennom dei ulike framlegga frå NOU 1999: 2 Livshjelp. Viktig her er styrking av det faglege innhaldet i tilboda, m.a. gjennom utvikling av dei ulike utdanningsordningane. Prinsippet om at også livshjelp skal vere ein del av tilbodet frå den vanlege helsetenesta på alle nivå blir lagt til grunn.

Kapittel 8 handlar om prioritering i den norske helsetenesta. Dei sentrale framlegga frå NOU 1997: 18 Prioritering på ny blir drøfta og i hovudsak følgde opp. Til grunn ligg prinsippet om at prioritering er eit lineansvar som skal byggje på faglege vurderingar av alvorsgrad, klinisk nytte av det aktuelle tiltaket og kostnadseffektivitet. Fastlegen og nødmeldetenenesta sine oppgåver som portopnarar blir drøfta, likeins ordningar for å styrkje samarbeidet mellom første- og andrelinetenesta. For å sikre eit føreseieleg grunnlag for prioriteringane, støttar ein framlegga frå NOU 1997: 18 om å gjere seg nytte av faggrup-

per innan prioriterte område og om å opprette eit nasjonalt rådgjevingsorgan i prioriteringsspørsmål.

Kapittel 9 handlar om kunnskapsgrunnet for helsetenesta. Aldri før har ein hatt så mykje kunnskap å forhalde seg til. Dette stiller skjerpa krav til korleis ein forvaltar denne kunnskapen. Prinsipp for det vidare arbeidet med faglege spørsmål i helsetenesta blir tekne fram. Sentralt står utfordringane som ligg på dei ulike faggruppene til sjølv å medverke ved utviklinga av eit tydeleg grunnlag for fagleg forsvarleg arbeid.

Kapittel 10 handlar om helsetenesta og forholdet til alternativ medisin, og korleis ein vil følgje opp NOU 1998: 21 Alternativ medisin. Sentralt står behovet for meir kunnskap og eit endra rammeverk for dette arbeidet.

Kapittel 11 tek opp visse særlege moment knytt til den vidare utviklinga av helsetenesta som er av ein slik art at dei fortener særleg merksemd. Dette gjeld ikkje minst kjønns- og aldersperspektivet på helsetenesta, og dei særlege behova som menneske med funksjonshemjingar har i møte med helsetenesta. Avsnittet om kjønnsperspektivet er byrjinga på oppfølginga av NOU 1999: 13 Kvinners helse i Norge. Sentralt i dette arbeidet står sikringa av likestilling og likeverd mellom kjønna som norm også i helsetenesta.

Visse sider ved kvalitetsarbeidet blir også drøfta, saman med det behovet pasientane har for kjennskap til kvalitet i helsetenesta. Forhold knytt til tilsynsordningane, beredskapsarbeid og internasjonalt arbeid blir også teke opp. Dette blir gjort for å synleggjere at også desse sidene ved den norske helsetenesta skal byggje på same menneskeverd og verdigrunnlag som helsetenesta elles.

Kapittel 12 drøftar administrative og økonomiske konsekvensar av framlegga i utgreininga. Det er i liten grad behov for ytterlegare ressurstilførsle for å følgje opp tiltaka i denne meldinga. Det vil derimot bli nødvendig med visse omdisponeringar og omorganiseringa m.a. for å sikre eit heilskapleg prioriteringssystem. Innanfor livshjelp kan det vere nødvendig med ressurstilførsle. Dette vil bli teke opp gjennom det vanlege budsjettarbeidet.

3 Helsepolitikken i velferdssamfunnet

Dette kapitlet handlar om utviklinga i helsetilstanden, helsetenesta og helsepolitikken fram mot hundreårsskiftet. Dei grunnleggjande prinsippa for den norske helsepolitikken i dag og i tida som kjem, blir omtala saman med nokre sentrale utfordringar som ligg føre oss.

3.1 Utfordringar for helsetenesta gjennom dei siste hundre åra

Frå fattigdomssjukdommar ...

Utviklingslina i helsepolitikken på 1900-talet kan speglast gjennom å sjå på utviklinga i sjukdoms- og dødsårsaksmønsteret. Ved inngangen til hundreåret var det infeksjonssjukdommane som dominerte. Dette førte til merksemd på sjukdomsførebyggjande innsats både innanfor og utanfor helsetenesta. Forholdet mellom levekår og helse stod sentralt og la grunnen for ei sosialmedisinsk tenking som fekk gjennomslag i mellomkrigstida.

Tuberkulose var den viktigaste smittsame sjukdommen i Noreg på 1920-talet. Den sto for heile 19 prosent av alle dødsfall på grunn av sjukdom i 1925 og var den vanlegaste dødsårsaken. Rapportane som fylkeslegane skreiv, fortel om mangel på sanatorieplassar og om tæringssjuka som bringer smitten vidare til andre fordi dei går i arbeid i staden for å vere i sjukehus. Effektiv behandling for tuberkulose kom først i 1950-åra, men reduksjonen i nye tilfelle hadde byrja tidlegare. Denne reduksjonen kom truleg på grunn av betre levekår og betre hygieniske tilhøve.

Smittsame sjukdommar opptrer ofte på ein temmeleg uføreseieleg måte. Utan tvil er det likevel slik at allmenn betring av levekåra og spesifikk bruk av vaksinasjon der ein har tilgang til dette, er med på å halde nede sjukdomstala. Det kan såleis vere grunn til å minnst at det framleis i dag lever ei rekkje menneske her i landet som slit med seinfølgjer av poliomyelitt som dei fekk i 1950-åra. I dag er denne sjukdommen fråverande hjå oss, ikkje minst på grunn av omfattande og systematisk vaksinasjon. Likevel er samfunnet alltid truga av at infeksjonssjukdommar kan bryte ut. Arbeidet med ein handlingsplan mot HIV/AIDS og ein beredskapsplan for verdsomspennande epidemiar er døme på det arbeidet som blir gjort for å bu seg på slike hendingar. Regjeringa sin handlingsplan mot antibiotikaresistens byggjer også på ønskje om å vere i stand til å behandle dei som får infeksjonssjukdommar på ein fagleg forsvarleg og effektiv måte.

... til velstands- og samfunnssjukdommar

Etter den andre verdskrigen blei merksemda retta inn mot alvorlege somatiske sjukdommar med store dødstal. Infeksjonssjukdommane hadde då kome noko i bakgrunnen, medan hjarte-karsjukdommar og kreft tok over. Frå 1950 til 1990 har frekvensen av kreftsjukdommar dobla seg her i landet.

Samstundes med denne utviklinga i sjukdomsmønsteret, fekk ein auka merksemd mot nye behandlingsmetodar. Sjukehustenesta blei monaleg

styrkt. Utbygginga av sjukehusa har vore forankra i fylkeskommunane. Aukande krav til faglege resultat og god ressursutnytting har gjort at det regionale samarbeidet mellom ulike fylkeskommunar først har skote fart dei seinare åra, sjølv om det forvaltningsmessige grunnlaget blei lagt alt midt på 1970-talet.

Når det gjeld hjarte-karsjukdommar har vi hatt fallande tal her i landet sidan 1970-åra. For å sikre denne tendensen, er det viktig med førebyggjande arbeid, ikkje minst retta inn mot redusert tobakksbruk og auka fysisk aktivitet samt betre kosthald. Innsats på desse områda vil også påverke kreftsjukdomstala i gunstigare retning.

Dei siste tiåra av dette hundreåret har psykiske sjukdommar og sjukdommar i muskel-skjelettsystemet kome meir fram, ikkje minst på grunn av det store omfanget desse har og den reduksjonen i livskvalitet over lang tid som desse fører til. Likeins har allergiske sjukdommar vore aukande.

Sjukehussystemet har ikkje makta å gjere særleg mykje med desse lidingane. Ein har difor søkt nye løysingar. Typisk for løysingsstrategiane ved utgangen av hundreåret er vektlegging av brukarmedverknad, tverrfagleg innsats og tiltak forankra i den kommunale helsetenesta. Samarbeid med andre sektorar, særleg offentlege tenesteytarar, og friviljuge organisasjonar, står sentralt for helsetenesta.

Viktige trekk ved helsetilstanden i dag

Utviklinga i helsetilstanden til folket blir vanlegvis vurdert ut frå dødsårsaksstatistikken. Frå midten av 1800-talet har ein også hatt tilgang til data av varierende kvalitet om førekomst av ulike sjukdomstypar. Dei siste 30 åra har det blitt gjennomført intervjuundersøkingar om helseforhold der ein også har teke omsyn til personlege røynsler når det gjeld følgjer av sjukdom og skade. For dette tidsrommet har vi også tilgang til data om årsaker til uførepensjonering.

Helseundersøkingane som er gjennomførte dei seinare tiåra syner at nær halvparten av folket meinte at dei hadde ein eller annan sjukdom på den fastsette registreringsdagen som var ein gong på hausten. Dei fleste av desse sa at dei hadde langvarige plager som til dømes hjarte-karsjukdom eller muskel-skjelettsjukdom. Det er grunn til å tru at eigenopplevinga av sjukdom er styrande for etterspurnaden av helsetenester.

Ved inngangen til 1900-talet var folketalet i landet om lag 2, 2 millionar menneske. Talet blei dobla frå 1830 til 1900. Det er vidare dobla fram mot dette hundreårsskiftet. I 1900 var ein seksdel av alle som døydde under eitt år gamle. Heile ni prosent av fødselskullet døydde i første leveår. No døyr berre 0,4 prosent i løpet av første leveår. Dette er mellom dei lågaste tala ein har for spebarnsdød i verda. I byrjinga av dette hundreåret var middellevetida for nyfødde jenter om lag 55 år, mot 81 i dag og for gutar om lag 50 år, mot 75 i dag.

Det er grunn til å merke seg at tilskotet i ekstra leveår som vi har fått gjennom 1900-talet i det vesentlege skuldast reduserte dødstal for barn og unge. Gjennomsnittleg gjenverande levealder for personar over 50 år har auka lite. Skilnaden i levealder mellom kvinner og menn skuldast for ein stor del at menn har høgare dødstal enn kvinner for hjartesjukdommar. Dersom dei som

er unge kvinner i dag held fram med tobakksrøyking i same grad gjennom heile livet, er det grunn til å tru at gjennomsnittleg levealder for kvinner kan falle noko i første del av det hundreåret vi no går inn i.

Skilnader i helsetilstanden

Det er framleis tydelege regionale skilnader i landet når det gjeld helsetilstand, førekomst av sjukdom og forbruk av helsetenester. Noko av dette kan truleg knytast til ulikskapar i levekår og livsstil; noko kan truleg forklarast av ulike mønster for kontakt med helsetenesta. Dette er forhold som vi veit for lite om årsakene til i dag, og som må analyserast nærare i det vidare folkehelsearbeidet.

Dei fleste indikatorar for helse og sjukdom varierer med ulike sosiale forhold, kjønn og etnisk tilhøyring. Skilnadene mellom grupper av menneske vurdert ut frå utdanningsnivå, inntekt, yrkeskategori og geografisk tilknytning er like store her i landet som i fleire andre land i Europa som det er naturleg å samanlikne med. Vurdert ut frå statistikk på gruppenivå, er skilnaden mellom dei gruppene som kjem best og dei som kjem dårlegast ut i alle fall ikkje blitt mindre dei siste tiåra. Skilnaden i forventa levealder mellom ulike bydelar i Oslo er opptil sju år. Det er ei lang rekkje forhold som kan vere med på å forklare slike skilnader. Det er grunn til å merke seg at faktorar som den ein-skilde sjølv har vesentleg kontroll over, slik som helsefremjande åtferd, ikkje ser ut til å ha avgjerande verknad på desse skilnadene.

Det har kome tydelege endringar i aldersprofilen i folket i dette hundreåret. Folkepyramiden for 1911 teiknar biletet av ein reinskoren egyptisk pyramide, med mange svært unge og få i dei høgare aldersgruppene. Pyramiden for 1998 syner langt fleire i middelaldersgruppene, medan den vi kan rekne med for 2020 mest er tønneforma. Dette gjev oss eit grunnlag for å vurdere kva vi kan vente av utfordringar for helsetenesta i åra som kjem. Førekomst av sjukdom, ikkje minst kroniske plager, aukar sterkt med aukande alder. Helseundersøkingane syner at delen av folket med sjukdom ved 67 års alder og over var dobbelt så høg som i aldersgruppa 16-24 år.

3.2 Sentrale problem for helsetenesta

Det er ei rekkje kjelder som seier noko om kva som til ei kvar tid er sentrale problem for helsetenesta i landet. Nokre er av statistisk art. Døme på dette er SAMDATA-rapportane og styrings- og informasjonsdata for kommunehelestenesta. Andre er meir forteljande i si framstilling, slik som dei årlege medisinalmeldingane frå fylkeslegane og årsrapportane frå pasientomboda.

Statens helsetilsyn har med heimel i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten ansvar for det overordna faglege tilsynet med helsetenesta i landet. Statens helsetilsyn har sidan 1997 gjeve ut årlege tilsynsmeldingar i den forma dei no har som presenterer dei utfordringane som tilsynsetaten ser for helsetenesta. Metodane for det overordna faglege tilsynet er under utvikling, og dette arbeidet vil halde fram i tida som kjem. Data frå dette arbeidet vil vere tenleg som underlag for vedtak om utviklinga av helsetenesta.

Kapasitetsproblem

Det eine settet med problem som helsetenesta står overfor i dag, er knytt til kapasiteten. Sentralt for dette problemet er den sviktande tilgangen på kvalifisert personell. Det er også slik at det i ei årrekke har vore noko knapt med ressursar tilgjengeleg for delar av helsetenesta. Dette ligg til grunn for dei store satsingane innanfor eldreomsorg, psykiske helsetenester, kreftomsorg og tilskot til fornying av utstyr i sjukehusa. Den samla strategien for å betre kapasiteten i helsetenesta byggjer såleis på auka tilførsle av ressursar, betre fordeling av ressursane og då ikkje minst personellet og særleg stimulering av prioriterte tenesteområde.

Ein del av kapasitetsproblema knyter seg til ujamn geografisk fordeling av dei tilgjengelege ressursane. Dette gjeld mellom anna tilgangen på legar. Nasjonalt råd for spesialistutdanning av legar og legefording er eit sentralt verkemiddel for å få ei betring av dette.

Kvalitetsproblem

Ein annan type problem er knytt til varierende kvalitet på tenestetilbodet. Ein del av variasjonen er knytt til ulike kulturar hjå ulike tenesteytarar. Slik variasjon kan vere ønskeleg dersom den er planlagd og kontrollert. Noko av variasjonen kan også skuldast knappe ressursar, men mykje heng truleg saman med manglande systematikk på kvalitetsarbeidet. Tilsynet frå fylkeslegane gjev grunnlag for å hevde det. Samla sett talar desse forholda for at leiinga må leggje stor vekt på å ha oversikt over og kontroll med variasjonane i tenestetilbodet, både innåt i eiga verksemd og i forhold til andre tenesteytarar som ein kan samanlikne seg med. Ei vidare utvikling av internkontrollsystema i helsetenesta er difor framleis eit vesentlege element i kvalitetsarbeidet. Det er ein føresetnad at desse systema kan ta opp i seg dei røynslene som ulike grupper brukarar har om kvaliteten i helsetenesta.

I det sjukdomsførebyggjande og helsefremjande arbeidet skortar det enno mykje på korleis andre samfunnssektorar tek omsyn til helseforhold i si planlegging. Lovverket er godt på dette området, men det manglar enno mykje på at det blir godt nok praktisert.

Kunnskapsproblem

Den tredje gruppa problem kan seiast å vere knytt til manglande kunnskap, eller manglande bruk av eksisterande kunnskap. Dels er dette tilfelle i møtet mellom den einskilde pasienten og helsetenesta, men det er også tilfelle når det gjeld kunnskapar om grunnlaget for og verknadene av helsepolitikken på overordna nivå.

Sjølv om vi har meir medisinsk kunnskap no enn nokon gong før, er det store utfordringar knytte til å systematisere og leggje til rette for aktiv bruk av kunnskapen både i klinisk og helsepolitisk arbeid.

Den forskinga som blir utført tek dessutan i liten grad utgangspunkt i dei store samfunnsmessige problema knytt til helse og sjukdom, jf. St.meld. nr. 39 (1998-99) Forskning ved et tidsskille.

Krav til effektiv tenesteyting

Det blir ofte hevda at aukande fokusering på ressursspørsmål og ulike krav om auka effektivitet fører til ei dårlegare helseteneste der verdispørsmål kjem i bakgrunnen. Dersom effektivitet berre blir tolka som meir målbar tenesteyting for kvar ressurseining som blir brukt, kan desse synspunkta forsvarast. Det er *ikkje* denne noko snevre tolkinga som ligg til grunn for effektivitetsomgrepet her. Likevel kjem ein ikkje utanom at det til dømes innanfor laboratorieverksemda, bilettdiagnostikken og lækjemiddelbruken er ein formidabel utgiftsvekst frå år til anna. Det er heilt nødvendig å sjå på kva ein får igjen for ressursbruken i helsetenesta, og støtt vurdere om ressursane kunne vore brukt annleis for å oppnå ønskete verknader med høgare prioritet.

Effektivitet tyder å sørge for at ein får mest mogeleg att av ønskete gode for dei ressursane ein til ei kvar tid har tilgjengeleg. Dette føreset at ein har prioriteringsordningar som sikrar at ressursane blir fordelte til ulike innsatsområde på ein måte som er i samsvar med det samfunnet ønskjer seg («ytre effektivitet», prioriteringseffektivitet). Ein føresetnad for bruk av offentlege ressursar i helsetenesta er såleis å sikre at ein nyttar ressursar i samsvar med politiske prioriteringar. Når ein har sikra fordelinga av ressursane, er det nødvendig å sikre at ressursane blir brukt på ein måte som gjer at ein får mest mogeleg av ønskete resultat ut av dei brukte ressursane («indre effektivitet», kostnadseffektivitet). Dette krev at fagfolk deltek aktivt fordi dette arbeidet ikkje berre handlar om eigentleg prioritering, men også om å sikre at tenesta blir ytt i samsvar med dei kvalitetskrava som gjeld.

Ønskete resultat femner om alt frå individuell oppleving av tryggleik i vanskelege livssituasjonar til målbar auka livslengd mellom folk i Noreg. Ved vurdering av effekt for einskildmenneske må ein ta utgangspunkt i dei overordna etiske prinsippa som er nemnde tidlegare i meldinga. Dette tilseier at ein må leggje avgjerande vekt på at ulike menneske har ulike behov og at tilboda som skal møte desse behova så langt råd må gjevast ei individuell tilpassing. Utfordringa ved den individuelle tilpassinga av ressursbruken blir å sikre at ein ikkje handlar slik at ein utan sakleg grunn behandlar pasientar ulikt.

Disponeringa av ressursar til den norske helsetenesta er eit ansvar for folkevalde organ. Det er desse som må avgjere kor mykje som skal nyttast til helsetenester i forhold til andre offentlege tiltak. Når folkevalde organ har løyvd ressursane og gjeve rammeføresetnader for bruken av desse, er det ei oppgåve for leiarskapet og fagpersonellet å nytte dei tilgjengelege ressursane slik at ein får størst mogeleg effekt av dei. Det er ein verdi i seg sjølv å ha ei helseteneste som med denne forståinga til grunn driv effektivt. Dette er ein del av det allmenne forvaltaransvaret som alle leiarar og fagfolk i offentlege tenester er tillagt.

Dette synspunktet på effektivitet ligg også til grunn for dei nye finansieringsordningane for somatiske tenester i sjukehusa. Det vil også vere utgangspunktet for vurderinga av verknadene av desse ordningane. Arbeidet med ei evalueringa av finansieringa av sjukehusa er sett i gang. Behovet for effektiv utnytting av ressursane i forhold til politiske og faglege mål for helsetenesta, må også leggjast til grunn ved evalueringa av andre økonomiske ordningar i helsetenesta.

Dei ressursane ein til ei kvar tid kan stille til disposisjon for helsetenesta vil alltid på ein eller annan måte kunne framstå som utilstrekkelege i forhold

til kva ønskje og behov ein vil kunne påvise. Ein må sikre at helsetenesta får tilstrekkeleg med ressursar til å leve opp til dei måla som er gjort gjeldande for helsetenesta. Det har vore behov for auka tilførsle av ressursar til helsetenesta dei seinare åra. Slik vil det også vere dei næraste åra framover. Dette har vore og er ei prioritert arbeidsoppgåve for Regjeringa. Sjølv om ein aukar ressurstilgangen, kjem ein ikkje utanom å sikre forsvarlege ordningar for prioritering som medverkar til at ressursane blir nytta i samsvar med fastsette mål.

3.3 Verdiutsegner i den norske helsepolitikken

Det ikkje er gjeve nokon samla omtale av verdigrunnlaget for den norske helsetenesta i sentrale helsepolitiske dokument frå dei seinare åra. Likevel står verdiutsegner sentralt i lovtekstar, forarbeid til lovar, stortingsmeldingar og offentlege utgreiningar. Verdiutsegnene kjem dels direkte fram og dels i form av mål- og oppgåveformuleringar.

I § 1-1 i lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter blir det uttrykt slik:

Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gje pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd.

Tilgjenge og kvalitet på tenestene, respekten for integriteten og menneskeverdet står sentralt her.

I § 1-2 i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene er formålet med helsetenesta uttrykt slik:

Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og almenheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen.

I tillegg til behandlingsarbeidet, er det samfunnsbyggjande perspektivet ved helsetenesta drege inn her. Medverknad frå kvar einskild person blir sett på som ein føresetnad. Tenesteansvaret er lagt til kommunen som eit uttrykk for at nærleiken til tenestene er vesentleg.

I Ot.prp. nr. 99 (1998-99) om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen) blir det slege fast at føremålet med fastlegeordninga er å betre kvaliteten i allmennlegetenesta ved at alle som ønskjer det, skal kunne få ein fast allmennlege å halde seg til. Ordninga skal gje folket større tryggleik gjennom betre tilgjenge til allmennlegetenesta. Reformen skal medverke til kontinuitet i legepasientforholdet. reformen skal også medverke til meir rasjonell bruk av dei samla legeressursane i landet.

I § 1-1 i lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. kjem følgjande fram:

Lovens formål er særlig å:

1. fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming,

2. bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet,
3. bidra til et likeverdig tjenestetilbud,
4. bidra til at ressursene utnyttes best mulig,
5. bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov, og
6. bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene.

Her kjem også effektiv utnytting av dei tilgjengelege ressursane inn som ein del av verdigrunnlaget.

Lov av 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd har som føremål å gje økonomisk tryggleik, medverke til utjamning av inntekt og levekår for den einskilde gjennom livet og mellom grupper av menneske, og medverke til hjelp til sjølvhjelp for den einskilde.

I § 1 i lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. er formålet omtala slik:

Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse-tjenesten samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste.

Tiltrua til at helsepersonellens handlingar skal byggje på god fagleg innsikt er det sentrale verdigrunnlaget her. Dette er også grunnlaget for kravet om forsvarleg verksemd slik dette er formulert i § 4 i helsepersonelloven.

I St.prp. nr. 63 (1997-98) om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 blir følgjande uttrykt:

Et varmere og mer menneskelig samfunn bygger på mennesker som viser medmenneskelighet, har omsorg for de svakeste, tar ansvar for hverandre, for miljøet og for kommende generasjoner. Det er med utgangspunkt i dette politiske grunnlaget Regjeringen framhever at mennesket skal stå i sentrum for samfunnsbygging og samfunnets institusjoner. Utgangspunktet er at mennesker kan og vil være aktive deltakere i samfunnet, som borgere, ikke bare som kunder og klienter. Regjeringen ønsker en samfunnsutvikling med større vekt på de kulturelle og menneskelige verdier, desentralisering bygd på mindre enheter som familie og nærmiljø, og en mer rettferdig fordeling.

Helsetenesta må ha som siktemål at sjukdom og funksjonshemmingar så langt råd ikkje blir til hinder for å få del i allmenne velferdsgode, og å kunne delta aktivt i samfunnslivet.

I § 1-1 i lov av 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer kjem dette til uttrykk:

Denne loven har til formål å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen, samt motvirke at slike sykdommer føres inn i Norge eller føres ut av Norge til andre land.

Loven skal sikre at helsemyndighetene og andre myndigheter setter i verk nødvendige smitteverntiltak og samordner sin virksomhet i smittevernarbeidet.

Loven skal ivareta rettssikkerheten til den enkelte som blir omfattet av smitteverntiltak etter loven.

Sjølv om smittevernloven har eit tydeleg kollektivt siktemål, legg den vekt på at rettstryggleiken til kvar einskild skal sikrast.

Samla sett vil stikkord som nærleik og tilgang til fagleg forsvarlege tenester; respekt for einskildmennesket og rettstryggleik; god utnytting av tilgjen-

gelege ressursar og fremjing av helse som ledd i samfunnsbygginga kunne seiast å vere sentrale verdiutsegner i lovverket.

Dei ovannemnde verdiane finn ein att på eit meir detaljert nivå i ei rekkje andre styringsdokument. St.meld. nr. 21 (1998-99) om rehabiliteringspolitikken har ein grundig gjennomgang som også kan gjerast gjeldande for helsetenesta allment sett. I denne meldinga blir det lagt vekt på brukarperspektivet, der den einskilde sine behov skal ligge til grunn for prioriteringar, organisering og tiltak. Sentralt står eit ønskje om å fremje deltaking og sjølvstende, og å medverke til eit verdig liv og gje like sjansar for menneske med funksjonsproblem eller kronisk sjukdom.

Brukarmedverknad inneber også at den einskilde sjølv har eit medansvar. Personar som står utanfor arbeidslivet skal likevel få fullgod hjelp sjølv om dei kan medverke mindre økonomisk til fellesskapet. Den solidariske idéen om å gje etter evne og motta etter behov, slik vi kjenner den frå velferdsordningane i dei nordiske landa og Storbritannia, blir ført vidare. Rehabiliteringsmeldinga peikar også på at ein må leggje til grunn eit heilskapleg menneskesyn basert på mennesket som kropp, sjel og ånd. Likeverdet skal gjelde på tvers av ulike målgrupper og type av funksjonshemjing.

3.4 Utanlandske synspunkt

Den svenske helsetenesta

I ein nyare gjennomgang av den statlege styringa av helsepolitikken i Sverige (SOU 1999:66 God vård på lika villkor) blir det referert til hälso- och sjukvårdslagens 2 § som seier at *Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vidare blir det same stad gjeve etiske retningslinjer for helsetenesta slik: Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.* Dette blir vidare utmeisla i følgjande tre prinsipp for den svenske helsepolitikken:

Menneskeverdsprinsippet inneber at alle menneske har visse fundamentale rettar. Dette tyder at forhold knytt til evner, sosiale forhold, inntekt, alder kjønn med vidare ikkje skal vere avgjerande for kven som skal få tilgang til helsetenester eller påverke kvaliteten på tenestene.

Behovs- og solidaritetsprinsippet skal sikre at ein prioriterer dei verksemdsområda og dei personane som har dei største behova. Solidaritet inneber ikkje berre tilgang til tenester, men også at ein tek omsyn til behovet hjå dei som stiller svakast.

Kostnadseffektivitetsprinsippet tyder at ein ved val mellom innsats på ulike verksemdsområde, og ved val av tiltak skal sikre eit rimeleg forhold mellom kostnader og effekt, målt i form av betre helse og auka livskvalitet. Det blir peika på at dette prinsippet er underordna dei to andre prinsippa.

Sverige har såleis teke ei overordna tilnærming til utviklinga av prinsipp for statens rolle ved planlegging og prioritering av helsetenester. Dei prinsippa som er valde i Sverige kan også gjerast gjeldande her i landet. Dei gjev likevel ikkje grunnlag for å kome fram til konkrete tiltak som kan vere til nytte i det vidare utviklings- og prioriteringsarbeidet i den norske helsetenesta.

Den engelske helsetenesta (NHS)

I England har dei gått ein nokon annan veg enn i Sverige for å skissere prinsippa for den vidare utviklinga av den engelske helsetenesta, National Health Service. I dokumentet *The new NHS, modern, dependable* blir følgjande slått fast som retningsgjevande:

Dei raske endringane i vitenskap og medisin, og potensialet i moderne informasjons- og kommunikasjonssystem krev at Den nasjonale helsetenesta gjennomfører endringar. Ei moderne og påliteleg nasjonal helseteneste må ta opp i seg utviklinga i moderne medisin og informasjonsteknologi. Tenesta vil bli bygd kring dei behova som befolkninga har meir enn behova til institusjonane, og må vere i stand til å gje snøgg og påliteleg hjelp. Den må ta lærdom av dei som står i frontlina for utvikling av god praksis og skal gjere det beste tilgjengeleg for alle.

Denne visjonen for ei moderne og påliteleg nasjonal helseteneste inneber yting av tenester:

- i heimen: lettare og raskare tilgang til råd og informasjon om helse, sjukdom og til Den nasjonale helsetenesta slik at folk blir betre i stand til å hjelpe seg sjølv og familiane sine
- i samfunnet: snøgg rådgeving og behandling i lokale helsesentra med tilgang til allmennpraktikarar og distriktssjukepleiarar som arbeider saman med anna helse- og sosialpersonell for å sikre breie tenester alle stader
- i sjukehuset: omgåande tilgang til spesialisttenester, med kontaktar til lokale helsesentra, slik at inntak, behandling og hjelp blir heilskapleg og rask.

Denne tilnærminga må sjåast i lys av den sterke sentrale styringa som den engelske helsetenesta alltid har hatt. Sjølv om det ikkje er mogeleg å byggje opp ordningar her i landet etter direkte modell frå England, er det likevel verd å merke seg den nære koplinga mellom verdigrunnlag, faglege utfordringar og tenesteorganisering. I den konkrete oppfølginga blir det lagt stor vekt på å definere tenestestandardar og etableringa av leiingssystem for å sikre etterlevinga av desse. Livslang læring, profesjonell sjølvregulering og fagleg støtte frå sentralt hald, er viktige verkemiddel i dette arbeidet. Dette er element som også står sentralt i det samla utviklings- og prioriteringsarbeidet her i landet.

Verdshelseorganisasjonen (WHO)

I mai 1998 vedtok Verdshelseforsamlinga ein deklarasjon om helsearbeid som inneheld ei rekkje verdiutsegner. Dei peikar på at den høgast oppnåelege helsemessige standard er ein av dei fundamentale rettane til eit menneske. I arbeidet for å oppnå dette skal ein leggje til grunn respekten for og verdien av kvar person, samt like rettar, like plikter og eit sams ansvar for alle i helsearbeidet. Verdshelseforsamlinga samlar seg om likeverd, solidaritet, sosial rettferd og omsyn til kjønnspektivet som grunnleggjande etiske prinsipp for strategiutviklinga. Størst omsyn skal ein ta til dei som har dei største behova, er mest tyngde av dårleg helse, har sviktande helseteneste eller råka av fattigdom. Verdshelseorganisasjonen meiner at dette må inkluderast i regionale og nasjonale strategiar for utvikling av helsearbeidet.

Europaregionen av Verdshelseorganisasjonen la i 1998 fram eit dokument som handlar om korleis nasjonane i denne delen av verda kan følgje opp Verdshelseorganisasjonen sine krav. Det konstante målet skal vere å oppnå

fullt helsepotensiale for alle. På vegen mot dette arbeider ein for å fremje og verne om menneskets helse gjennom heile livet, redusere førekomsten av viktige sjukdommar og skadar, og å lindre lidningane som følgjer desse.

Til grunn for arbeidet legg Verdshelseorganisasjonen tre grunnverdjar:

- Helse som ein fundamental menneskerett.
- Likeverd i helse og solidaritet i handling mellom og innanfor alle nasjonar og deira innbyggjarar.
- Deltaking og medansvar for einskildmenneske, grupper, institusjonar og samfunn for vidare utvikling i helsearbeidet.

Strategiane som blir lagde til grunn for handlingane skal i følgje Verdshelseorganisasjonen byggje på at vitskapleg, økonomisk, sosial og politisk berekraft skal drive gjennomføringa. Viktig blir såleis:

- Tverrsektorielle strategiar for å handtere dei forholda som påverkar helse-tilstanden.
- Program og investeringar som byggjer på vurderingar av helseeffekten av tiltaka.
- Integrert familie- og samfunnsorientert primærhelseteneste som er støtta av eit fleksibelt og behovsorientert sjukehussystem.
- Helseutviklingsprosessar som legg vekt på involvering av relevante partar for helse i heimen, på skulen og i arbeidet, og i lokalsamfunnet og på nasjonalt nivå, slik at fellesskap kring vedtak, gjennomføring og ansvarskjensle blir oppnådd.

Dei prinsippa som ligg til grunn for strategien om helse for alle i det 21. hundreåret høver godt også i arbeidet med utviklinga av den norske helsetenesta. Det er likevel vesentleg å peike på at ikkje berre lokalsamfunna, men også den einskilde personen tek sin del av ansvaret, og arbeider for å fremje eiga og andre si helse.

3.5 Avklaring av lovnadene frå velferdssamfunnet

Velferdssamfunnet slik vi kjenner det frå etterkrigstida omfattar ei rekkje allment tilgjengelege tiltak under offentleg styring som er meir eller mindre nødvendige for at folk i landet skal kunne oppnå tryggleik og oppleve velferd. Grunnskulen har hundre år lengre historie enn helsetenesta som eit landsomfattande, allment tilgjengeleg og offentleg styrt føretak. Utanom reglane om helserådsarbeidet og om tiltak for menneske med psykisk sjukdom, var det få eller ingen andre organiserte, landsomfattande og allment tilgjengelege system av helsetenestekarakter før den andre verdskrigen. I 1950-åra fekk ein etter kvart meir heilskaplege finansieringsordningar for helsetenesta. Ein sette i gang med ei nasjonal sjukehusplanlegging fram mot og inn i 1960-åra. Heimesjukepleietenestene blei organiserte under kommunal styring i 1970-åra og kommunehelsetenesta som system blei etablert i 1980-åra. Historisk sett er såleis ikkje helsetenesta mellom dei samfunnsinstitusjonane som har den lengste tradisjonen som element i velferdssamfunnet, sjølv om helsetenesta si eiga soge også her i landet kan sporast fleire hundreår bakover i tid.

Allmenn tilgang til helsehjelp

Til grunn for alle desse tiltaka ligg tankar om at velferdssamfunnet skal sikre alle i landet, uavhengig av bustad eller økonomisk situasjon, tilgang til nødvendig og fagleg forsvarleg helsehjelp. Det er såleis tilgangen til helsehjelp utan å skulle vere uroleg for kostnadene ved dette som har vore kjernelovnaden frå velferdsstaten til folk i Noreg. Det er først dei seinare åra at ein har teke inn meir detaljerte reglar om kva som skal kjenneteikne innhaldet i tenestene, ut over det som følgjer av vanlege fagetiske prinsipp. Døme på slike reglar er forskrift om ventetidsgaranti, forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene og den nye pasientrettsloven.

Det ligg store utfordringar både for folkevalde og fagfolk i å kunne møte krav frå einskildpersonar og grupper av menneske i ei tid med aukande fagleg tilbod og aukande forventningar. Dei lovnadene velferdssamfunnet gjev, må vere knytte til det nivået ein kan vente seg av tenesteytinga på ulike område. Ei avklaring av kva ein kan forvente frå helsetenesta er ein vesentleg føresetnad for tillit til tenestetilbodet.

Det er framleis eit stort og unytta potensiale for dialog mellom folkevalde, helsetenesta og folket om kva som er fornuftig etterspurnad etter helsetenester. Dette er eit kjernepunkt ved avklaring av forventningar til helsetenesta. Kunnskap, kultur, haldningar, tidlegare røynsler og korleis helsetenesta er organisert, er forhold som avgjer når og korleis folk kontaktar helsetenesta. Graden av evne og vilje til sjølv å handtere helseproblem er ein nøkkelfaktor. Det er såleis viktig at helsetenesta gjennom fagtiltaka sine støttar opp om evna til eigenomsorg og eigne handlingar. Alle ledd i helsetenesta må difor ha gode rutinar for dialog med og opplæring av pasientar og pårørande. Dette har vore lovfesta for tannhelsetenesta i ei årrekke og er no lovfesta gjennom den nye spesialisthelsetenesteloven som ei av hovudoppgåvene til spesialisthelsetenesta.

Den nye pasientrettsloven med forskrifter, saman med fastlegeordninga, vil vere det sentrale regelverket for å sikre befolkninga allmenn tilgang til helsetenester. Reglane i eit slik nasjonalt regelverk må konkretiserast og tilpassast ulike lokale forhold og variasjonar i faglege utfordringar innan ulike tenestegreiner. Departementet føreset difor at dei som yter helsetenester sjølv arbeider vidare med utvikling av servicefråsegner som syner kva pasientar og pårørande skal kunne vente seg av tenesteytarane. Dette bør vere sentralt i den vidare kvalitetsutviklinga i helsetenesta.

Likeverdig tilgang til helsetenester

Likskap som mål når det gjeld helsemessige forhold kan drøftast med to ulike utgangspunkt. Ein kan sjå på likskap når det gjeld tilgang til helsetenester (tilbodsliskap), og ein kan sjå på likskap i helse som mål for tenesteytinga (resultatlikskap). Dette kan lett kome til å bli motstridande mål. Likskap i helsetenestetilbodet kan føre til fastlegging av eksisterande skilnader når det gjeld helse og sjukdom, medan eit mål om å oppnå likare helsetilstand og mindre skilnader mellom folk når det gjeld sjukdom, vil måtte føre til ulikskapar i det reelle tilbodet til folk. Det er ikkje mogeleg å leggje til grunn berre det eine perspektivet for planlegging og drift av helsetenester her i landet. Helsepolitikken må vege desse to perspektiva mot kvarandre. Resultatet av denne avve-

ginga må opplevast som rettferdig, og kan bli lagt til grunn for ei vurdering av kva som blir opplevd å vere likeverdig tilgang til helsetenester.

Regjeringa legg difor vekt på at det skal vere likeverdig tilgang til helsetenester, uavhengig av kor ein er i landet. Sjølv om ein mange stader har sikra dette godt, er det framleis store variasjonar når det gjeld reell tilgang til helsetenester av god kvalitet her i landet. Likevel er det grunn til å tru at skilnaden er langt mindre enn han ville vore utan offentleg styring. For å sikre helsetenesta som ei nasjonal velferdsordning har det såleis vore, og er framleis, nødvendig med nasjonal regulering av ressursbruken. Dette har vore nødvendig på grunn av at ein har hatt knapp tilgang på ressursar; ikkje minst har tilgangen av fagfolk vore snau.

Eit godt utbygd, desentralisert helsetenestetilbod vil også vere nødvendig for å sikre spreidd busetnad i framtida. Det ligg store utfordringar knytte til å oppretthalde eit fagleg forsvarleg tilbod på spreidde spesialiserte tenestetilbod. Det er difor nødvendig med den rolleavklaringa for dei spesialiserte helsetenestene som no er i ferd med å bli gjort gjennom den regionale helseplanlegginga. Det er også nødvendig å ta omsyn til dette når ein vurderer økonomiske overførings- og oppgjersordningar for dei offentlege tenestetilboda.

Ut over sikring av likeverd i tenestetilbodet mellom ulike geografiske område, ligg det framleis utfordringar knytte til å sikre likeverd i forhold til ulike grupperingar av innbyggjarane, slik som til dømes i forhold til alder, kjønn, seksuell legning og etnisk tilhøyring.

Ulikskapar i tenestetilbodet

Ulikskap i utforminga av helsetenester kan utvikle seg på fleire prinsipielt sett ulike måtar i den norske helsetenesta slik ho er i dag. Det kan skje ved at ulike offentlege tenesteytarar som kommunar og fylkeskommunar prioriterer ulikt ved utviklinga av tenestesystema med utgangspunkt i lokale føresetnader og behov. Eit døme på planlagde skilnader i tenestetilbodet kan ein sjå i ein del kommunar der utforminga av pleie- og omsorgstiltaka blir prega av lokale prioriteringar. Det kan også skje fordi ulike tenesteytarar har ulikt økonomisk grunnlag for tenesteytinga.

Ulikskapar i tilgangen kan vidare kome i stand gjennom utvikling av private tenestesystem. Dette er til dømes tilfelle i dag gjennom private legetenester i sentrale strom av landet. Etter kvart som tilgangen på helsepersonell blir betre, vil vi truleg sjå ein auke i dei private tenestetilboda, særleg i sentrale strom der slike tilbod venteleg er mest lønnsame.

Føresetnaden for å kunne akseptere skilnader i helsetenesta i eit velferds-samfunn, må vere at alle er sikra tilstrekkeleg tilgang til offentleg finansierte tenester av god fagleg kvalitet. Ikkje minst er det viktig å sikre ein likeverdig tilgang til tenester der tidsperspektivet spelar inn for effekten av tenesteytinga, og til tenester der forhold knytte til menneskeverdet står på spel. Eit døme på eit slik tenesteområde der tidsfaktoren er kritisk, er den landsomfattande luftambulansenesta. Den er med på å gjere tilgangen til høgt spesialiserte tenester jamnare og meir uavhengig av geografiske forhold. Dette tilbodet er såleis med på å styrkje nærleik som verdi også når det gjeld tenester som elles ville vere knytt til eit fåtal sjukehus.

Eit anna døme på eit tenesteområde der nærleik til eigen heim er ein verdi i seg sjølv, kan vere behandling i eigen heim og bruken av sjukestover og sjukeheimar for å sikre eit fagleg forsvarleg tenestetilbod til dømes til alvorleg kreftsjuke personar. Dette er situasjonar der ein elles måtte ha drege til eit sjukehus lenger vekke.

I NOU 1999: 13 Kvinners helse i Norge blir det vist korleis prestisje i medisinen gjer at ulike spesialitetar og fagområde får ulik prioritering på eit ikkje-planlagt grunnlag. Dette går ikkje minst ut over kvinner. Til ein viss grad kan sentraliseringa av svangerskaps- og fødselsomsorgen tene som døme på dette.

Eigenbetalingsordningane

I NOU 1997:18 er det føreslege at bruk av graderte eigendelar blir vurdert som verkemiddel i prioriteringsarbeidet. Det er rimeleg å tenkje seg at den økonomiske profilen i dei ordningane ein har for eigenbetaling for helsetenester påverkar kontaktmønsteret. Likevel er det ikkje lett å finne sikre haldepunkt for korleis og i kva grad ulike eigenbetalingsordningar påverkar kontaktmønsteret.

I samband med dette er det av interesse å merke seg at tannhelsetenesta for dei fleste vaksne med einskilde unntak er utanfor dei offentlege styrings- og finansieringsordningane, utan at ein har grunn til å tru at betalingsordninga jamt over har gjort at tannhelsa her i landet er dårlegare enn i land som har hatt heil eller delvis offentlig finansiering. Røynslene frå denne tenesta kan vere nyttige å ta med i vurderinga av faglege og prioriteringsmessige verknader av betalingsordningane. I slike vurderingar må ein ta omsyn til at det førebyggjande tannhelsearbeidet i barne- og ungdomsgåra omfattar alle og er offentlig finansiert. Tannhelsetenesta er også av denne grunn interessant som modell for sambandet mellom førebyggingsinnsats og seinare behov for kurative tenester.

Regjeringa arbeider med ein brei gjennomgang av eigenbetalingsordningane, m.a. av skjerminga av storbrukarar. Statistisk sentralbyrå har fått i oppdrag å førebu ei kartlegging av den samla eigenbetalinga til ulike brukarar av helsetenestene, jf. St.prp. nr. 1 (1999-2000). Berre ei slik undersøking kan gje eit godt nok grunnlag for å vurdere kva ordningar ein eventuelt bør sjå nærare på. I det vidare arbeidet er det vesentleg å vurdere om det er nødvendig med ei ytterlegare skjerming av menneske med omfattande behov for helsetenester enn den skjerminga ein alt i dag har gjennom maksimalsummane for eigendeler ved konsultasjonar og kjøp av lækjemiddel med refusjon frå folketrygda («blå resept»). I framlegget til statsbudsjett for 2001 vil Regjeringa kome attende med eventuelle framlegg til endringar i skjermingsordningane. Slike skjermingsordningar er eit viktig verkemiddel for å sikre likeverdig tilgang til helsetenesta.

Som ei oppfølging av St.meld. nr. 21 (1998-99) Ansvar og meistring, jf. Innst. S. nr. 178 (1998-99), arbeider departementet med ei harmonisering av reglane for eigenbetaling ved tenester ytte av opptreningsinstitusjonane.

3.6 utfordringar i tida som kjem

Endringar i folkesetnaden med ein monaleg auke i talet på eldre kjem utan tvil til å påverke utviklinga av helsetenesta i åra som kjem. Dei medisinske arbeidsmetodane er i rask endring. Ny kunnskap opnar for nye undersøkings- og behandlingsmetodar, også der ein før har stått utan effektive metodar. Kopla med auken i talet på eldre, som står for ei stor mengd av sjukdomstilfella, fører dette til at mengda av pasientar som helsetenesta kan tilby effektive tiltak vil auke sterkt. Ikkje minst vil dette gjelde menneske med kroniske sjukdommar og funksjonshemjingar som før ikkje alltid har hatt verksame behandlingstilbod.

Utfordringar knytt til rekruttering og geografisk fordeling av helsepersonell vi også kome til å stå sentralt dei næraste åra framover. Sjølv om ein etter kvart kan rekne med å få balanse mellom tilgang og behov for legetenester, vil behovet for personell til omsorgstenestene auke med auken i talet på eldre menneske.

Eit hovudtrekk ved den medisinske utviklinga er at ei rekkje av dei nye metodane medfører mindre plager og biverknader for pasientane. Tiltak som før kravde opne operasjonar, kan gjennomførast ved hjelp av teknikkar som knapt er å sjå på som ein operasjon.

For å halde orden på den tilgjengelege kunnskapen, blir det meir og meir vanleg å måtte meistre ulike datasystem som gjev tilgang til kunnskapen. Dette er teknologiar som ikkje berre er tilgjengeleg for fagfolka. Kunnskapsgrunnlaget er i stor grad tilgjengeleg for alle. Den faglege utfordringa ligg i organisere tilgangen til kunnskap på ein slik måte at ein kan nytte seg av den beste kunnskapen i møtet med pasienten. Både dei nemnde forholda vil krevje vesentlege organisatoriske endringar av pasientbehandlinga i åra som kjem. Det vil difor stille leiarane i helsetenesta overfor store krav til endringsevne.

Den raske utviklinga innanfor medisinen, og ikkje minst den medisinske bruken av bioteknologi, stiller skjerpa krav til etiske vurderingar. Dersom folk flest og folkevalde skal kunne påverke utviklinga, må desse så tidleg som mogeleg få kjennskap til dei praktiske følgjene den nye kunnskapen får for einskildmenneske og for samfunnet. Det er difor viktig med ein jamn debatt som tek opp slike spørsmål også utanfor faglege krinsar. I møtet med ny teknologi finst det ikkje raske svar eller lette løysingar. Det som kan sjå ut som gode medisinske løysingar, kan ha etisk uakseptable sider ved seg. På den andre sida kan forhold som umiddelbart kan sjå ut som etisk problematiske, kanskje finne si løysing nett gjennom bruk av ny teknologi.

Auka valfridom

Auka valfridom for pasientane er ein verdi ved helsetenesta som kan bli opplevd som ny for mange. Det er eit uomtvisteleg gode å kunne leggje til grunn pasienten sine eigne ressursar og kunnskarar ved vurderinga av kva tiltak som er aktuelle i ein gitt situasjon. Valfridomen stiller både pasientane og helsepersonellet overfor utfordringar som mange vil finne uvante. Pasientane må sjølv i større grad vere ansvarlege for å velje mellom fleire tilgjengelege alternativ. Helsepersonellet må makte å gje råd og rettleiing og formidle kunnskap om kva alternativ som er tilgjengelege og korleis ein kan forvente at dei ulike alternativa vil verke.

Mange personar krev i dag større valfridom og at også offentlege tenestetilbod blir betre tilpassa dei individuelle ønska og behova enn det som var tilfelle for berre nokre tiår sidan. Vi veit lite om kven som vil nytte seg av den auka valfridommen til dømes for sjukehustenester, og i kva situasjonar han vil bli brukt. Til dømes vil valfridommen ikkje vere reell i mange akutte situasjonar der ein er avhengig av rask hjelp. Røynslene med korleis ein auka valfridom vil verke i praksis er såleis sparsame. Vi har difor dårleg grunnlag for å vite om auka valfridom vil kunne føre til uønskte skilnader i tenestetilbodet og helsetilstanden.

Det er store utfordringar knytte til å utvikle velferdstenestene slik at dei både gjev grunnleggjande tryggleik og forsvarlege tenestetilbod til alle som treng det, og samstundes gjev rom for den einskilde pasienten til å påverke utforminga av det konkrete tenestetilbodet i sitt tilfelle. Eit sentralt element i dette arbeidet vil difor vere å sikre at pasientane blir sette i stand til å nytte seg av valfridomen. For å hindre at valfridomen berre blir ein realitet for dei som sjølv er i stand til å skaffe seg informasjon om tilboda, må helsetenesta vere ansvarleg for å gje opplysningar om kva tenestetilbod som er aktuelle i det ein-skilde tilfellet.

Satsinga på økonomiske stimuleringsordningar og auka fridom til sjølv å velje mellom ulike tilbod, kan saman med lokalt sjølvstyre gje verknader som ikkje alltid samsvarar med dei sentrale helsepolitiske måla. Dette kan gjelde innanfor ulike delar av helsetenesta. Mest sårbare vil likevel tenester innanfor psykiatri, geriatri og rehabilitering truleg vere. Mange er urolege for at desse områda kan kome i knipe dersom ein skal fordele ressursar etter etterspurnad, og ved hjelp av økonomiske stimuleringsmekanismer. Difor er det til dømes utarbeidd ein eigen plan for å styrkje det psykiske helsearbeidet med 4,6 milliardar kroner i reelt auka driftsutgifter samanlikna med 1998-nivået, og 6,3 milliardar kroner i nye investeringar fram til 2006.

Teknologi og helseteneste

Utviklinga innanfor informasjons- og kommunikasjonsteknologi vil føre til radikale endringar i arbeidsmåtar for helsepersonell og for organiseringa av helsetenesta. Dette er ein føresetnad for at dei nye teknologiane skal kunne tene til pasientane sitt beste. Det er difor viktig å sikre at dette skjer utan at det går ut over menneskeverd og sentrale verdier i helsetenesta. Snarare må det vere eit mål å nytte ny teknologi til å styrkje menneskeverdet og verdigrunnlaget. Det er prinsipielt sett ikkje teknologien i seg sjølv som skal avgjere kva som er ønskt utvikling. Utfordringa blir å finne fram til korleis teknologien kan hjelpe til med å utvikle helsetenesta i den retninga vi ønskjer det.

Det er likevel naivt å tru at ikkje den teknologiske utviklinga påverkar synet til både helsepersonell og andre om kva som er eller bør vere ei ønskt utvikling. Dette er det tyngste argumentet for at endring i metodebruk og innføring av ny teknologi i helsetenesta ikkje berre er eit fagleg spørsmål, men eit spørsmål som fordrar open samfunnsdebatt. Fleire av tiltaka i denne meldinga tek nett sikte på å opne opp for denne type debatt.

Ny teknologi skal nyttast i helsetenesta fordi den er føremålstenleg og nyttig for pasienten. Ny teknologi kan også vere med på å sikre betre utnytting av dei tilgjengelege ressursane. Innføring av ny teknologi kan såleis seiast å vere

av interesse både for den einskilde brukaren og for samfunnet. Den nye teknologien må nyttast innanfor den lovgjevinga som gjeld for personvern, integritet og individuelle rettar.

Pasientundersøkingar knytte til bruk av ny informasjons- og kommunikasjonsteknologi syner at pasientane ofte ser på dette som ei betring av helsetenestetilbodet. Ny teknologi opnar såleis opp for at tenester kan bli desentraliserte i så stor grad at tilbodet blir heimebasert. Pasienten får mindre behov for lange reiser for å få eit fagleg forsvarleg tilbod ved bruk av nye telekommunikasjonsløysingar. Ein har røynsle for at dette kan nyttast både i forhold til pasientar med somatisk og psykisk sjukdom. Ein del saker, til dømes måling av blodsukker ved diabetes, kan personen sjølv gjere ved bruk av måleinstrument som nyttar ny teknologi.

For helsepersonell kan ny teknologi gjere at arbeidsdagen blir lettare og meir interessant. Dei faglege nettverka kan styrkjast, ikkje berre nasjonalt, men også internasjonalt. Telekommunikasjon reduserer avstanden og er til hjelp med å motverke fagleg isolasjon. Sårbare fagmiljø kan difor bli sterkare.

Allment sett opnar ny teknologi, til dømes internett, for auka tilgang til helsekunnskap. Sjølv om den faglege kvaliteten er varierende, er dette noko som fører til auka etterspurnad etter slik informasjon. Det ligg store utfordringar i å sikre at også kunnskap formidla gjennom bruk av ny teknologi held fagleg forsvarleg kvalitet. Det er difor viktig at også førande fagmiljø aktivt nyttar ny teknologi i formidlingsarbeidet sitt. Det er verd å merke seg at fleire av dei sentrale statlege organa i helsetenesta har etablert eigne databasar tilgjengelege over internett.

Ei sentral oppgåve for det vidare utviklingsarbeidet er etablering av standardar og prosedyrar som sikrar funksjonelle løysingar med fastsett kvalitet. Sentralt i det vidare utviklingsarbeidet som skjer med statleg støtte står Nasjonalt senter for telemedisin ved Regionsykehuset i Tromsø, Kompetansesenter for IT i helsevesenet as (KITH) i Trondheim og Nasjonalt senter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) i Bergen.

3.7 Vidare oppfølging

- Regjeringa meiner at det overordna målet med den norske helsetenesta skal vere å sikre alle i landet likeverdige og god tilgang til tenester som er fagleg forsvarlege og tilfredsstillende internasjonale standardar der slike finst.
- Regjeringa vil leggje vekt på at helsetenestetiltak skal utformast slik at dei støttar utjamning av skilnader i levekår, helsetilstand, funksjonsnivå og sjukdomsforhold. Departementet vil difor evaluere systematisk korleis bruken av ulike verkemiddel, irekna overførings- og oppgjersordningar til kommunar og fylkeskommunar, påverkar tilgangen til helsetenester og helsetilstanden.
- Regjeringa meiner at likeverd i forhold til helsetenesta best kan sikrast gjennom offentleg finansierte tenester underlagt folkevald styring.
- Departementet vil gå gjennom eigenbetalingsordningane for å sikre at dei skjermar brukarar med omfattande tenestetilbod på ein tilstrekkeleg måte.
- Departementet vil sjå nærare på forholdet mellom eigenopplevinga av

sjukdom, og korleis helsetenesta møter det opplevde behovet for tenester hjå pasientane. Dette arbeidet vil byggje på resultatane frå forskingsprosjekta under kultur og helse som er omtala i avsnitt 6.10.

- Departementet vil følgje opp røyntslene med auka valfridom når det gjeld helsetenester.
- Departementet vil støtte bruken av pasient- og pårørandeundersøkingar som grunnlag for utvikling av helsetenesta.
- Departementet vil støtte utviklinga av lærings- og meistringssentra for å betre brukarmedverknaden og for å gjere bruk av dei røyntslene som pasientar og pårørande har frå helsetenesta.
- Departementet vil stimulere til auka bruk av ny teknologi i helsetenesta når dette kan gje eit betre tilbod. Samstundes vil ein stimulere til open debatt om føresetnadene for bruk av ny teknologi i helsetenesta.
- Departementet vil halde fram med å støtte utviklinga av telemedisintenesene.

4 Menneskeverd og verdjar i helsetenesta

Dette kapitlet handlar om verdigrunnlaget for helsetenesta i dag og i tida som kjem. Visse verkemiddel som kan sikre dette verdigrunnlaget blir også drøfta.

4.1 Grunnlaget for den norske helsetenesta

Helsetenesta har i tida etter den andre verdskrigen blitt bygd ut slik at det norske velferdssystemet skal gje likeverdige tenestetilbod over heile landet, uavhengig av kjønn, bustad, etnisk og sosial bakgrunn og økonomisk evne. Det overordna målet med den norske helsetenesta er å sikre alle i landet tilstrekkeleg og god tilgang til tenester som er fagleg forsvarlege og tilfredsstillar internasjonale standardar der slike finst. Dette blir sikra gjennom ei helseteneste som i hovudsak er offentleg finansiert og underlagt folkevald styring.

I samband med utarbeidinga av dei nye helsetenestelovane som blei vedtekne i 1999 blei det lagt vekt på at desse skal gje eit moderne rammeverk for utviklinga av eit nasjonalt helsetilbod som blir drive rasjonelt, har god kvalitet og står i teneste for det einskilde mennesket. Lovane skal danne grunnlaget for eit heilskapleg system som legg til rette for likt tilgjenge og forsvarlege helsetenester.

Prinsippa som skal liggje til grunn for verksemda til den norske helsetenesta må også i framtida utformast gjennom vedtak i folkevalde organ etter open debatt. Slike vedtak vil leggje grunnlaget for den planmessige utviklinga av etisk og fagleg forsvarlege helsetenester. Yting av helsetenester kan ikkje utan vidare samanliknast med sal eller formidling av kva som helst andre varer eller tenester som blir tilbydde på ein tradisjonell marknad i økonomisk forstand. Fordelinga av helsetenestene kan difor ikkje byggje på reindyrka marknadsmekanismar. Men marknadselementa skal medverke til ei ansvarleg forvaltning av dei tilgjengelege ressursane, og betre service overfor den einskilde.

Det ukrenkjelege menneskeverdet

Utgangspunktet for denne meldinga er allmenne menneskerettsprinsipp slik dei kjem fram gjennom dei internasjonale konvensjonane som er gjort gjeldande som norsk lov gjennom lov av 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett. Samla sett stadfestar desse konvensjonane at kvart einskild menneske har krav på vern om og respekt for sin integritet utan omsyn til rase, farge, språk, religion, politisk syn eller anna meinig, nasjonalt eller sosialt opphav, eigedom, fødsel eller andre tilhøve. Ein kvar skal ha rett til liv, fridom og personleg tryggleik. Vidare blir det stadfesta at alle har rett til den høgast oppnåelege helsestandard både fysisk og psykisk. Retten til å nyte godt av vitskapelege framsteg fell også inn under det som er gjort gjeldande som norsk lov. Helsepolitikken skal byggje på respekt for menneskeverdet og leggje til grunn ei rettferdig fordeling av rettar og plikter, likeverd og lik tilgjenge til tenestene, og ei styrkja rettsstilling for den som treng

tenestene. Helseaspektet ved menneskerettane blir også teke fram i handlingsplanen for menneskerettar.

Menneskesynet er ein del av det tolkingsgrunnlaget ein byggjer på når ein skal gjere seg opp meiningar om dei vilkåra mennesket lever under. Menneskesynet gjev til kjenne synspunkt på kva eit menneske er ut frå oppfatningar og kunnskap frå religiøst eller ideologisk perspektiv, allmenne røynsler og vitenskapleg grunngeven kunnskap om mennesket. Menneskesynet byggjer såleis for ein stor del på kulturelle føresetnader. Desse vil kunne variere frå tid til tid og frå stad til stad.

Sjølv om menneskesynet tek utgangspunkt i forhold som har røtene sine fleirfaldige hundreår attende i tida, må ein rekne med at dei ytringsformene menneskesynet gjev seg utslag i kan endre seg. Soga syner at så er tilfelle, også i den vestlege kulturkrinsen med sitt utgangspunkt i den jødisk-kristne tradisjonen.

Endringar i kvinnesynet kan tene som eit relevant døme i forhold til helsetenesta. I NOU 1999:13 om kvinners helse i Noreg blir det peika på at kunnskapsgrunnlag og praksis i helsetenesta ofte tek utgangspunkt i eit mannleg livslauf, sjølv om dette ikkje er direkte uttala. Utviklinga i jamstillingsarbeidet i dette hundreåret har synt at synet på kvinner, også innanfor helsearbeid, endrar seg. Likevel er det grunn til å merke seg at dette skjer langsamt, ofte mykje seinare enn det ein ut frå politiske vedtak skulle ønskje seg. Det er difor viktig å stimulere til auka innsats for å fremje reell jamstilling mellom kvinner og menn i medisinsk forskning, helsefremjande, førebyggjande og kurativt helsearbeid.

Menneskesynet er noko prinsipielt anna enn verdigrunnlaget. Menneskesynet gjev uttrykk for kva ein meiner at eit menneske *er*, altså om kva som er det eigentleg menneskelege. Verdigrunnlaget seier noko om korleis ein meiner at menneske *bør vere*, altså kva ein bør streve for å oppnå. Som døme på sentrale og tilsynelatande evige spørsmål kring menneskesynet kan vere spørsmålet om mennesket er styrt utanfrå eller kan styre seg sjølv, og om mennesket eigentleg er vondt eller godt. Likeins kan spørsmålet om det er eit fundamentalt skilje mellom ånd og kropp stå som døme på eit tema som formar menneskesynet.

Det er brei semje i vår kultur om at menneskeverdet er ukrenkjeleg. Dette er eit samlande syn i den europeiske tradisjonen. Menneskeverdet er til stades i kraft av at ein er menneske, og ikkje ut frå kva ein har gjort seg fortent til. Det ukrenkjelege menneskeverdet gjev støtte til ei prioritering av dei som til ei kvart tid er mellom dei svakaste. Når ein legg dette prinsippet til grunn, må ein også sikre at det ved utforming og tildeling av helsetenester ikkje blir lagt avgjerande vekt på vurderingar av skuld for eigen sjukdom.

Sjukdom, skadar og funksjonshemmingar, både av psykisk og fysisk art, er noko som høyrer til i menneskelivet. Alle menneske møter dette før eller seinare i kortare eller lengre periodar. Makteløysa som ofte følgjer slike situasjonar krev at helsetenesta gjer sitt beste for å støtte opp under kvar einskild person sin rett til sjølv å bestemme over eige liv.

Sjølvråderetten og omsyn til det sårbare og veike i menneskelivet

Ei følgje av å sjå på mennesket som ukrenkjeleg blir å akseptere at mennesket har kompetanse til å gjere egne val. Dette ligg også til grunn for ei rekkje av dei internasjonale konvensjonane som gjeld menneskerettar. Sjølvråderetten har blitt meir og meir sentral i helsetenesta gjennom siste delen av 1900-talet. Eit vendepunkt i norsk helserett kom i 1977 då Høgsterett gav ein pasient medhald i at han hadde krav på innsyn i det som var skrive i journalen hans ved sjukehuset. Denne hendinga kan tene som symbol for at pasientautonomien fekk prioritet framfor den profesjonelle styringsretten i medisinen. Tre år seinare blei denne retten heimla i legeloven. I dei nye helsetenestelovane som Stortinget vedtok i 1999 står sjølvråderetten sentralt. Sjølvråderetten må seiast å vere eit kjernepunkt for forståinga av kva integritet i helsetenesta handlar om.

Likevel vil ein i praksis i helsetenesta ofte stå overfor menneske som ikkje har reelt høve til å gjere egne val. Det kan vere på grunn av helsetilstanden, men også fordi dei ikkje har høve til utan vidare å sjå følgjene av egne val. Dette tilseier at helsetenesta må ha omfattande plikter til informasjon og opplæring av pasientar og pårørande. Dette er difor lovfesta i den nye spesialisthelsetenesteloven. Sjølv om ein legg vekt på auka informasjon og opplæring som verkemiddel for å auke den reelle sjølvråderetten, vil ein alltid stå att med eit sett av situasjonar der ein ikkje kan vente at pasienten eller pårørande har høve til å føreta nødvendige val på eiga hand.

I slike situasjonar må helsepersonell vere klår over at sjølv den som manglar evne til heilt og fullt å ta egne val har krav på respekt for sin integritet. Ikkje minst det sårbare i mennesket, det som ikkje framstår som sterkt og autonomt, krev syn hjå helsepersonellet for det ukrenkjelege menneskeverdet. Det er knapt andre samfunnsinstitusjonar enn helsetenesta som så ofte møter menneske med sviktande autonomi, der respekten for integriteten i det vesentlege består i å verne om det sårbare.

Respekt for det sårbare og veike som gjerne er påtrengjande til stades når ein har behov for kontakt med helsetenesta, skal difor også vere eit kjenne-teikn for den norske helsetenesta. Det sårbare er på sitt største når livet byrjar og når det tek slutt. Tiltak for å sikre menneskeverdet i desse livsfasane må difor bli høgt prioriterte.

Sjukdom er også ofte knytt til veikskap. Evna, og stundom også viljen, til å ta vare på seg sjølv sviktar. Dette må helsetenesta ta omsyn til og gje vern om retten til å få vere i pasientrolla når det er nødvendig.

I møtet med det sårbare og veike, står helsetenesta i fare for å krenkje menneskeverdet. Utilbørleg styring i møte med andre menneske er ei alvorleg fallgrop for helsetenesta. Slik styring kan lett få preg av å vere eit overgrep overfor pasienten, sjølv om det kan vere gjort i beste meining.

Helsetenesta må difor ha eit sterkt islett av nestekjærleik ved tenesteytinga si. Handlingane må vere i samsvar med interessene til den andre, utan omsyn til nytte for tenesteytaren eller samfunnet. Dette er ein eigenskap og ei utfordring ikkje berre for den einskilde yrkesutøveren, men også for helsetenesta som system. Det primære målet for helsetenesta er styrking av menneskeverdet. Den verknaden helsetenesta har på samfunnet kjem i andre rekkje. Særleg varsemd må visast og grundige etiske analysar må gå føre bruken av

medisinske metodar til føremål som tener samfunnet meir enn den einskilde pasienten.

Eit misforstått vern om det sårbare kan lett føre til paternalistiske overgrep. Soga om helsestellet er full av døme på det. Ikkje minst i tenestene for menneske med psykiske sjukdommar, vil det kunne kome til konflikhtar mellom sjølvråderetten og faglege vurderingar av kva som er nødvendig vern om det sårbare. Sjølv om rammene for slike vurderingar blir sette i lovgjevinga, kan dette ikkje ta frå kvar einskild helsearbeidar og kvar einskild tenesteytar ansvaret for å sjå til at ikkje berre eksplisitte juridiske krav blir etterlevd. Menneskeverdet må bli respektert. Det lovpålegget kvar helsearbeidar har til å gje fagleg forsvarleg og omsorgsfull hjelp må tolkast med grunnlag i respekt for menneskeverdet.

Tryggleik for dei som har det vanskelegast

Tryggleiken for dei som har det vanskelegast i samfunnet skal stå sentralt ved utforminga av helsetenesta. I Stortingsmelding nr. 50 (1998-99) om fordeling av inntekt og levekår i Noreg seier Regjeringa at ein ønskjer å oppretthalde eit offentleg velferdssystem som skal gjelde alle, også dei utan tilknytning til arbeidslivet. Eit kjenneteikn for den norske helsetenesta har i ei årrekke vore at tenestetilbodet med få unntak, har vore sikra gjennom offentleg finansiering og organisering. Når ein utformar prioriteringsordningane for helsetenestene, må ein difor også ta omsyn til at også helsepolitikken i velferdssamfunnet skal medverke til utjamning av levekåra.

Opptappingsplanen for psykisk helse peikar på at mange menneske med psykisk sjukdom er mellom dei som har det vanskelegast i Noreg i dag. Det å kunne leve eit godt liv og vere innlemma i det samfunnet og den kulturen ein er ein del av, er eit grunnleggjande velferdsgode som manglar for mange menneske med psykisk sjukdom. Ikkje berre har dei dårlege levekår; dei får gjerne også det svakaste tenestetilbodet.

I tillegg til gode helsetenester, er det avgjerande å sørgje for tilfredsstilling av sentrale behov hjå den einskilde, slik som bustad med støttetjenester der det er nødvendig, og å gje tilbod om deltaking i meningsfull verksemd gjennom arbeidslivet eller anna aktivitetstilbod. Eit sosialt fellesskap med familie og venner, og å kunne få kulturell og andeleg stimulans med grunnlag i egne føresetnader, er sentrale verdier også for menneske med psykisk sjukdom. Helsetenesta må difor ha eit perspektiv på tenesteytinga si som gjer at dette blir mogeleg. Samarbeid med andre sektorar og arbeid over vanlege faggrensar er ein grunnleggjande føresetnad om ein skal lukkast i dette.

Brukarmedverknaden i framtida

Brukarperspektivet står sentralt i den politikken Regjeringa ønskjer å føre. Brukarmedverknad tek utgangspunkt i respekten for det einskilde mennesket, og er i samfunnet vårt ein verdi i seg sjølv. Innsyn i arbeidet i forvaltninga og høve til medverknad i den offentlege planlegginga er døme på dette. Brukarane har viktige røynsler, kunnskapar og innsikt i korleis dei offentlege tilboda fungerer. Det er viktig for folkevalde, forvaltarar og fagfolk å nytte seg av slike røynsler ved planlegging, utvikling og drift av offentlege tenestetilbod, også i helsetenesta.

I vår tid er det ikkje uvanleg at pasientar sjølv har skaffa seg omfattande informasjon om faglege forhold knytt til eigen sjukdom. Internett er eit godt og etter kvart allment tilgjengeleg medium for å skaffe dette. Helsetenesta må sjå på dette som ei god utvikling fordi ein står overfor pasientar som viser stort engasjement i forhold til eigen tilstand. Likevel vil denne utviklinga utfordre både den fagleg kompetansen til helsepersonellet og forhold knytt til ressursbruken i helsetenesta. Helsetenesta og helsepersonellet kan ikkje møte dette med gammaldagse strategiar.

Helsetenesta må i aukande grad venje seg til å leggje avgjerande vekt på brukarane sine egne synspunkt og val. Dette er noko anna enn å sjå på brukarmedverknad berre som eit nytt krav i helsetenestelovgjevinga. Det er ein ny måte å arbeide på for å sikre kvalitet i tenesteytinga. Kvar einskild pasient og kvar einskild gruppe av brukarar har unike røynsler som helsetenesta treng. Denne kunnskapen må også liggje til grunn for utviklinga av tenestetilbod til ulike grupper av brukarar.

Innanfor psykisk helsevern er det utvikla ein meir ressurskrevjande metode. Brukarar av institusjonar blir intervjuja og resultatane blir samla i brukarrapportar. Der tek ein opp årsakene til problema i pasientperspektiv. Informasjonen er retta inn på det ein kan gjere noko med for framtida. Metoden får fram djupet og variasjonane i svara frå brukarane. Dei institusjonane som nyttar metoden har utvikla prosedyrar for oppfølging av meldingane. Det er brukarar som gjennomfører undersøkingane og tolkar resultatane. Det har synt seg at fagpersonell og brukarar har ulike tolkingar.

Dei brukarane som deltek i utviklinga av tenestetilbodet, blir dessutan aktiviserte på ein måte som i seg sjølv kan styrkje evna til meistring av eige liv. Medverknad frå brukarane kan også føre til at samfunnet og den einskilde av oss blir meir opne for til dømes psykisk sjukdom, og medføre ei holdningsendring i retning av å syne at sjukdom ikkje nødvendigvis er til hinder for aktiv og ansvarleg deltaking i samfunnet.

Rollene som pasient, pårørende og behandlar er ikkje samanfallande. Det er ein asymmetri mellom desse som ikkje kan opphevast berre ved å gje uttrykk for at dei som innehar rollene er likeverdige. Den profesjonelle aktøren kan ikkje fri seg frå ansvar for å handtere denne asymmetrien på ein menneskeleg og fagleg forsvarleg måte. Faglege forhold må bli opnare for innsyn frå brukarane og samfunnet. Det same gjeld grunnlaget for prioriteringar i ein-skildtilfelle og på tenestenivå. I prioriteringss spørsmål er det vesentleg at dei fagleg aktørane er klår over den rolla dei har som forvaltarar av helsetenester som fellesgode i samfunnet.

Menneskeverdet og faren for sortering

Regjeringa tek fråstand frå eit syn som oppfattar mennesket først og fremst som individ med materielle behov, og frå oppfatningar av mennesket først og fremst som aktørar på ein marknad. Prinsippet om kvar einskild sin ukrenkjelege verdi, utan omsyn til kjønn, religion, sosial bakgrunn, funksjonsnivå, sivilstand, bustad og etnisk tilhøyring skal leggjast til grunn for politikken. Det er difor viktig å motarbeide utviklinga av samfunnstrekk som legg opp til sortering av menneske. Eit kvart menneske sitt liv er i seg sjølv eit mål.

Tilgang til ny kunnskap i genetikk og medisinsk bruk av bioteknologi vil auke raskt dei komande åra. Denne kunnskapen vil opne opp for ei rekkje undersøkings- og behandlingsformer som både kan vere meir effektive og ha færre biverknader enn dei metodane vi har i dag. Den kunnskapen vi då rår over, må forvaltast på ein måte som ikkje krenkjer menneskeverdet.

Den nye kunnskapen vil utfordre grensene for kva samfunnet ser på som forsvarleg medisinsk verksemd. Til dømes vil blodprøvar tekne av mora i sjette til sjuande svangerskapsveke innehalde små mengder fosterceller som vil kunne analyserast og seie mykje om eigenskapane til fosteret som menneske. Likeins vil ultralydundersøkingar tidleg i svangerskapet kunne avdekkje eigenskapar ved fosteret som elles ikkje vil kome til kjenne før fødselen. Forsking på befrukta egg og sider ved genteknologisk eksperimentering kan vere døme på forhold som aukar faren for sortering av menneske ut frå ei oppfatning om kva som er gode og kva som er dårlege eigenskapar.

Lønsemds-, nytte- og økonomiske verdivurderingar av mennesket kan også vere eit overgrep overfor det ukrenkjelege i menneskeverdet. Helsepolitikken er eit område der ein må vere var for at slike haldningar og mekanismar kan kome inn sjølv i beste mening. Det er viktig å hindre at medisinsk bruk av ny teknologi medfører endra haldningar til menneske med sjukdom og funksjonshemjingar, eller at det fører til ei uønskt merking av menneske med visse eigenskapar. Dette er ei årsak til at det no er nødvendig å sjå nærare på kva rammer som skal gjelde for bruk av medisinsk kunnskap og helseopplyningar i forhold til arbeidslivet og ulike forsikringsordningar.

Faren for sortering kan såleis tene som stikkord ikkje berre på den biologisk orienterte sorteringa som kan kome som følge av bruk av nyare kunnskap i genetikk og bioteknologi. Stimulering til auka konkurranse menneske mellom i skule, arbeidsliv og også i private samanhengar, vil kunne føre til auka skilnader mellom vinnarar og taparar.

St.meld. nr. 50 (1998-99) om fordeling av inntekt og levekår i Noreg, Utjammingsmeldinga, gjev ein analyse av levekåra og føreslege tiltak nett for å hindre vidare utvikling av sosiale sorteringsmekanismar. I Utjammingsmeldinga blir det peika på at helsetenesta har verkemiddel som kan nyttast i utjammingsarbeidet. Habiliterings- og rehabiliteringstiltak kan tene som døme på dette. Ved utforminga av tiltak i helsetenesta og evalueringa av desse, vil ein sjå til at verknader på levekåra blir vurderte. Det er særleg viktig å sjå nærare på korleis slike verknader kan slå ulikt ut i forhold til kjønn, alder, bustad, funksjonsnivå, sysselsetjing og etnisk tilhøyring.

Menneskeverdet og økonomisk styring

Bruk av økonomiske teoriar og modellar ved utforming av konkrete tiltak i helsetenesta er nødvendig for å sikre best mogeleg bruk av dei tilgjengelege ressursane. Føremålet med auka bruk av økonomisk inspirerte styringsmodellar er såleis djupast sett forankra i ønsket om å ivareta forvaltaransvaret gjennom ei ansvarleg ressursforvaltning og såleis unngå å sløse med ressursane. Dette er også nødvendig for å sikre at flest mogeleg pasientar får nødvendig hjelp i rimeleg tid.

Det kan vere konfliktar mellom dei mange måla som ulike verkemiddel skal leve opp til. Dette gjeld til dømes konfliktar mellom ulike tenesteområde,

der ein kan risikere at dei oppgjersordningane som er mest styrbare for tenesteytaren, også er styrande for kva tiltak som blir prioriterte. Tenesteytaren kan då velje å arbeide med dei pasientane og problemstillingane som er dei lettaste.

Slike forhold kan aldri heilt ut kontrollerast gjennom oppbygging av finansieringssystema. Systema vil aldri kunne bli så robuste at dei ikkje kan manipulerast av tenesteytarar som skulle ønskje det. Strengje moralske krav gjeld difor for tenesteytarane når desse forvaltar verdier på vegne av samfunnet, både som einskilde yrkesutøvarar og som organisasjonar. Ein må sikre at ordningane blir etterlevde slik dei skal gjennom innsyn, tilsyn og evaluering. Dei prioriteringane som blir gjort ved tenesteytinga skal vere i samsvar med omsynet til menneskeverdet, planlagde mål og faglege krav, og ikkje vere motiverte ut frå omsynet til tenesteytaren sin eigen profitt. Dersom kjensla av eit samfunnsansvar sviktar hjå tenesteytarane, vil reine pengeinteresser vere eit trugsmål for den økonomisk inspirerte bruken av verkemiddel.

Språkbruken knytt til bruken av økonomiske verkemiddel i helsetenesta kan også verke framandgjerande og lett leie tankane over på industriell produksjon. Det er viktig at ein prøver å unngå ei teknokratisk prega språkføring, fordi språkbruken lett kan smitte over på måten vi til sist behandlar einskildmennesket på.

4.2 Kjerneverdier for helsetenesta

Grunnlaget for verdiane i helsetenesta

Verdier er vurderingar av kva som er av det gode, altså kva ein ønskjer å arbeide for å oppnå. Verdier er såleis førestellingar om det ein ønskjer seg. Dette fører til at verdier ikkje utan vidare kan hevdast å vere noko objektivt eller for den saks skuld noko tydeleg målbart. Verdier handlar meir om *opplevinga* av eigenskapane ved eit fenomen eller system, enn om eintydig eigenskapar ved dette. Denne innfallsvinkelen opnar for ulike oppfatningar om kva som er av det gode og kva som er av det vonde.

Analysar frå Statistisk Sentralbyrå syner likevel at det er påfallande stor semje om kva som er viktige verdier i det norske samfunnet. Menneskeleg fellesskap står framleis sterkt som samlande verdi for folk her i landet. To tredelar av folket har i løpet av det siste året ytt ulike typar hjelp til andre. Dei vanlegaste ønskja som folk har for å få det betre er betre økonomi og meir fritid. Mange ønskjer seg også betre helse. Dei som ønskjer seg det, tykkjest setje dette som høgaste verdi.

Det er grunn til å tru at dei verdiane som ulike menneske legg til grunn for ei god helseteneste er mellom dei det er lettast å oppnå allmenn semje om. Dette talar for at sjølv om ein har vald ein subjektivt prega verdidefinisjon vil ein kunne meisle ut eit samlande sett av kjerneverdier som står sentralt i opplevinga av kva som er viktig ved den norske helsetenesta, både mellom fagfolk, forvaltarar, leiarar, folkevalde og folk flest.

Dei verdiane som den norske helsetenesta skal leggje til grunn for verksemda på alle nivå, må vere i samsvar med det som er demokratisk fastsett og akseptert som normgjevande i samfunnet. Dei må byggje på dei lange tradisjonane dei ulike yrkesgruppene i helsetenesta har for sjølv å gjere greie for kva

som er grunnleggjande for yrkesutøvinga. Verdigrunnlaget må vidare vere kjent ikkje berre for fagfolk, men også for folk flest.

Helse og helseteneste som verdier

Det er vanskeleg å seie om folk flest skil mellom helse og helseteneste som verdi. Både kan vere verdier i og med at dei både kvar for seg og til saman er noko ein ønskjer å arbeide for å oppnå. Om ein ønskjer seg helse, er det likevel slik at ingen kan gje nokon som helst lovnad om å oppnå dette. Samfunnet kan gje lovnader om tenesteyting i arbeidet med å fremje helse, førebyggje og behandle sjukdom, og sørgje for profesjonelle omsorgstiltak. I dette perspektivet blir helsetenesta som omsorgsgjevar og sikrar av menneskeverdet ein verdi i seg sjølv, og i tillegg eit av mange verkemiddel i arbeidet med å oppnå helse. Sjølv om ein har helse som verdi og visjon for ein samla innsats innanfor og utanfor helsetenesta, er det difor grunn til å vere meir atterhalden med å leggje for einsidig vekt på helse som verdi for arbeidet i helsetenesta. Verdigrunnlaget for helsetenesta må vere mykje vidare og meir nyansert.

Grenseflata mellom livskriser, eksistensielle problem og sjukdom

Ei rekkje av dei problema som folk i Noreg kjem til helsetenesta med er av ein slik art at helsetenesta ikkje utan vidare har verkemiddel som er særleg høvelege for å løyse dei. Symptom, plager og oppleving av sjukdom har ikkje berre medisinsk opphav. Ei rekkje slike kan først attende til opplevingar og livssituasjonar som verkeleg stiller mennesket på grensa av kva det kan makte. Opplevingar ved tap og kriser er av ein slik art. Korleis ein handterer slike personlege utfordringar, er ganske individuelt prega. Ei rekkje menneske oppsøker helsetenesta i slike situasjonar fordi dei ikkje finn andre vegar å gå.

Helsetenesta og helsepersonell av alle slag og på alle nivå må vere i stand til å møte menneske som kjem med slike problem, også om helsetenesta ikkje har verkemiddel som kan vere til hjelp. I slike situasjonar må helsetenesta vere i stand til å hjelpe til med å etablere kontakt med andre personar eller organisasjonar som kan vere til hjelp og støtte.

I dette arbeidet vil ulike former av frivillige organisasjonar og verksemder stå sentralt. Til dømes har krisesentra for kvinner for lengst fått ein klår plass i tilbodet til kvinner som har vore utsette for overgrep. Dette er eit døme på eit tilbod som den offentlege helsetenesta vanskeleg kan overta utan at vesentlege verdier ved dette tenestetilbodet går tapt. Ved å gje hjelpa utanfor helsetenesta får ein til dømes understreka at den som oppsøker det ikkje nødvendigvis er å sjå på som sjuk.

Tryggleik for omsorgsfull og kyndig teneste

I den tradisjonelle etikken for yrkesgruppene i helsesektoren står møtet mellom pasient og behandlar sentralt. Dei fleste yrkesgruppene har felt ned dei etiske prinsippa i skriftlege retningsliner. Kjernen i verdisetet er at pasienten skal kunne ha tiltru til at ein får eit tilbod som er best mogeleg tilpassa den situasjonen vedkommande er i. Tilbodet skal vere fagleg forsvarleg og byggje på god teoretisk og praktisk fagkunnskap.

I den urgamle hippokratiske tradisjonen blei det sagt at legen ein gong i mellom kunne lækje, ofte kunne han lindre, men alltid skulle han kunne trøyse. Ein del nyare sjukepleieforskning tek utgangspunkt i kjærleiksomgrepet (lat. caritas) ved omtalen av fundamentet for møtet mellom pasient og behandlar.

Vern om integritet og styrking av autonomi

Pasienten skal ha krav på vern om integriteten sin og vere sikra konfidensialitet kring personlege problem. Tilbodet skal vere føreseieleg. Tenesteytaren skal kjenne seg forplikta til å gjere det beste for pasientane sine, ikkje berre på eit forretningsmessig grunnlag, men ut frå eit ønskje om å stå i teneste for den andre. Desse kjerneverdiane blir samla gjennom dei etiske prinsippa om å oppretthalde pasienten sin autonomi, alltid søkje å gjere det beste og å unngå å skade. Fram mot hundreårsskiftet har tradisjonelle krav om å verne om eiga yrkesgruppe stort sett blitt fjerna frå dei yrkesetiske regelsetta.

Boks 4.1 Kjerneverdier i medisinsk arbeid

Den dåverande presidenten i den engelske legeforeininga, professor i allmenmedisin David Morrell, føreslo i 1994 eit sett av kjerneverdier i medisinsk arbeid. Redaktør Richard Smith refererer dei slik i *British Medical Journal* 12. november 1994 (BMJ 1994;309:1247-48):

«Confidence of the patient in the doctor is at the heart of the doctor-patient relationship, which must be «a real human relationship based on love, caring, and sharing.» The confidence depends on the integrity of the doctor. Confidentiality must be a core value for medicine, but teamwork, accountability to management, and computers all threaten it. Doctors must maintain their competence through continuing study and development, and the profession must be able to guarantee the competence of its members through audit, peer review, and possibly reaccreditation. Doctors have an unwritten contract with their patients to provide optimal care within available resources, but they also have contracts with their employers. If a conflict arises between these two then the priority must be given to the contract with the patients. Responsibility to the community includes pursuing the equitable distribution of resources. The last core value, commitment, meant that those entering the profession should commit their working lives to the service of patients.»

Rettferd

I tillegg har ein i medisinsk etikk i siste halvdel av dette hundreåret også lagt vekt på prinsippet om rettferd i tenesteytinga. Helsetenester byggjer på avgrensa ressursar. Fordelinga av tilbodet mellom ulike personar med ulike behov må såleis tole å bli vurdert ut frå etiske prinsipp. Sentralt i rettferdstenkinga i helsetenesta står oppfatninga om at det er dei med dei mest alvorlege problema som skal ha prioritet. I rettferdsomgrepet inngår også forhold kring

nærleik og tilgang til helsetenester uavhengig av bustad, kjønn, alder og andre særlege individuelle forhold. Den nye pasientrettsloven er eit sentralt verkemiddel for å sikre rettferd i ytinga av helsetenester.

Både i politisk og fagleg perspektiv byr rettferdsprinsippet på store utfordringar. Det kjem lett til konflikhtar mellom ulike konkurrerande verdier. I fødselshjelp og akuttmedisin har ein til dømes situasjonar der nærleik til tenestetilbodet kan bli sett opp mot kravet om fagleg forsvarlege tenester. Om ein trekkjer inn internasjonale aspekt i vurderinga, blir konfliktane mellom ulike verdier enno tydelegare. Det er til dømes ikkje særleg lett å finne gyldige argument for at dei etiske vurderingane skal stoppe ved landegrensene utan at det kjem i strid med viktige menneskerettsprinsipp. Dette er eit viktig argument for prioriteringa av helsetenestetiltak i den norske bistandspolitikken.

Innhaldet i forvaltaransvaret i helsetenesta

Helsetenesta arbeider sjølv med ei rekkje prioriteringsspørsmål, sjølv om dette tradisjonelt ikkje har vore ein sentral del av yrkesetikken. Den har vore tydeleg individualorientert. Det er utan tvil slik at kriteria som gjeld fagleg kvalitet og dei prinsippa som blir lagt til grunn for prioriteringar i den daglege verksemda, i første rekkje blir fastsett gjennom den faglege tradisjonen. Den påverknaden kvar einskild yrkesutøvar får gjennom utdanninga og etterfølgjande praksis er truleg meir styrande for den kliniske verksemda og dei vurderingane vedkommande gjer i møte med pasientane enn det ein nokon gong vil kunne oppnå gjennom meir tradisjonelle byråkratiske verkemiddel.

Dette tilseier at sentrale helsestyremakter må leggje vekt på påverknad gjennom utdanningssystema og gjennom å leggje til rette for rammevilkår som sikrar at dei faglege utviklingsprosessane til yrkesutøvarane skjer i samsvar med det som er politisk fastsett. Dei som har ansvaret for grunn-, vidare- og etterutdanning av helsepersonell må sørge for å sikre at elevar og studentar får kunnskap om verdigrunnlaget for helsetenesta og ikkje minst innsikt i tverrfagleg arbeid og måla for den norske helsetenesta. I tillegg til den teoretiske innsikta, er det viktig å formidle kunnskap om korleis ein i praksis skal ta omsyn til etiske prinsipp for helsetenesta.

Denne tankemåten står også sentralt i det nye programmet for kvalitetsutvikling i den offentlege engelske helsetenesta. Dei peikar der på at eit sterkt klinisk leiarskap (clinical governance), livslang læring og profesjonell sjølvregulering er kjerneelementa for å sikre kvalitet i tenesteytinga. Dette kan også tene som stikkord for innhaldet i forvaltaransvaret i helsetenesta.

Yrkesgruppene sitt eige etikkarbeid

Dei ulike yrkesgruppene i helsetenesta har lange tradisjonar for sjølv å ta ansvar for arbeid med etiske problemstillingar knytte til yrkesutøvinga. Alle dei sentrale yrkesgruppene har etiske reglar og eigne system for å handtere brot på desse. Inntil for få tiår sidan var den profesjonelle eigenjustisen det mest sentrale vurderings- og sanksjonssystemet i forhold til fagfolk i helsetenesta. Typisk for yrkesgruppene sin sjølvjustis har vore fokus på tradisjonelle etiske spørsmål i møtet mellom pasient og behandlar.

Dei seinare tiåra har tilsynsstyremaktene i aukande grad vore aktive på å følgje opp saker både av etisk og meir fagleg art der det blir stilt spørsmål om

yrkesutøvarane har handla i samsvar med krava i lovgjevinga. Dette er ei ønskt utvikling. For folk flest fell det seg i dag meir naturleg å vende seg til fylkeslegane og Statens helsetilsyn enn til yrkesorganisasjonane når dei har klagar å fremje, eller ønskjer å stille spørsmål knytt til yrkesutøvinga til helsepersonellet.

Sjølv om den statlege tilsynsordninga har viktige oppgåver med å følgje opp klagesaker og avviksmeldingar i helsetenesta, kan ho ikkje erstatte dei ulike yrkesgruppene sitt eige arbeid med å utvikle og følgje opp etiske standardar, eller den innsatsen som kvar verksemd i helsetenesta sjølv må gjere for å sikre etisk og fagleg forsvarlege tenester.

Profesjonaliteten i møtet mellom pasient og behandlar

Mange pasientar opplever framleis at dei kan møte yrkesutøvarar i helsetenesta som handlar på vegne av andre i beste meining, utan at dei det gjeld sjølv ønskjer det. Trass i god fagleg innsikt og lang erfaring, kan pasienten kjenne seg meir som objekt eller offer, enn som eit reflekterande og handlande medmenneske. Ein profesjonell helsearbeidar må difor i tillegg til den reint faglege hjelpa, kunne gje omsorgsfull støtte til sjølvråderetten og vern om det sårbare i mennesket.

Dette krev stor innsikt i at rolla som helsearbeidar er noko anna enn rollene som pasient og pårørande. I ei tid der helsearbeidaren i større og større grad framstår som ein rådgjevar overfor pasient og pårørande, vil det vere vesentleg å drøfte innhaldet i desse rollene. Utan ein levande debatt om rollefordelinga mellom folkevalde, fagfolk og folk flest, kan ein tenkje seg at rolla som helsearbeidar etter kvart blir jamstelt med andre tenesteytande yrkesroller i eit heilt vanleg og forretningsmessig bytteforhold, slik vi kjenner det frå tenesteyting elles. Det er tvilsamt om ei slik utvikling er i samsvar med dei ønskja folk flest har for den vidare utviklinga av helsetenesta i landet.

Den fagleg grunngevrne empatien føreset at den profesjonelle utøvaren maktar å setje seg inn i situasjonen for pasient og pårørande slik den framstår i deira posisjonar. Dette krev ikkje berre opplæring og øving, men det fordrar også at ein aktivt og medvite nyttar tid og teknikkar for å klårgjere korleis situasjonen blir opplevd av den som søker hjelp.

Auka forståing for dette kan ikkje sikrast berre gjennom ytterlegare lovgjeving eller endra organisering av tenestene. Det krev jamleg arbeid av utdanningsinstitusjonane og i ulike fagmiljø, både i samband med rekruttering av studentar og arbeidstakarar, og gjennom sjølvne utdanninga eller arbeidet.

Innhaldet i utdanningane må sikre studentane både solid teoretisk forankring, gode føredøme og nok praktisk trening slik at dei kan vere budde til ansvarleg og sjølvstendig yrkesutøving. I den praktiske kvardagen er dyrking av den gode profesjonaliteten og synleggjering av dei gode føredøma ei oppgåve for det kliniske leiarskapet. Dette er ei sentral utfordring for helsetenesta når dei nye lovane skal setjast i verk i nær framtid.

Sjølv om helsepersonelloven gjev rammene for rolla som helsearbeidar, er det vesentleg at utforminga av innhaldet blir gjort av dei ulike yrkesgruppene sine eigne aktørar. Denne utforminga må skje ikkje berre ved arbeid innåt i forhold til eiga yrkesgruppe, men ved samarbeid yrkesgruppene i mellom og i forhold til pasientar, pårørande og folk flest. Det er nødvendig å sjå nærare

på korleis tverrfaglege vidare- og etterutdanningsordningar kan nyttast meir omfattande enn tilfelle har vore fram til no. Utfordringane ligg både på det kliniske leiarskapet, yrkesorganisasjonane og sentrale og lokale styremakter.

Utvikling av etiske prinsipp for vår tid

Store utfordringar er knytte til å sikre ei tverrfagleg og fleirsektoriell tilnærming i den faglege utviklinga, samt til å sikre at kvalitetsutviklings- og ressursdisponeringsarbeidet dreg i same retning. Ei tverrfagleg og internasjonalt samansett uavhengig arbeidsgruppe, Tavistock Group, har nett lagt fram til drøfting eit sett av samlande etiske prinsipp for alle interessentar i helsetenesta. Drøftingsdokumentet frå gruppa byggjer på følgjande fem etiske prinsipp for styring av helsetenesta:

1. Helsetenester er ein menneskerett.
2. Tenesteytinga skal vere sentrert kring omsorgen for den einskilde, men må sjåast og praktiserast innanfor ein samanheng der ein arbeider for å sikre best mogeleg helse for større og mindre grupper av menneske.
3. Helsetenesta sitt ansvar omfattar førebygging av sjukdom og hjelp ved funksjonshemjingar.
4. Samarbeid mellom dei som arbeider i helsetenesta og i forhold til dei som mottek tenestene er tvingande nødvendig.
5. Alle einskildpersonar og grupper som deltek i helsetenesta, anten dei sørger for tilgangen til tenestene eller sjølve tenesteytinga, har eit ansvar for støtt å sørge for at kvaliteten på tenestene blir betre.

Dette er eit drøftingsutkast frå ei uavhengig arbeidsgruppe og er såleis ikkje uttrykk for offisielle synspunkt frå korkje styremakter eller yrkesorganisasjonar. Sjølv om dei ikkje utan vidare kan gjerast direkte gjeldande for helsepolitikken, syner desse prinsippa likevel viktige kjenneteikn ved etikkarbeidet innanfor helsetenesta i dag.

4.3 Samarbeid om etikkutviklinga

Synleggjering av verdigrunnlaget i utdanningane av helsepersonell

Det verdigrunnlaget for ytinga av helsetenester som utdanningsinstitusjonane formidlar, set sterkt preg på helsepersonellet si eiga oppfatninga av kva som er god praksis. Det er difor særskilt viktig at alle som har ansvar for ikkje berre grunnutdanning, men også vidare- og etterutdanning av helsepersonell, er klår over kva som er det berande verdigrunnlaget for den norske helsetenesta.

Det må vere eit mål for alle utdanningsopplegg at dei både gjennom teori og praksis er i stand til å formidle sentrale element i dette verdigrunnlaget. Viktigare enn å ha eigne kurs og eige pensum i «verdigrunnlaget», er at etiske drøftingar og analysar av moralske dilemma inngår som ein naturleg og nødvendig del av alle faglege og administrative problemstillingar som blir tekne opp i undervisninga.

Siktemålet med å peike på ansvaret som ligg på utdanningsinstitusjonane i denne meldinga er såleis ikkje å opprette nye fag eller emne, men å minne om at bruken av kunnskap og fagleg teknologi alltid må setjast inn i eit samlande perspektiv der omsynet til menneskeverd og samfunnets krav må stå sentralt. Departementet meiner at behovet for slik etisk refleksjon vil auke i

framtida, og at utdanningsinstitusjonane må sikre elevane og studentane nødvendig innsikt og øving i dette.

Verdigrunnlaget i helsetenesta og arbeidsmiljøet for personellet

Det er ikkje tvil om at helsepersonellet strevar med å leve opp til dei krava som blir stilt for tida. Endringar skjer raskt. Auka krav om samarbeid med andre og auka medverknad frå pasientar og pårørande, stiller krav om nye arbeidsmåtar. Behovet for støtt å vurdere endringar i arbeidsformene for å betre ressursbruken, kan lett bli oppfatta som mistillit mot den måten personellet løser arbeidsoppgåvene sine og brukar arbeidstida si på.

Det er ei sentral utfordring for leiarskapet å løyse ut aktiv medverknad frå personellet i dei organisatoriske og faglege endringane som er nødvendige. Dette er formelt heimla i lov av 4. februar 1977 nr. 4 om arbeidervern og arbeidsmiljø. Den stiller krav til arbeidsgjevarane om å sikre medverknad frå dei tilsette ved utviklinga av nye arbeidsmetodar og endra organisering av arbeidet. Departementet vil peike på at den lovgjevinga som gjeld for helsetenesta ikkje er til hinder for dette samspelet mellom arbeidsgjevarar og arbeidstakarar, sjølv om det inneheld ei rekkje konkrete krav til tenesteytinga. Etterleving av krava i arbeidsmiljøloven er for å lukkast i dette samarbeidet.

Dei omleggingane som er nødvendige i framtida kan ikkje gjennomførast på ein forsvarleg måte, korkje av omsyn til pasientane eller dei tilsette, utan at samspelet mellom partane i arbeidslivet skjer på ein forpliktande og tillitsfull måte. Eit sterkt leiarskap i vår tid må byggje på evna til å leggje rammene, skape motivasjonen og utvikle gode relasjonar mellom dei ulike aktørane i endringsarbeidet.

Ansvar for å skape dette ligg på leiarane, men utfordringa i å få dette til må delast med helsepersonellet. Alle har her eit medansvar. Helsepersonellet må på si side kjenne seg forplikta til å handle i samsvar med det verdigrunnlaget og dei måla som gjeld for helsetenesta som velferdsordning og for den ein-skilde verksemda. Rommet for fagleg utvikling og kreative løysingar skal vere stort. Men valet av konkrete ordningar kan ikkje berre bli styrt av reine faglege ønskje. Konflikhtar må løysast gjennom å leggje vekt på det overordna verdigrunnlaget og dei tilgjengelege ressursane, der omsynet til pasienten innanfor dei rammene som gjeld, må vere i sentrum.

Departementet meiner at det samlande verdigrunnlaget må vere kjent for dei samhandlande partane før konflikhtar oppstår dersom partane skal ha tillit til at dette kan vere ei rettesnor for løysinga av konflikhtar. Det er såleis ei sentral oppgåve for leiarskapet å arbeide for at dette grunnlaget er kjent og blir teke med når ein vurderer utforminga av tiltak i helsetenesta. Leiarane må såleis gjennom medvite og systematisk arbeid skape rom for etisk refleksjon både i det daglege arbeidet og ved større endringar på den ein-skilde arbeidsplassen.

Kliniske etikk-komitear i sjukehus

Moderne medisin fører med seg store utfordringar for pasientar, pårørande og helsepersonell. Bruk av ny medisinsk teknologi og den snøgge kunnskapsutviklinga medfører at yttergrensene i livet blir tøygde. Vi kan påverke befruk-

ting, fødsel og død. Dette medfører innfløkte problem og vanskelege spørsmål i det kliniske arbeidet i sjukehusa. I mange land har det i ei rekkje år vore vanleg med kliniske etikk-komitear. Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo tok i 1993 eit initiativ overfor Sosial- og helsedepartementet om samarbeid om eit prosjekt for å prøve ut slike komitear ved tre norske sjukehus. Ei evaluering av dette prosjektet gjennomført i 1998 synte at komiteane ved Rikshospitalet, Fylkessjukehuset Gjøvik og Ullevål sykehus har viktige funksjonar som ikkje blir gjort av andre instansar.

Utvalet som evaluerte verksemda føreslo at det i første omgang skulle bli oppretta slike komitear ved kvart sentralsjukehus og ved dei fem regionsjukehusa. Sentralt for desse komiteane er arbeidet med å auke den etiske kompetansen og styrkje den etiske refleksjonen i det kliniske arbeidet gjennom å gje råd ved løysinga av konkrete etiske dilemma ved sjukehuset. Komiteane skal også vere med på å auke medvitet om etiske problem knytte til ressursbruk og prioritering slik at fordelinga av knappe ressursar kan skje med størst mogleg grad av rettferd. Dei skal også hjelpe til med å sikre at pasientar og pårørande får eit best mogleg møte med sjukehuset.

Departementet meiner at ein gjennom å opprette slike komitear kan vere med på å dempe konflikter mellom omsynet til den einskilde pasienten og omsynet til effektiv ressursbruk. I statsbudsjettet for 2000 er det difor sett av middel til Senter for medisinsk etikk slik at dette kan påta seg oppgåva for ei nasjonal samordning av desse komiteane. Komiteane kan også gje nyttige innspel i det vidare prioriteringsarbeidet.

Pasientomboda i den norske helsetenesta

Den nye pasientrettsloven krev at det skal vere pasientombod i alle fylkeskommunar. Tradisjonelt sett har rolla til pasientomboda vore å vere bindeledd mellom pasientar som har noko å utsetje på fylkeshelsetenesta og tenesteytaren. Dette vil også vere ei hovudoppgåve i framtida. Om denne rolla skal fyllast på ein forsvarleg måte, er det viktig å sikre at omboda også i framtida får ha ei fri og uavhengig stilling. Pasientomboda har ei viktig oppgåve som talerør for pasientane overfor spesialisthelsetenesta, både i einskildsaker og når det gjeld systemforhold.

Den nye pasientrettsloven krev at pasientomboda skal gje informasjon, rettleiing og råd til folk som vender seg dit for å få hjelp. Dette er i seg sjølv eit viktig tiltak for å styrkje stillinga til pasientane i helsetenesta. Det er viktig å skilje tydeleg mellom pasientomboda si rolle og tilsynsetaten sine oppgåver til dømes når det gjeld oppfølging av klagemål.

Pasientomboda har brukt å skrive årsmeldingar der dei summerer opp røynsleane frå arbeidet sitt. Desse årsmeldingane gjev verdifulle signal til helsetenesta om kor det er behov for å betre tenestetilbodet. Departementet reknar med at slike årsmeldingar også vil bli laga i framtida. Dei vil i tillegg til den lokale bruken, også kunne tene som eit bilete av vesentlege sider ved forholdet mellom pasientane og helsetenesta i landet totalt sett. Dei som er ansvarlege for tenesteytinga må sikre at innhaldet i desse meldingane blir vurdert og brukt som grunnlag i det jamne kvalitetsarbeidet ved verksemda.

Den nye pasientrettsloven gjev pasientomboda høve til også å uttale seg om forhold som høyrer inn under arbeidsområdet, og å føreslå tiltak, utan at dette direkte er knytt til einskildsaker. Departementet reknar med at pasien-

tomboda vil kunne ha viktige innspel til dømes ved utforminga av system og prosedyrar for brukarmedverknad og bruk av røymsler frå pasientar og pårørande ved utforminga av tenestetilboda. I dette arbeidet er det viktig å sikre at pasientomboda ikkje blir pålagde eller tek over ansvar for systembygginga eller avviksoppfølginga. Dette ansvaret må liggje heilt og fullt hjå tenesteytaren.

Ved gjennomføringa av pasientombodsordninga med heimel i den nye pasientrettsloven, ser departementet det som viktig at dei nemnde funksjonane til pasientomboda blir teke omsyn til. Departementet vil kome attende til dette i samband med at den nye pasientrettsloven blir sett i kraft.

Friviljuge organisasjonar

Friviljuge organisasjonar har lange tradisjonar for aktiv deltaking ved utforming og drift av tiltak i den norske helsetenesta. Friviljuge organisasjonar har bygd opp og drive ikkje berre helseinstitusjonar, men også til dømes helsestasjonar og heimesjukepleietenester. På ein del av desse områda har det vore desse organisasjonane som har gått føre og synt kva modellar som kan eigne seg. Den tradisjonen som dei friviljuge organisasjonane står for, er eit viktig supplement til den offentlege tenesteytinga, ikkje berre når det gjeld kapasitet, men også i form av nyansar når det gjeld innhald i tenesteytinga.

Også i dag driv slike organisasjonar helsetenestetiltak, då vesentleg med grunnlag i avtalar om tenesteyting for det offentlege. Når det gjeld utøvande helsetenestetiltak, må det av omsyn til pasientane setjast dei same krava til tiltaka som blir drivne av friviljuge organisasjonar som dei som er reint offentlege. Det vil også i framtida vere rom for slike driftsformer. Lovgjevinga både for kommunehelsetenesta og dei fylkeskommunale tenestene opnar for slike driftsformer.

Friviljuge organisasjonar, og då ikkje minst organisasjonar som representerer pasient- og brukarinteresser, har ei sentral rolle i dialogen mellom dei som er ansvarlege for helsetenesta på ulike nivå og brukarane. Røymslene som desse organisasjonane sit inne med har fram til no ikkje blitt nytta på ein systematisk måte. Departementet vil i det vidare arbeidet med utvikling av kvalitetssystema i helsetenesta stimulere til auka bruk av innspel frå desse, m.a. gjennom utforminga av krav til internkontrollsystema i helsetenesta.

Det er vesentleg både for det offentlege og for organisasjonane sjølve å skilje mellom dei to rollene som er nemnde ovanfor. Som institusjonseigarar vil friviljuge organisasjonar måtte rette seg etter dei same reglane som gjeld for andre institusjonseigarar. Som representantar for pasient- og brukarinteresser står organisasjonane sjølvstendig fritt til å planleggje og drive verksemda si, også i forhold til offentlege instansar. Det er såleis viktig at organisasjonane si rolle som brukarrepresentant er fri og uavhengig i høve til reine næringsinteresser.

Helseteneste og diakoni

Frå gammalt av har kyrkja hatt ein sentral plass ved yting av hjelp ved sjukdom. Diakonale ordningar har gått føre utviklinga av eit reint helsetenestetilbod på mange område, både nasjonalt og internasjonalt. Både som utøvande

tenester i form av førebygging, behandling og omsorgsarbeid og ikkje minst innanfor undervisning. Dette gjeld ikkje berre den kristne kyrkja, men også friviljuge lag og kristne organisasjonar. Også andre trussamfunn kjenner liknande ordningar.

Kirkens Arbeidsgiverorganisasjon og Kyrkjerådet har sidan 1996 ført ein dialog med departementet om korleis kyrkja og helsetenesta saman kan møte nokre av dei utfordringane ein står overfor i helsetenesta. Synet på korleis helsetenesta bør møte menneske som har eksistensielle spørsmål knytt til sjukdomen sin, og kva plass diakonalt arbeid skal ha i helsetenesta i tida framover, har stått sentralt. I 1998 løyvde departementet middel for gjennomføring av første fase av prosjektet helse/kyrkje der målet har vore å kartleggje element som helsetenesta og kyrkja kan byggje eit vidare samarbeid på. Rapporten frå dette arbeidet blei lagt fram for departementet i oktober 1999.

Rapporten syner at diakonalt arbeid i form av samarbeid mellom kyrkjelydane og kommunehelsetenesta er eit primært verksemdsområde for kyrkja. Ikkje minst står arbeid mellom eldre sterkt. På sentralt hald er dette samarbeidet lite formalisert, og det er lite samordna forskning og fagutvikling.

I rapporten blir det føreslege at det blir oppretta ordningar for betre kontakt mellom helsestyremaktene og kyrkja. Rapporten peikar på at dette vil kunne gje mykje innanfor utdanning, rekruttering og ved tiltak i forhold til menneske i sårbare fasar av livet. Eit av verkemidla som blir føreslege er etablering av tverrfaglege forskingssentra i samarbeid mellom diakonale sjukehus og offentlege helseinstitusjonar slik ein kjenner det frå ein del andre land.

Departementet ønskjer å følgje opp rapporten innanfor dei økonomiske rammene som er stilt til disposisjon for faglege utviklingstiltak.

4.4 Vidare oppfølging

- Regjeringa vil leggje omsynet til menneskeverdet til grunn ved evalueringar av lovgjeving og økonomiske oppgjersordningar.
- Ved tenesteutforminga vil departementet leggje avgjerande vekt på tryggleik og behov til dei som har det vanskelegast i samfunnet.
- Det vil ikkje bli lagt avgjerande vekt på skuld for eigen sjukdom ved utviklinga av helsetenestetiltak.
- Regjeringa vil arbeide for at grunn-, vidare og etterutdanningar av helsepersonell legg vekt på verdiane i helsetenesta som ein naturleg del av den samla undervisninga.
- Ein føresetnad for tillit til tenestetilbodet er at det er føreseieleg og blir utvikla i dialog med brukarane. Departementet vil arbeide for at bruk av røynsler frå pasientar og pårørande skal bli ein naturleg del av kvalitetsarbeidet i helsetenesta, m.a. gjennom å ta dette inn som ein del av internkontrollsystema. Brukarmedverknad står også sentralt i Regjeringa sin handlingsplan for menneskerettar.
- Statens helsetilsyn er i ferd med å utvikle det overordna faglege tilsynet slik at dette kan gje nødvendig informasjon for utviklinga av den norske helsetenesta.
- Regjeringa vil ved utforminga av framtidige tilsynsordningar leggje vekt på at desse støttar opp under verdiane i helsetenesta.
- Departementet vil gå inn for oppretting av kliniske etikk-komitear ved sjukehusa og vil gje økonomisk støtte til oppretting av ei nasjonal eining for

- samordning av desse.
- Departementet vil i arbeidet med forskrift om internkontroll i helsetenesta ta med krav om bruk av røynsler frå ulike brukargrupper, pasientar og pårørande ved utviklinga av internkontrollsystema.
 - Departementet tek sikte på å arbeide vidare for å finne fram til gode samarbeidsformer mellom diakonien og den offentlege helsetenesta.

5 Medisinsk bruk av bioteknologi

I dette kapitlet blir det gjort greie for hovudlinene i det vidare arbeidet knytt til spørsmål om medisinsk bruk av bioteknologi. Ei meir detaljert framstilling av dette emnet vil bli gjeve i meldinga om evalueringa av bioteknologiloven som blir lagt fram tidleg i 2000.

5.1 Vern om integriteten til mennesket

Djupare innsikt i og kunnskap om molekylærbiologiske og genetiske forhold er eit av dei sentrale kjenneteikna på den medisinske utviklinga i vår tid. Vi får større innsikt i dei biologiske mekanismene som handlar om utvikling av liv. Dette gjev høve til å finne fram til nye medisinske metodar som vil tene livet. Den nye kunnskapen og dei nye metodane vil såleis kunne styrkje respekten for mennesket og menneskeverdet. Føresetnaden for at det skal kunne skje er at ein ved bruk av tilgjengeleg kunnskap og utvikling av nye metodar legg til grunn at integriteten til eit kvart menneske er ukrenkjeleg.

Eit sentralt prinsipp ved utvikling og bruk av medisinske metodar er såleis å unngå å krenke integriteten til menneske. Dette er det sentrale elementet i det etiske grunnlaget for medisinske tiltak og medisinsk forskning i heile verda. Kvart menneske har unike eigenskapar og skal så langt råd sjølv ta avgjerder som påverkar eige liv. Samla sett tilseier desse prinsippa at ein må utvise stor aktsemd ved forskning og gjennomføring av tiltak som rører ved korleis liv oppstår og det genetiske grunnlaget for livet når dette medfører bruk av celler og vev frå foster. Dei nemnde prinsippa kan også nyttast på livet før fødselen.

Når ein legg klare prinsipp til grunn for handlingane, vil ein stundom kome opp i situasjonar der det blir konflikt mellom ulike prinsipp, eller mellom ulike individ ut frå eit og same prinsipp. I slike situasjonar vil ein måtte vurdere om det finst overordna prinsipp som kan nyttast for å klargjere konflikten. Når ein legg til grunn prinsippet om at kvart einskild menneske har eit ukrenkjeleg verdi kan det såleis ikkje leggjast avgjerande vekt på framtidig samfunnsinnsats eller verdi på ein arbeidsmarknad ved løysinga av slike konflikter. Omsynet til den veikaste parten vil tape om slike prinsipp skulle leggjast til grunn. Respekten for kvart einskild menneske er ukrenkjeleg, også det som ut frå visse kriteria måtte framstå som ikkje fullkome i visse situasjonar.

Omsynet til kvart eit liv, også det ufødde, må takast med i vurderinga av det etiske grunnlaget for forskning og helsetenester. Det kan såleis ikkje vere akseptabelt at ein ved hjelp av tekniske metodar startar eit menneskeliv i vissa om at dette livet berre skal tene som grunnlag for forskning eller medisinsk teknologi, og ikkje ha sitt eige verd. Stortinget sitt vedtak om ikkje å tillate forskning på befrukta egg byggjer på dette prinsippet. Dette prinsippet vil også ha verknader på korleis ein t.d. vil vurdere ulike metodar innanfor kunstig befrukting. Det vil også måtte ha verknad på korleis ein til kvar tid vurderer tilgjengelege tiltak for å førebyggje eller behandle sjukdom hjå fødte eller ufødde menneske.

I dag er det berre mogeleg å sjå byrjinga på dei etiske utfordringane som følgjer ved utvikling og bruk av nye bioteknologiske metodar. Ein del etiske spørsmål er knytte til samfunnsmessige forhold, som t.d. familiens rolle i fortid og framtid, og rører såleis ved verdier og normer knytt til samhandling menneske i mellom. Andre etiske spørsmål er knytte til biologiske forhold og rører meir ved respekten for integritet og menneskeverd. Stundom vil verdier og normer frå desse to områda kome i konflikt med kvarandre. Igjen må det overordna prinsippet vere at ein skal leggje prinsippet om kvart menneske sitt ukrenkjelege verde til grunn for vurderinga av eventuelle konflikter. Uvissa kring kva utfordringar ein vil stå overfor i åra som kjem tilseier at ein skal gå varsamt og langsamt fram før ein godtek bruk av kunnskap eller metodar som vil vere eigna til å rokke ved dei nemnde prinsippa.

Utviklinga medisinsk bruk av bioteknologi skjer så fort at det er vanskeleg ikkje berre for folk flest, men også for helsepersonellet å følgje med slik at ein kan ha kompetente meiningar om bruken av medisinske metodar som byggjer på denne kunnskapen. Då NOU 1999: 20 om gentesting ved arveleg kreft var på høyring kom det inn 62 høyringsfråsegner. Av desse var berre få kritiske til framlegga i innstillinga. Talet høyringsfråsegner er mindre enn vanleg. Berre få hadde kritiske merknader til framlegga. Dette kan tyde på at temaet er vanskeleg tilgjengeleg. Departementet vil difor vurdere behovet for å styrkje informasjonsarbeidet på dette området.

Opplysningar om egne genetiske eigenskapar

For mange menneske er det sentralt å finne fram til kunnskap om eigen sosial og biologisk bakgrunn. Det er ingen grunn til å tru at dette vil endre seg i åra som kjem etter som dei biologiske metodane for å gje opplysningar om gensettet til kvar einskild blir enklare og betre. Det vil venteleg bli mogeleg gjennom rutinemetodar å få gjort ein analyse av sitt eige gensett. Dette er nærare omtala i NOU 1999: 20 Å vite eller ikke vite.

Spørsmålet t.d. om bruk av sæd og egg frå andre enn dei som til slutt står som foreldre til eit barn, og spørsmål om bruk av organ og genetisk materiale frå eit individ til føremål som står utanfor det aktuelle individet sitt eige liv må også vurderast i lys av dette. Nokre gonger, t.d. ved transplantasjon av organ frå ein avdød til eit anna menneske, har ein allment sett funne dette forsvarleg når det ikkje kan tenkjast å vere i strid med den døde sitt eige syn. I andre tilfelle, t.d. når det gjeld bruk av genetisk materiale til kommersielle føremål, er det enno store variasjonar i korleis ein ser på dette.

Genterapi er ei samlenemning på tiltak som tek sikte på førebygging og behandling av sjukdom eller lyte gjennom å tilføre nye eller endre arvemateriale i pasienten sine egne celler. Prinsipielt sett er det to ulike former av genterapi. Det eine handlar om å endre arvematerialet gjennom overføring med befrukta egg. Dette er i dag forbode i Noreg og i alle andre land der genterapi er lovregulert. Den andre forma tek sikte på å behandle sjukdom hjå pasienten utan at ein gjer noko med arvematerialet som blir ført vidare gjennom kjønnscellene. Dette er i dag komplisert medisinsk teknologi som enno ikkje er teke i bruk i klinisk arbeid. Mellom anna har ein enno ikkje løyst problem knytte til korleis ein på ein trygg måte skal kunne overføre det nye genmate-

rialet til pasienten sine celler. Dette kan vise seg å vere aktuelt som terapi ved alvorleg sjukdom i framtida.

Det er difor viktig å følgje aktivt med i forskinga på dette området og sikre at den nye kunnskapen som etter kvart kjem til, blir gjort tilgjengeleg og lagt fram for open debatt. Om så ikkje skjer, kan utviklinga bli styrt aleine av dei som er fagekspertar eller har næringsinteresser på dette området. Regjeringa vil kome attende til ei rekkje av dei meir konkrete problemstillingane som er nemnde ovanfor i stortingsmeldinga om evaluering av bioteknologiloven tidleg i 2000.

Menneskeverdet før fødselen

Internasjonale konvensjonar gjev ikkje direkte bindingar når det gjeld korleis ein gjennom offentleg politikk skal sjå på menneskeverdet før fødselen. Nokon vil meine at menneskeverdet kjem ved befruktninga, medan andre vil hevde at det blir gradvis utvikla gjennom fosterlivet.

Både gjennom den norske lovgjevinga, den allmenne rettsoppfatninga og tradisjonen gjennom mange hundreår, er det stadfesta at også det ufødde livet har eit individuelt verd og såleis rettsvern. Helse- og sosialtenesta utfører tiltak i samband med svangerskap ikkje berre av omsyn til mora, men også av omsyn til fosteret. Avanserte medisinske tiltak er etablerte for å sikre eit forsvarleg tilbod til dei som blir fødte for tidleg. I lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tenester m.v. er det gjeve heimel for tiltak overfor gravide rusmiddelmissbrukarar mot deira vilje for å førebyggje skade på fosteret.

Førebygging av uønskt svangerskap og abort er eit prioritert område for Regjeringa. Reduksjon i aborttalet er ein viktig del av arbeidet for å verne om livet. Til grunn for Regjeringa sitt arbeid med dette ligg handlingsplanen for førebygging av uønskt svangerskap og abort for åra 1999-2003 som blei lagt fram i mars 1999. Dette arbeidet er ikkje minst viktig i ei tid der ein ser utvikling av metodar for å påvise kjønn, sjukdommar og sjukdomsrisiko så tidleg at det kan påverke til val av svangerskapsavbrot.

Regjeringa vil leggje avgjerande vekt på menneskeverdet før fødselen ved utforminga av tenester og tiltak som byggjer på ny kunnskap i genetikk og bioteknologi der dette inneber bruk av eller verknader på foster. Det er dette som har vore avgjerande for at Regjeringa har fremja eit lovforslag om forbod mot forsking på aborterte foster.

5.2 Vidare oppfølging

- Regjeringa vil tidleg i 2000 leggje fram ei melding for Stortinget om evalueringa av bioteknologiloven.
- Departementet vil vurdere korleis ein kan auke kunnskapen om den bioteknologiske utviklinga gjennom styrking av informasjonsarbeidet på dette området.

6 Folkehelsearbeid

I dette kapitlet vil det bli gjort greie for sentrale forhold ved folkehelsearbeidet, og korleis dette vil bli følgt opp.

6.1 Helseomgrepet

Verdshelseorganisasjonen (WHO) definerer helse som ein tilstand av fullstendig fysisk, sosialt og mentalt vevere, og ikkje berre fråvere av sjukdom eller lyte. Denne definisjonen blir ofte kritisert for å vere urealistisk, og fordi den medverkar til auka medikalisering av heile samfunnet. Den peikar likevel i retning av noko vesentleg: Det vi vanlegvis kallar helsetenesta er eit system som hovudsakleg arbeider med risikofaktorar, sjukdom, liding og skadar. Men helsetilstanden er også knytt saman med ressursane til kvart einskild menneske, og den motstandskrafta som vedkommande har mot fysiske og psykiske påkjenningar. Evna til meistring heng m.a. saman med forholdet til dei næraste, og om livet er føreseieleg, handterleg og meiningsfullt.

Slike forhold blir påverka av korleis vi innrettar samfunnet. Det handlar såleis om forhold utanfor det som storparten av helsetenesta har som sitt daglege ansvar. Det handlar om personleg ansvar, og det handlar om eit politisk heilskapsansvar. Sjølv om helsetenesta har ei viktig pådrivarrolle i det sjukdomsførebyggjande arbeidet, er det nødvendig å seie klart frå om at helsetenesta ikkje ålene har ansvar for helsepolitikken i vidare mening. Dette er eit samfunnsansvar som krev samarbeid og samhandling mellom mange ulike offentlege instansar, privat og friviljug sektor, i tillegg til innsats frå kvar einskild av oss.

Til grunn for det helsefremjande og sjukdomsførebyggjande arbeidet i 1990-åra har departementet lagt ei slik utvida forståing av kva som påverkar helsetilstanden. Det er satsa på førebyggjande tiltak, som har reduksjon i sjukdom, skadar og tidleg død som mål. Det er også satsa på meir helsefremjande tiltak, retta inn mot å styrkje kva einskild sine ressursar for å meistre dei utfordringane og påkjenningane som livet gjev.

6.2 Ei stortingsmelding om folkehelsearbeidet

Som oppfølging av Stortingsmelding nr. 37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid, har det blitt sett i verk ei lang rekkje handlingsplanar. Fleire av dei større satsingane blir no evaluerte av eksterne instansar. Resultata av dette evalueringsarbeidet vil bli vurdert av departementet etter kvart som det ligg føre.

Regjeringa ser det som viktig å få ein brei gjennomgang av utviklinga gjennom 1990-åra som grunnlag for planlegginga av innsatsen i tida framover. Regjeringa vil difor leggje fram ei eiga stortingsmelding om folkehelsearbeidet våren 2001. Denne meldinga vil ha ei brei tilnærming til området og sjå både på helsefremjande og sjukdomsførebyggjande arbeid. Føremålet vil vere å følgje opp Stortingsmelding nr 37 (1992-93), NOU 1998: 18 Det er bruk for

alle, delar av NOU 1999: 13 Kvinners helse i Norge og den folkehelsepolitiske utgreiinga som helseministeren gav for Stortinget i mai 1999. Meldinga vil drøfte folkehelseomgrepet, og vurdere dei røynslene ein har frå arbeidet med dei ulike handlingsplanane. Meldinga vil elles leggje vekt på internasjonale perspektiv, samfunnsmedisinens rolle i folkehelsearbeidet, sosial ulikskap i helse og strategiar for kunnskapsutvikling og kunnskapsbruk i folkehelsearbeidet.

6.3 Prioritering av folkehelsearbeid

Den allmenne helsetilstanden og levealderen hjå folk i Noreg blir berre i liten grad direkte påverka av ressursbruken i helsetenesta. Likevel er det slik at behova for helsetenester til kvar tid lett vil fange merksemda i helsepolitikken. Det er krevjande å gje prioritet til det som kan skje, men ikkje nødvendigvis vil skje for kvar einskild, spesielt når det som kan skje også ligg langt fram i tid. Forebygging og helsefremjande arbeid er såleis meir «usynleg». Dette gjer ikkje at det er mindre viktig. For Regjeringa står difor helsefremjande og sjukdomsførebyggjande arbeid høgt på dagsorden.

Det oppstår lett prioriteringsproblem mellom det å førebyggje og det å behandle og å gje omsorg. Nokon vil hevde at vi berre kan drive førebygging først etter at vi har løyst presserande problem som til dømes sjukehuskøar. Prioritering av førebygging kan også vere vanskeleg fordi det handlar om statistisk risiko og framtidige lidingar. Ein kan spissformulere dette sentrale etiske dilemmaet i sjukdomsførebyggjande arbeid ved å spørje om det kan vere rett å bruke ressursar på dei friske så lenge det er så mange sjuke som ikkje får eit tilbod frå helsetenesta.

Sosialkomiteen sa dette i innstillinga til St.meld. nr. 41 (1987-88) Helsepolitikken mot år 2000:

«Forebyggjande helsearbeid må etter k o m i t e e n s mening ikke skje på bekostning av medisinsk behandling. Det må legges opp til en helsetjeneste som har tilstrekkelig kapasitet til å ta hånd om den kurative virksomheten, samtidig som vi ved å forebygge må redusere sykkeligheten.» (Innst. S. nr. 120 (1998-89), side 35)

Utvikling av det kurative og det helsefremjande og sjukdomsførebyggjande arbeidet kan skje side om side. Ressursane til det helsefremjande og førebyggjande arbeidet treng ikkje berre konkurrere med ressursane til helsetenesta. Andre sektorar må også ta omsyn til helsefremjing og førebygging i arbeidet sitt. Mange tiltak i helsefremjande og sjukdomsførebyggjande arbeid gjev resultat etter ei tid, kanskje etter mange år. Kommande generasjonar vil få nytte av slike tiltak, og dei vil med rette kunne spørje kvifor slike tiltak ikkje blei sette i verk då det var aktuelt å gjere det. Problemet har mange parallellar til eit likande dilemma i miljøvernarbeid. Kommande generasjonar kan med rette skulde oss som lever i dag for å vere likesæle med miljøet, til dømes for å få auka profitt frå industri og anna verksemd, medan skadane på miljøet blir eit problem for menneske som kjem etter oss. Som samfunn bør vi føre ein politikk som også tek ansvar for framtidige behov, og som prøver å redusere framtidige lidingar. Difor er det førebyggjande arbeidet teke med i alle dei helseplanar Regjeringa har lagt fram.

6.4 Strategiar i folkehelsearbeidet

I mykje av det tradisjonelle helsefremjande og sjukdomsførebyggjande arbeidet har ein lagt vekt på å nå einskildmenneske eller grupper av personar som tilhøyrer visse særleg utpeika målgrupper. Eit døme på dette kan vere kosthaldsopplysning i forhold til personar som har fått påvist høgt nivå av feittstoff i blodet. Ein vender seg då til eit avgrensa tal einskildpersonar i von om å få desse til å gjere endringar ved levesettet sitt for å få redusert risiko for sjukdom. Prinsipielt sett skil denne type tiltak seg lite frå vanlege behandlingstiltak i helsetenesta. Ein vender seg til menneske som kvar og ein i større eller mindre grad vil kunne vente seg verknader av det aktuelle tiltaket. Tiltaka byggjer på helsefagleg kunnskap og blir ofte gjennomførte av helsepersonell. Denne tilnæringsmåten kan ein kalle høgrisikostrategisk.

Ein prinsipielt annan tilnæringsmåte er å gå breitt ut til heile folkegrupper, både dei som har auka risiko for sjukdom og dei som ikkje har det, for å få heile folkegruppa til å gjere større eller mindre endringar i levesettet sitt. Eit døme på tiltak her kan vere å ha eit høgt avgiftsnivå på alkoholhaldige drikkevarer for gjennom det å redusere kjøp og forbruk. Vitskapelege data tyder på at om totalinntaket av alkohol i ei folkegruppe er høgt, så er også talet på alkoholrelaterte sjukdommar og skadar høgt. Denne tilnæringsmåten kan ein kalle massestrategisk, fordi ein her satsar på å nå fram til det breie lag av folket for å påverke alle i større eller mindre grad slik at totaleksponeringa for i dette tilfellet alkohol blir mindre. Verknaden av tiltaka treff då ikkje berre dei som er storforbrukarar, men også dei som etter måten nyttar lite. Både ved den høgrisikostrategiske og den massestrategiske tilnærminga kan det stillast ei rekkje etiske spørsmål.

Høgrisikostrategi

Ved den høgrisikostrategiske tilnærminga kan ein til dømes definere folk som sjuke og påleggje dei tyngjande tiltak utan at dei eigentleg har symptom på sjukdom og utan at det nokon gong er sikkert at nett denne personen vil få det. Likevel vil det heller ikkje vere etisk uproblematisk å vite at nokon har auka risiko for sjukdom som dei i større eller mindre grad kan gjere noko med utan at denne kunnskapen blir formidla til den det gjeld. Dette er etiske dilemma som tilseier at kvar einskild helsearbeidar må vere var for desse konfliktane i møtet med einskildpersonar.

Regjeringa vil nytte den høgrisikostrategiske tilnærminga i helsefremjande og sjukdomsførebyggjande arbeid i ein del tilfelle. Folk flest ønskjer å ha kunnskap om eigen helserisiko og kva dei kan gjere for å betre eiga helse.

Det må leggjast vekt på at den høgrisikostrategiske tilnærminga ikkje skal nyttast overfor menneske som sjølv ikkje ønskjer slike tiltak. Dersom dei skadar andre ved det dei gjer, til dømes ved å utsetje andre for passiv røyking, kan det gjerast unntak frå dette prinsippet. Dette er tidlegare drøfta i kapittel 3 i St.meld. nr. 37 (1992-93) (Førebyggingsmeldinga). I nokre meir spesielle situasjonar, t.d. ved utbrot av smittsame sjukdommar, har ein gjennom lov av 5. august 1994 nr. 55 om smittsomme sykdommer likevel heimel for å krevje at ein kan nytte risikostrategiske tilnærmingar utan at den einskilde sjølv har ønskje om det.

Massestrategi

Den massestrategiske tilnærminga tek sikte på å nå fram til alle i ei gruppe, uavhengig av risiko for utvikling av sjukdom. I tillegg til alkoholførebyggjande arbeid som nemnd ovanfor, kan tobakksførebygging og vaksinasjon nyttast som døme på område der denne tilnærminga blir nytta. I det tobakksførebyggjande arbeidet er det eit mål å redusere tobakksbruken totalt sett, utan omsyn til om det er grunn til å tru at nokon har større risiko enn andre for å utvikle tobakksrelaterte sjukdommar. Dette gjeld også fordi røyking ikkje berre skadar ein sjølv, men også andre som passivt blir utsette for tobakksrøyken. Gjennom vaksinasjonsarbeidet ønskjer ein å nå fram til alle dels for å førebyggje utbrot av sjukdom hjå den einskilde, men også for å hindre utbreiing av epidemiar. Den massestrategiske tilnærminga føreset likevel djupast sett at kvar einskild sjølv må få avgjere om ein ønskjer å vere med på dei aktuelle tiltaka.

Massestrategiske tiltak har mange likskapar med reklametiltak i næringslivet ved at dei ikkje berre verkar gjennom direkte påverknad, men også indirekte gjennom t.d. å seie noko om kva som er sosialt akseptabelt. Massestrategiske verkemiddel er såleis ofte kraftfulle og kan lett kome til å påverke menneske utan at dei sjølv er heilt medvitne om det. Regjeringa legg såleis til grunn at slike tiltak skal byggje på grundige vurderingar både av etiske og faglege sider når dei blir nytta i offentleg helsefremjande arbeid. Dette er gjort t.d. når det gjeld det tobakksførebyggjande arbeidet og utarbeidinga av det tilrådde vaksinasjonsprogrammet.

Massestrategiar går også på å opplyse om kva som er bra, til dømes sunn mat og for å opplyse om farar, for eksempel i ulykkesførebyggjande arbeid. Tiltak som tek sikte på å skape betre miljø og utbetre skadelege forhold, kan også seiast å vere massestrategisk inspirerte.

Faglege og etiske vurderingar må ligge til grunn for valet av overordna tilnærming og konkrete verkemiddel i kvart tilfelle. Høgrisikostrategiske tilnærmingar vil bli nytta når det handlar om tilstandar der ein har godt fagleg grunnlag for å gje eit tilbod som kan hindre eller redusere alvorsgraden av sjukdom hjå einskildpersonar med særleg høg sjukdomsrisiko. Massestrategiske tilnærmingar vil bli nytta ved allment helsefremjande arbeid og ved spesielle forhold som utgjer store trugsmål mot folkehelsa slik som bruk av alkohol og tobakk.

Masseundersøkingar

I screeningprogramma for brystkreft og livmorhalskreft hjå kvinner vender ein seg til friske kvinner i aldersgrupper der sjansen for å påvise utvikling av sjukdom er høg. Sjølv om screening eigentleg ikkje er førebyggjande arbeid, men eit tiltak for å oppdage sjukdom før den gjev symptom, har denne arbeidsforma mange likskapar med høgrisikostrategiske førebyggjande tiltak. Alle screeningtiltak fører til at nokon blir klassifisert som sjuke utan å vere det fordi metodikken ikkje er, og knapt nokon gong vil bli heilt sikker. Screening kan såleis føre til at folk som eigentleg er friske får ei falsk sjukdomsoppleving.

Verdshelseorganisasjonen har gjeve tilrådingar om kva kriteria som skal vere oppfylt før ein set i gang sceeningopplegg. Desse krava som blei fastsette alt i 1968 er:

1. Sjukdomen må representere eit helsepolitisk problem. Det må vere ein

- sjukdom som kan få alvorlege konsekvensar for levetid, funksjonsevne eller trivsel.
2. Det må finnast ei akseptert form for behandling av sjukdomen.
 3. Det må vere lett tilgang til diagnostikk og behandling.
 4. Sjukdomen må kunne påvisast på eit tidleg stadium, eventuelt kunne påvisast før symptom viser seg for pasienten.
 5. Det må finnast ei undersøkingsform som høver.
 6. Undersøkinga må akseptast av folket.
 7. Det må vere kjent korleis ubehandla sjukdom utviklar seg.
 8. Indikasjonane for behandling skal vere klårt definert.
 9. Utgiftene til eit screeningprogram må stå i eit rimeleg forhold til dei samla utgiftene i helsesektoren.
 10. Screeningprogrammet må vere eit varig tiltak, ikkje ei eingongshending.

Europarådet vedtok i 1994 ei fråsegn om screening som hjelpemiddel i det førebyggjande helsearbeidet som i hovudsak samsvarar med prinsippa frå Verdshelseorganisasjonen. Regjeringa vil vurdere framtidige screeningtiltak i forhold til desse krava.

6.5 Risikokunnskap og unødige angst

Gjennom media høyrer ein dagstøtt om ulike ulykker, kriser og katastrofar, både i vårt eige land og i utlandet. Den einskilde av oss har i større eller mindre grad frykt for å oppleve ei krise. All risikoforsking, både innanfor og utanfor helsetenesta, syner at det er stor skilnad mellom det som er opplevd risiko og det som er reell risiko for kriser. Det vi vel sjølv, og det vi er godt kjende med, blir vanlegvis oppfatta som mindre farleg enn det ofte er. Medan det som er ukjent for oss, og det vi ikkje kan velje sjølv, gjerne blir oppfatta som farlegare enn det eigentleg er.

Mange kjenner seg litt makteslaus i forhold til slikt som handlar om kropp, helse og sjukdom. Om då helsetenesta spreier budskapar om at livet er farleg, og at kroppen kan svikte når som helst dersom ein ikkje følgjer godt med sjølv og møter til ulike helsekontrollar, kan dette føre til ei undergraving av eigen tryggleik og meistringsevne. Ei følgje av dette kan vere at det skapar ein unødige og uspesifikk angst.

Forhold knytt til dette er også omtala i NOU 1999: 20 Å vite eller ikke vite som handlar om gentestar ved arvelege kreftformer.

Risikovurderingar - ikkje berre for ekspertar

Kunnskap om og vurderingar av risiko er viktig i folkehelsearbeidet. Men risiko er i seg sjølv uttrykk for noko som er usikkert, eit sjansespel. Risikovurderingar vil alltid vere eit sjansespel. Hadde det vore sikkert, ville vi ikkje opplevd det som ein risiko. Då hadde vi hatt eit sikkert grunnlag for å gjennomføre tiltak. Ulike ekspertar kan dessutan vere usikre på og usamde om kor stor risikoen i form av sjansen for og følgjene av uønskte hendingar eigentleg er. Ofte vil samfunnet i tillegg ønskje å leggje fleire og til dels andre vurderingar og verdjar til grunn enn dei fagekspertane tek omsyn til.

Det er difor viktig, ikkje minst ved risikovurderingar i folkehelsearbeidet, at dette skjer som opne prosessar der det er høve for folk flest til å få innsyn i desse vurderingane og også å vere med i prosessane. Analysemodellar som

legg vekt på brei offentleg drøfting og deltaking frå publikum bør difor nyttast i omfattande grad. Slike tilnærmingar kan også støtte opp under konsensusutvikling på område der ein elles lett kan få kontroversielle avgjerder.

I praksis kan dette gjerast til dømes gjennom bruk av lekfolkskonferansar, noko som blei prøvd med stort hell ved utarbeidinga av NOU 1999: 13 Kvinners helse i Norge og ved ein konferanse om teknologibruk knytt til fødslar. I mange kommunar har også publikum blitt teke med ved gjennomføringa av risiko- og sårbarheitsanalysar for lokalsamfunnet.

6.6 Helsefaglege konsekvensutgreiingar

Til grunn for folkehelsearbeidet ligg prinsippet om at alle som har ansvar for tiltak som kan påverke helsetilstanden til einskildmenneske eller grupper, må kunne gjere greie for dei følgjende tiltaka har for folkehelsa - slik at ein kan ta omsyn til desse når ein fattar vedtak om kva tiltak som skal setjast i verk. Denne tilnæringsmåten har vore brukt i miljøvernarbeidet i ei årrekke. God saksbehandling, både i offentlege og private verksemdar, føreset at ein har klarlagt miljøeffektar av ulike tiltak før ein vel ei viss løysing. Når det gjeld verknader av ulike tiltak på folkehelsa, har ein enno ikkje nokon klår tradisjon for slik tenking. Det lovmessige grunnlaget for dette er sikra gjennom reglane i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene. I § 1-4 kjem følgjande til uttrykk:

Helsetjenesten skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre offentlege organer hvis virksomhet har betydning for helsetjenestens arbeid. Slik medvirkning skal skje blant annet gjennom råd og uttalelser og ved deltaking i plan- og samarbeidsorganer som blir opprettet.

Lovgjevinga på dette området ligg såleis i forkant av gjeldande praksis, og at det er eit stort behov for å arbeide meir for å sikre at krava i lovgjevinga blir følgt opp. Departementet vil difor, i samsvar med forslag i NOU 1998:18, styrkje arbeidet med helsefaglege konsekvensutgreiingar, blant anna gjennom utarbeiding av forskrifter eller faglege rettleiingar. Slike utgreiingar bør vere ein naturleg del av det samla konsekvensutgreiingsarbeidet som er pålagt gjennom plan- og bygningsloven eller anna lovgjeving. Departementet er kjent med at mange kommunar har nytta tilsvarande tilnærmingar i det arbeidet som er gjennomført med utvikling av risiko- og sårbarheitsanalysar i beredskapsplanlegginga, m.a. i samband med førebuing av beredskapen ved tusenårsskiftet.

Det er naturleg å sjå samla på desse tilnærmingane i det helsefremjande og sjukdomsførebyggjande arbeidet. Spørsmål om samordning av lov- og regelverk som gjeld konsekvensutgreiingar etter plan- og bygningsloven og kommunehelsetenesteloven blir difor tillagt vekt i Nasjonal handlingsplan for miljø og helse som nett er lagt fram. Det blir også teke opp i Regjeringa sitt program «Eit enklare Noreg».

Alkoholbruk og folkehelse som døme

Historiske røymsler tyder på at skikkar og samversformer knytte til bruk av alkohol endrar seg lite gjennom tidene. Derimot endrar bruksfrekvens og

total konsum seg mykje med økonomiske konjunkturar og kontroll- og regulerings tiltak. Det er skadeverknaden ved høgt forbruk hjå dei som blir tilvende som til vanleg får størst merksemd i helse- og sosialarbeidet.

Det er likevel skadane av alkoholbruk mellom dei som ikkje er avhengige i vanleg forstand som samla gjev dei største lastene for helsetenesta. Dette gjeld særleg skadar og dødsfall ved ulykker. Valdshandlingar og annan form for kriminalitet er også for ein stor del knytt til rus hjå menneske som ikkje er avhengige av alkohol i vanleg meining. Mange valdsskadar skjer i samband med alkoholinntak ved skjenkestader. Dels skuldast dette at alkoholkonsumet er høgt og det aukar konfliktsjansen. Samling av mange menneske aukar sjansen for konflikt ytterlegare.

Departementet meiner at dei mest effektive offentlege tiltaka for å avgrense alkoholrelaterte skadar, er å gripe inn med marknadsregulerande verkemiddel for pris og tilgang. Holdningsskapande tiltak er langt mindre effektive. I internasjonale studiar er det påvist tydeleg samanheng mellom endringar i tilgang til alkohol og endringar i forbruksmønsteret. Dette gjeld både for opningstider, talet på skjenkestader og kontrollrutinar.

I ei helsefagleg konsekvensanalyse er det viktig å leggje til grunn det ein har av faktabasert kunnskap. Det som er nemnd ovanfor kan då tene som døme på kva forhold som bør få kome fram før ein gjer dei endelege konklusjonane i konkret saksbehandling. Alkoholbruk som døme er særleg interessant av di der er mykje av verkemiddelutforminga tillagt kommunane. Og det er kommunane som også for ein del sit med dei økonomiske kostnadene ved alkoholrelaterte skadar i etterhand.

Kommunehelsetenesteloven stiller i § 1-4 krav om at kommunane skal ha oversyn over forhold som kan påverke helsetilstanden. Helsetenesta skal føreslå tiltak som kan betre folkehelsa. Alkoholloven gjev kommunane styring over verksame tiltak i dette arbeidet, og sosialtenesteloven pålegg kommunane fagleg og økonomisk ansvar for vesentlege delar av tenestene som er nødvendige ved skadar som følgje av alkoholbruk. Sambandet mellom alkoholbruk og folkehelsearbeid er såleis eit godt døme på eit område der systematisk bruk av helsefaglege konsekvensvurderingar kan vere eit tenleg verkemiddel i folkehelsearbeidet.

6.7 NOU 1998: 18 Det er bruk for alle

Utvalet som skulle gje ei utgreiing om styrking av folkehelsearbeidet i kommunane la fram hovudinnstillinga si i november 1998 (NOU 1998:18). Dokumentet var på brei høyring våren 1999. Det er ein omfattande dokumentasjon som er komen inn i høyringsrunden.

Høyringa syner at innstillinga gjev eit solid grunnlag for styrking av folkehelsearbeidet i framtida. Gjennomgåande er det tilslutning til dei prinsippa utvalet legg til grunn for det helsefremjande arbeidet, m.a. til at myndiggjeringstenkinga («empowermentstrategien») og lokalsamfunnstilnærminga er vesentlege i dette arbeidet. Mange peikar likevel på at dette ikkje er tilstrekkeleg i ein kommunal kvardag som er prega av stramme prioriteringar. Det er og brei tilslutning til å sjå folkehelsearbeidet som ein paraply for den helsefremmande dimensjonen og sjukdomsførebyggjande dimensjonen slik innstil-

linga skisserar. Høyringa syner likevel at det er ei rekkje problem og emne som kunne ha vore meir omfattande drøfta eller som manglar.

Det er stor usemje blant høyringsinstansane om det er behov for sterkare nasjonal styring av dette arbeidet gjennom lovar og forskrifter samt økonomiske incentiv, eller om ein heilt og fullt skal satse på det lokale sjølvstyret slik som NOU 1998:18 legg opp til. Mange av høyringsinstansane meiner folkehelsearbeidet må forankrast betre i lovgjevinga, og at oppfølging av NOU 1998:18 må sikrast gjerne gjennom ei eiga stortingsmelding om saka. Mange meiner også at denne kan ta opp i seg røynsle frå arbeidet med Miljøverndepartementets satsing på Lokal Agenda 21 (LA21).

NOU 1998:18 legg til grunn at folkehelsearbeidet krev ei brei folkerørsl med lokal forankring der kommunal innsats vil måtte stå sentralt. Helsefremjande arbeid føreset difor at ikkje berre helsetenesta medverkar for å sikre at einskildmenneske og grupper av menneske blir i stand til å oppnå betre helse og livskvalitet. Sjølv om aktivitet og medverknad frå kvar einskild si side må stå sentralt i folkehelsearbeidet, syner forskning og røynsle frå helsefremjande og sjukdomsførebyggjande arbeid at dei rammeføresetnadene kvart menneske lever under vil påverke dei vala ein gjer i svært stor grad.

NOU 1998:18 tek utgangspunkt i ein modell om at arbeid for å auke helsemessige og sosiale ressurser (den helsefremjande dimensjonen) og arbeid for å minske utbreiinga av sjukdom (den sjukdomsførebyggjande dimensjonen) er to ulike dimensjonar ved folkehelsearbeidet. Det er korkje mogeleg eller ønskjeleg å skilje desse to dimensjonane frå kvarandre.

Utgreiinga peikar på at ansvars plassering er viktig i bae dimensjonane, sjølv om dei bae fordrar samarbeid mellom ulike aktører horisontalt og vertikalt. Ansvars plasseringa vil likevel vere ulik: I det sjukdomsførebyggjande arbeidet vil helsetenesta - lokalt, regionalt og nasjonalt - vere hovudansvarleg og ha ei klår pådrivarrolle. Folket vil vere den eigentlege målgruppa. Statlege etatar skal vere støttande for kommunane i dette arbeidet. Det vil difor i ulik grad vere behov for statleg styring. Tenkjer vi på smittevernet og til dømes tiltak som massevaksinasjonar, er det klart at det må vere lik praksis på dette området i alle kommunar. Staten må syte for dette.

I det helsefremjande arbeidet må en i følge utgreiinga bygge på sektoransvarsprinsippet slik at kvar sektor og kvart sektordepartement må vere ansvarlege for sin del av folkehelsearbeidet. Samarbeidet mellom helsestyremaktene og miljøvernstyremaktene om oppfølginga av Helsinki-deklarasjonen om miljø og helse har dette som utgangspunkt. I det helsefremjande arbeidet vil folket ofte vere både initiativtakar og målgruppe - ein tydeleg «nedanfrå og opp»-strategi.

Kommunane som hovudarena for folkehelsearbeidet

NOU 1998:18 gjev ein grundig argumentasjon for at kommunane også i framtida bør vere den forvaltningsmessige hovudarenaen for folkehelsearbeidet. Kommunane har i dag ei sentral rolle i den offentlege planlegginga med heimel i plan- og bygningsloven. Det er naturleg at kommuneplanen og økonomiplanen med heimel i kommuneloven skal vere utgangspunktet for alt folkehelsearbeid i kommunane. Dette er styringsdokument som i stor grad påverkar dei rammeføresetnadene som gjeld for fysiske og sosiale levekår. Kommu-

nane har også vedtakssystem som sikrar nærleiken til dei som blir omfatta av vedtaka betre enn det ein finn på andre forvaltningsnivå. Kommunal styring vil difor vere best til å sikre medverking frå folk flest i folkehelsearbeidet. Dette er ikkje berre i samsvar med lovgjevinga i dag, men byggjer på tradisjonen frå lov av 16. mai 1860 om sundhedscommissioner (helseråd).

Det er likevel grunn til å peike på at kommunane i for liten grad har prioritert dette arbeidet. Det er i samband med dette også viktig å skilje mellom kommunen som politisk og administrativt styrande organ i et geografisk område, og mindre geografiske områder som lokalsamfunn, grender, nærmiljø og buområde. Lokal- og nærmiljøa, der folk bur og verkar, er eit viktig utgangspunkt for folkehelsearbeidet.

Lokalsamfunnstilnærminga

Det er ei stort potensiale av ubrukte menneskelege ressursar i lokal- og nærmiljøa. Dei fleste kommunane i landet har fleire avgrensa lokalsamfunn. Det er difor eit nivå under kommunen som ofte har utvikla sine egne måtar for samhandling mellom folk, med svært mange aktive deltakar. Lokalsamfunnet har ofte utvikla en måte å kommunisere med kommunen elles på.

I ei undersøking om områdeutval som kontaktorgan mellom kommunen og lokalsamfunnet har ein funne at heile 44 prosent av kommunane hadde slike områdeutval i en eller annen form i 1998. Undersøkinga viser at arbeidet med å engasjere folk i lokalsamfunna ikkje treng å starte frå null-punktet. Det er ei stor mengd lokale organ som alt i dag samarbeider med kommunane. Dette samarbeidet kan truleg utvidast og utviklast vidare.

6.8 Samordning av statleg innsats

Helsefremjande og sjukdomsførebyggjande arbeid har ei sentral rolle i helsepolitikken. Ei rekkje sentrale statsinstitusjonar har viktige oppgåver på dette arbeidsfeltet, mellom anna ved å vere spisskompetansmiljø. Dei fleste av institusjonane har i større eller mindre omfang kontakt direkte med andre aktørar om viktige folkehelseoppgåver (kommunar, fylkeskommunar, regional statsforvaltning, frivillig sektor og andre organisasjonar/ institusjonar). Dette gjer at innsatsen frå staten si side stundom framstår som uoversiktleg, uklår og sprikande for aktørane. Departementet trur at det er eit potensial for ytterlegare effektivisering, og at det er rom for betre samordning og ein større grad av heilskapstenking på dette området i framtida.

Departementet har sett i gang ein grenseoppgang med sikte på betre samordning av dei sentrale statsinstitusjonane som driv med helsefremjande og sjukdomsførebyggjande arbeid. Målet er mellom anna å nytte kompetanse og ressursar til dei sentrale førebyggingsinstitusjonane mest mogeleg effektivt, og å vidareutvikle kompetansmiljøa. Grenseoppgangen må også sjåast i samheng med oppgåvefordelinga mellom stat og kommune. Dessutan må ein vurdere fylkeslegane si rolle for gjennomføring av statleg folkehelsepolitikk. Det sentrale apparatet skal tene som støtte for det kommunale arbeidet. Departementet vil kome attende til dette i samband med framlegget til statsbudsjett for 2001.

6.9 Kunnskapsgrunnlaget for helsefremjande og sjukdomsførebyggjande arbeid

I prinsippet skal sikker kunnskap liggje til grunn for tiltak innanfor sjukdomsførebyggjande og helsefremjande arbeid. På ei rekke område, til dømes når det gjeld verknad av vaksinasjon, er det eit omfattande kunnskapstilfang om sambandet mellom ulike spesifikke årsaksfaktorar og utvikling av sjukdom og skadar. Dette må leggjast til grunn for det førebyggjande arbeidet når ein tek sikte på å redusere utviklinga av ulike sjukdomstypar. Både av ressursomsyn og etiske omsyn vil det vere uforsvarleg å setje i verk tiltak som er i motstrid til det ein til ei kvar tid har av kunnskap på det aktuelle området. Likeins vil det kunne vere uetisk å avvente iverksetjing av tiltak der ein har gode haldepunkt for ønskete verknader.

Føre-var-prinsippet i folkehelsearbeidet

På andre politikkområde, til dømes i miljøvernarbeidet, har ein funne det forsvareleg å nytte «føre var»- prinsippet, altså å setje i verk tiltak der ein har noko usikkert kunnskapsgrunnlag, i tilfelle der dei framtidige følgjene kan mistenkjast å vere særskilte alvorlege og uopprettelege. Regjeringa meiner at dette prinsippet også kan nyttast i det helsepolitiske arbeidet i visse tilfelle. Dette blir i ei viss mon gjort i den nasjonale strategien om lågfrekvente elektriske og magnetiske felt og helse. Stortinget har, gjennom behandlinga av St.prp. nr. 65 (1997-98) slutta seg til konklusjonane om dei «føre var»-prinsippa som blei føreslegne i NOU 1995: 20 Elektromagnetiske felt og helse. Forslag til en forvaltningsstrategi.

Ein annan aktuell arena er innanfor medisinsk bruk av bioteknologi og genetik, både med førebyggjande og behandlande siktemål. I ein del saker på dette området ønskjer Regjeringa å gå langsamt fram, nett for å sikre at ein ikkje gjer uoppretteleg skade i stort omfang. I nokre tilfelle vil denne varsame haldninga på kort sikt kunne føre til at effektive tiltak ikkje blir gjennomførte. Dette vil kunne bli oppfatta som uetisk i forhold til mange einskildpersonar som vil kunne ha behov for det aktuelle tiltaket.

Bruken av «føre var»- prinsippet må difor nyttast med ei viss varsemd, og berre etter at både faglege og etiske sider med omsyn til samfunnet og ein-skildmenneske er vurderte. Det er også viktig at bruken av dette prinsippet blir knytt opp mot dei metodane for risikovurdering og risikohandtering som elles blir nytta i dette arbeidet og ikkje nytta som einaste kriterium for avgjerder ved vurderingar av helserisiko. Dette tilseier at ein må kom fram til nærare retningslinjer for bruken av dette prinsippet i det helsefremjande og sjukdomsførebyggjande arbeidet.

Bruk av etterprøvd kunnskap

Kunnskapskravet er likevel enklast å tilfredsstillere der årsakssambanda er klare. Når det gjeld det helsefremjande arbeidet, der ein i stor grad tek sikte på å utvikle robuste nærmiljø og gode levekår, er tilhøva noko annleis enn i arbeidet med førebygging av spesifikke sjukdommar. Dels er det eksakte kunnskapsgrunnlaget mindre og dels er årsakssambanda mykje meir kompliserte. I dette arbeidet må ein nytta den vitskapleg etterprøvde kunnskapen som måtte finnast, men rommet for lokale og individuelle tilpassingar ut frå

subjektiv kunnskap bygd på praktisk røynsle vil vere større. Det er evna til å knyte særlege lokale, regionale eller nasjonale behov og ønskje opp mot den rådande kunnskapsfronten som må vere kjenneteiknet på godt folkehelsearbeid.

For å auke kunnskapsnivået, og såleis sikre meir rasjonelle vedtaksprosessar og effektiv ressursbruk, må ein samstundes satse på fleire frontar. Det er for det første nødvendig med eiga forskning her i landet som kan gje ny kunnskap mellom anna om verknadene av ulike førebyggjande metodar under norske forhold. Her må ein byggje vidare på forskingsprogrammet om førebyggjande helsearbeid som blei oppretta i 1989/90 og nå er inne i den tredje perioden. Eiga forskning vil også gjere internasjonale forskingsresultat lettare tilgjengelege her i landet.

For det andre er det viktig å sikre systematisk og kontinuerleg oppsummering av den kunnskapen som er tilgjengeleg internasjonalt for å sikre at denne kan bli bruk også i Noreg.

For det tredje kan det vere nødvendig med ei strammare utforming av og meir systematisk evaluering av handlings- og tiltaksplanane i helsefremjande, førebyggjande og rehabiliterande arbeid.

For det fjerde må kunnskap om folkehelsa og utviklinga i den nå ut til publikum. Dei nye levekårsundersøkingane, som i større grad vil ta opp helseforhold, kan vere til hjelp her. Dessutan arbeider Statens institutt for folkehelse på oppdrag frå Sosial- og helsedepartementet med utviklinga av eit norsk helseindikatorsystem. Det skal gje eit regelmessig og heilskapleg oversyn over helseforhold, sjukdommar og forhold som påverkar helsa. Grunnlaget for dette arbeidet er St.meld. nr. 37 (1992-93) og Stortinget si tilslutning til opprettinga av et slikt system i Innst.S. nr. 118 (1993-94). Systemet skal vere i drift frå 2000. Dette er ein del av eit større europeisk arbeid, der Noreg ligg heilt i front.

6.10 Kultur og helse

Forskningsprogrammet Helse og sjukdom i eit kulturelt perspektiv blei etablert i 1997. Etter planen skal det gå fram til 2003. Programmet skal sjå nærare på korleis helse og sjukdom blir definert kulturelt og kva krefter som påverkar dette. Det skal gje innsikt i folk sine oppfatningar om friskt og sjukt, normalt og unormalt, trygt og farleg, kva som kan meistrast og tolast, og kva som utløyser behov for helsetenester.

Det er utan tvil slik at samfunnsforholda på ulike og ganske samansette måtar påverkar helsetilstanden til einskildmenneske og grupper av menneske. Dette inneber at forhold som blir omfatta av kulturomgrepet i høgaste grad er med å påverke helsetilstanden. Såleis er det nødvendig å sikre at den biomedisinske tilnærminga til helsetenesta blir supplert med samfunnsrelaterte forståingsmåtar og tiltaksformer.

Dette er grunnlaget for at Regjeringa i samarbeid med mellom anna frivillige organisasjonar og kommunane har vald å satse på ei samordning av visse forsøktiltak mellom kultursektoren og helse- og sosialsektoren. Tiltaka som er gjennomførte vil bli evaluerte og arbeidet blir følgt opp av departementet m.a. gjennom oppretting av ei sentral rådgjevings- og kontaktgruppe for vidareføring av dette arbeidet.

I alt helsefremjande arbeid er det eit stort poeng å sikre at dei helsefaglege tiltaka blir utforma slik at dei høver med den lokale kulturen. Dette vil kunne sikre synergieffektar som går ut over det som ofte er det meir avgrensa målet for kvar einiskild aktivitet. Til dømes eit program som skal stimulere til auka fysisk aktivitet vil ha størst sjanse for å lukkast dersom det kan tilpassast dei lokale kulturelle og naturgjevne føresetnadene på ein lett måte.

Forskinga skal klargjere korleis helse- og sjukdomsrelevante oppfatningar blir forma av ulike påverknader som medisinsk teknologi, mediefokusering på risiko, kroppsideal i reklame med vidare. Det er eit mål å nyansere den biomedisinske modellen som pregar helsefagmiljøa og folk si sjukdomsoppfatning. Programmet skal skaffe meir kunnskap om medikaliseringfenomenet. Det vil også bli lagt vekt på å knyte kontaktar som kan sikre overføring av kunnskap til klinisk og samfunnsmedisinsk praksis.

Meininga er at desse perspektiva skal kunne gje innsikt som kan kome til nytte ved utforming av helsepolitikk og forvaltning, i folkehelsearbeidet og i klinisk arbeid. Ei betre forståing av korleis kulturelle faktorar formar oppfatninga av helse og åtferd ved sjukdom kan gje oss grunnlag for å gjere noko med etterspurnaden etter helsetenester.

6.11 Vidare oppfølging

- Førebyggjande arbeid vil vere eit sentralt element i oppfølginga av Regjeringa sine handlingsplanar.
- Regjeringa vil leggje fram ei melding for Stortinget om folkehelsearbeidet i 2001.
- Departementet vil fram til denne meldinga blir lagt fram følgje opp og evaluere dei helsefremjande og sjukdomsførebyggjande tiltaka som no er i gang.
- Departementet vil gå gjennom grenseflatene mellom dei ulike statlege institusjonane som arbeider med helsefremjande og sjukdomsførebyggjande oppgåver med sikte på ei betre samordning.
- Ved vurderinga av screeningundersøkingar vil departementet ta utgangspunkt i dei kriteria for slike undersøkingar som er laga av Verdhelseorganisasjonen.
- Departementet vil utvikle modellar for helsefaglege konsekvensanalysar til bruk ved den kommunale planlegginga.
- Departementet vil vidareføre arbeidet med kultur og helse.

7 Livshjelp - grunnfjellet i helsetenesta

I dette kapitlet blir det gjeve ein omtale av tiltak som kan betre tilbodet til menneske som treng helsetenester mot slutten av livet. Kapitlet syner korleis tilrådingane i NOU 1999: 2 Livshjelp vil bli følgde opp. Dette er samstundes ei oppfølging av fråsegna frå Europarådet om vern av menneskerettane og eit verdig liv for dei som har sjukdommar som ikkje kan lækjast og døyande.

7.1 Menneskeverdet mot slutten av livet

I løpet av 1900-talet har suksessane i medisinen ført til tankar om at ein kan unngå døden berre ein har gjort dei rette førebyggjande grepa eller sikra seg ei behandling på fagleg toppnivå. Særleg når unge menneske døyr, kan ein høyre spørsmål om ein fekk behandlinga for seint eller kva feil som har blitt gjort. Respekten for menneskeverdet blir sett på ei alvorleg prøve når vi møter menneske der det er klart at livet snart er slutt. Det er i slike situasjonar at det eigentlege menneskesynet til helsetenesta og helsepersonellet kjem for ein dag.

Alle som gjennom arbeidet har å gjere med menneske som står i møte med døden må kunne vere til hjelp med å gjere denne del av livet til ei verdig og verdifull tid, både for pasienten og eventuelle pårørande. Då må det vere sentralt å sikre at pasienten sjølv ikkje møter døden med ei kjensle av nedsett menneskeverd, korkje med grunnlag i det levde livet eller den komande døden.

Aktiv dødshjelp er i strid med norsk lovgjeving. Regjeringa vil motarbeide initiativ for å liberalisere lovgjevinga på dette området. For å motverke krava om at helsetenesta skal medverke ved sjølvvald avslutning av livet, er det viktig å sikre at det tilbodet som blir gjeve til menneske mot slutten av livet er så godt som mogeleg både menneskeleg og reint fagleg. Dette tilbodet er ikkje godt nok i dag, sjølv om det finst ein god del kunnskap om kva menneske som er døyande eller som har sjukdom som ikkje kan lækjast ønskjer og treng. Ei rekkje personar i helsetenesta gjer eit godt og omfattande arbeid på dette området. Mange ønskjer meir kunnskap om utfordringane i dette arbeidet.

7.2 NOU 1999: 2 Livshjelp

Regjeringa oppnemnde difor i februar 1998 eit utval, Livshjelpsutvalet, for å kome med framlegg til ein heilskapleg plan for behandling, pleie- og omsorgstilbod til dei som har ein sjukdom som ikkje kan lækjast, og dei som er døyande. Utvalet la fram innstillinga si gjennom NOU 1999:2 Livshjelp den 20. januar 1999.

Utvalet viser til at hovudutfordringa er å sikre at den einskilde pasienten får rett tilbod, og eit tilbod som er av god kvalitet på det mest føremålstenlege nivået i helsetenesta. Utvalet meiner at ein så langt råd skal leggje til rette for at tenestene kan gjevast i eller nær heimen når pasienten ønskjer det.

Livshjelpsutvalet meiner at tilboda til uhelbredeleg sjuke og døyande skal vere integrerte i den vanlege tenesta. Verdiane frå hospicefilosofien må bli lagt

til grunn. Dette vil innebere optimal lindrande behandling og pleie og omsorg som rettar seg mot pasienten sine fysiske, psykiske, sosiale, åndelege og eksistensielle behov.

Utvalet har føreslege ei rekkje tiltak på ulike nivå i helsetenesta som ein meiner vil medverke til å betre tilbodet til uheldbredeleg sjuke og døyande menneske. Dei ulike tiltaka og departementet sine vurderingar av desse er omtala i det følgjande.

Hovuddrag frå høyringa

NOU 1999: 2 har vore ute til brei høyring. Det er kome inn i alt 134 høyringsfråsegner. Dei fleste av desse er positive til dei ulike framlegga i innstillinga frå utvalet. Under halvparten har små merknader til einskilde tema. Fransiskushjelpen skisserer rammeføresetnadene for det vidare arbeidet slik:

Døden er en naturlig del av vår tilværelse. Den avsluttende fase bør, under forutsetning av at forholdene ellers er tilfredsstillende, så vidt mulig være en naturlig videreføring av ens vanlige liv. De ressurser som settes inn må sees på denne bakgrunn, slik at pasienten ikke fjernes fra de vanlige rutiner og rammer eller man avstreifer dødens realitet for de nærmeste og vanskeliggjør en naturlig sorgutvikling.

Eit stort fleirtal av høyringsinstansane har peika på at det er viktig med økonomisk oppfølging, og at det er nødvendig å auke talet på kvalifisert helsepersonell for å få gjennomført forslaga. Dei framlegga som det er ulikt syn på, er oppretting av eigen spesialitet i palliativ medisin for legar, og forslaget om endring av trygderettar og brukarbetalingsordninga for heimetenester. Eit fleirtal av instansane stør oppretting av eigen spesialitet i palliativ medisin for legar. Det er særleg Statens helsetilsyn og fylkeslegane som er skeptiske til dette. Rikstrygdeverket og Statens helsetilsyn er skeptiske til framlegget om endring av trygderettane og brukarbetalingsordninga for heimetenester. Det er også nokre kritiske merknader til framlegget om oppretting av ei obligatorisk landsdekkjande registreringsordning for sjølvmondsforsøk.

7.3 Oppfølging av dei ulike framlegga

Grunnleggjande føresetnader og utfordringar

Livshjelpsutvalet har peika på viktige føresetnader som må leggjast til grunn ved styrking og utvikling av tenestene til alvorleg sjuke og døyande menneske. Departementet er samd i dei føresetnadene som utvalet peikar på, og vil understreke at likeverd, omsorg og respekt for menneskeverdet er ein særleg viktig føresetnad for tenester til alvorleg sjuke og døyande menneske. Vidare vil departementet understreke at tenester til denne pasientgruppa, som for andre pasientgrupper, skal byggje på den etablerte strukturen i helsetenesta og vere integrerte i dei ordinære tenestene

Styrking av tilbodet til pasientar med sjukdommar som ikkje kan lækjast og døyande

Utvalet har føreslege at det innan 2001 blir utarbeidd eit særskilt punkt i helse- og sosialplanen i kommunane som handlar om tenester til pasientar med sjuk-

domar som ikkje kan lækjast, og døyande pasientar. Dette står sentralt av di det er ei utvikling i retning av at fleire og fleire døyr heime eller i sjukeheim. Kommunale tenestetilbod blir difor viktige i det vidare arbeidet på dette området.

Departementet ser det som heilt sentralt at tilbodet i kommunane blir styrkja dersom ein skal få ei betre teneste for denne gruppa, og dersom det skal leggjast til rette for at den enkelte skal få vere mest mogleg heime. Sjølv om det i ein del kommunar blir ytt eit godt tilbod til pasientar i denne fasen av livet, vil det vere behov for styrking i dei fleste kommunar.

For å synleggjere tenester til slike pasientar, og for å sikre at tenestene blir planlagt særskilt, vil departementet understreke at tenester til desse pasientgruppene må takast med i dei ordinære tenestene, og vere synlege i helse- og sosialplanen, eller i kommuneplanen der tenester innanfor helse- og sosialsektoren er omtalt i denne.

Når det blir for vanskeleg å gje pasientar med sjukdommar som ikkje kan lækjast og døyande tilbod i heimen, er departementet samd med utvalet i at sjukeheimen eller sjukestova bør kunne yte tenester, slik at pasienten kan vere så nær heimen som mogleg, når dette er ønskeleg for pasienten og dei pårørande. Eigna plassar i sjukeheimar og sjukestover vil vere gode tiltak for å kunne gje alvorleg sjuke og døyande og dei pårørande eit godt tilbod. Kva oppgåver sjukeheimane og sjukestovene skal ha i høve til denne pasientgruppa vil bli drøfta i samanheng med vurderinga av den rolla desse tenestene skal ha i framtida.

Elles er departementet samd i at det er behov for tiltak som kan auke kompetansen til dei som arbeider i kommunehelsetenesta, og styrkje legetilbodet i sjukeheimane. Departementet er vidare samd i at tilbodet i fylkeskommunane bør styrkjast og ser dette mellom anna i samanheng med styrkinga av tilbodet til kreftpasientar og den vidare utviklinga av innsatsstyrt finansiering.

Utvalet har peika på at private tilbod som er finansierte av det offentlege, bør planleggjast i ein heilskapleg samanheng. Private organisasjonar kan drive helsetenestetilbod av god kvalitet som kommunar eller fylkeskommunar kan inkludere i tenesta. Departementet meiner at private initiativ kan vere ein viktig ressurs i tenestetilbodet til alvorleg sjuke og døyande. Departementet meiner også at private tilbod må tilpassast det ordinære tenesteapparatet, og vere del av det totale tilbodet til den einskilde pasienten.

Lindrane behandling

Regionale helseplanar er under utarbeiding i alle helseregionar. Desse planane syner korleis nasjonal kreftplan blir følgt opp i dei ulike helseregionane. Sjølv om lindrande behandling også må ytast til andre pasientgrupper enn kreftpasientar, vil omtalen av tiltak for å styrkje lindrande behandling under dette satsingsområdet vere viktig for utbygging og styrking av lindrande behandling allment sett i fylkeskommunane. Gjennom nasjonal kreftplan er det løyvd midlar til alle regionar til oppbygging av kompetansesentra og avdeling/seksjon for lindrande behandling.

Departementet tek sikte på å støtte denne oppbygginga i åra som kjem. Dette vil departementet kome tilbake til i dei årlege budsjettframlegga. Tilbodet må også kome andre pasientgrupper enn kreftpasientar til gode. Det er i

budsjettforslaget for 2000 føreslege 5 mill. kroner i tillegg til dei 5 mill. kroner som blei løyvd i fjor for å styrkje kompetansen ved regionsjukehusa om lindrande behandling ved andre sjukdomar enn kreft, i tillegg til vidareføring av tiltaket under kreftplanen.

Individuelle planar og tilbodet til den einskilde

Livshjelpsutvalet har peika på at pasientar med sjukdom som ikkje kan lækjast og der ein ventar at levetida er kort, har behov for ei rekkje tenester frå helse-tenesta og sosialtenesta. I ein del tilfelle vil problema vere venta. Ved å planleggje på førehand, kan ein førebyggje problem, og tiltak kan setjast i verk på kort varsel. Utvalet viste til forslaget om at fylkeskommunen og kommunehelsetenesta skal ha plikt til å utarbeide individuelle planar for pasientar med behov for langvarige og koordinerte tilbod. Utvalet meinte at individuelle planar er særleg viktig for alvorleg sjuke og døyande, fordi ei optimal teneste til denne gruppa krev stor grad av fleksibilitet mellom ulike tenester og tenestnivåer, og mellom ulike typar personell.

Departementet arbeider med forskrift om individuell plan, som vil vere heimla i lov om spesialisthelsetenesta m.m. Ei utdjuping av plikta for kommunar og fylkeskommunar til å utarbeide individuell plan for alvorleg sjuke og døyande vil bli vurdert i samband med arbeidet med forskrifta.

Utvalet har vist til heimelen til å gje forskrift om pasientansvarleg helsepersonell i spesialisthelsetenestelova. Utvalet ser det som nødvendig at denne heimelen til å gje forskrift blir teken i bruk for alvorleg sjuke og døyande. Utvalet meinte at den pasientansvarlege legen må ha plikt til å syte for at nødvendig informasjon så snart råd er kjem til pasienten sin primærlege og eventuell koordinator i kommunehelsetenesta.

I lov om spesialisthelsetenesta m.m. heiter det at departementet kan gje forskrift med reglar om pasientansvarleg lege og tilsvarande ordningar for andre grupper helsepersonell. Bakgrunnen for denne heimelen til å fastsetje forskrift er at ein såg behov for å styrkje sjukehusa si koordinering i høve til pasientane, og å gje pasientane eit klart forankra kontaktpunkt gjennom heile opphaldet. Departementet vil fastsetje forskrift om denne ordninga. Det må i denne samanheng vurderast om visse pasientgrupper skal nemnast særskilt.

I forskrift fastsett med heimel i lov om helsetenesta i kommunane og i retningsliner om kvalitet i pleie og omsorgstenestene etter lov om sosiale tenester er det m.a. tatt opp at kommunen skal sørgje for at det blir gjeve eit heilskapleg, samordna og fleksibelt tenestetilbod som sikrar kontinuitet i tenesta. I denne samanhengen må kommunen sikre at pasient og pårørande har få og faste personar som yter dei nødvendige tenestene, og at ein person får ei rolle som koordinator i høvet til tilbodet som ulike instansar skal yte.

Utdanning av helsepersonell

Livshjelpsutvalet har peika på at tema knytt til pleie og omsorg ved slutten av livet bør vektleggjast sterkare i grunnutdanningane, og at vidareutdanningar for sjukepleiarar blir gjennomgått for å sikre at lindrande behandling, pleie og omsorg blir gjeve nødvendig vekt.

Når det gjeld forslaget om oppretting av vidareutdanningar i onkologisk sjukepleie i alle regionar og oppretting av vidareutdanning i palliativ omsorg,

vil departementet vise til at i samsvar med Handlingsplanen for helse- og sosialpersonell 1998-2001 blei det løyvd 11 mill. kroner i 1999 til auka kapasitet i prioriterte etter- og vidareutdanningar, mellom anna innanfor kreftomsorg. Ein del av midlane til vidareutdanningar i høgskolesystemet blei overførte til Kyrkje-, utdannings- og forskingsdepartementet i 1998 for vidare overføring til høgskolane.

I 1999 blei det gjeve 24 mill. kroner i tilskot til bedriftsinterne vidareutdanningar. Det blei gjeve støtte til vidareutdanning i anestesi-, intensiv-, operasjonssjukepleie, onkologisk sjukepleie og pediatrik sjukepleie. Som ledd i gjennomføringa av Handlingsplan for helse- og sosialpersonell 1998-2001 er tilskotet for 1999 overført til fylkesmannen. Midlane blir fordelte til fylkeskommunane.

For framleis å stimulere til rekruttering til vidareutdanningane, er det i budsjettforslaget for 2000 foreslått løyvd 23,2 mill. kroner til mellom anna dette føremålet. Vidareutdanning i palliativ omsorg ved Høgskolen i diakoni og sjukepleie starta opp hausten 1999. Dette er ei tverrfagleg utdanning. For skuleåret 1999/2000 er det teke opp sjukepleiarar og fysioterapeutar. Det har vore stor etterspurnad etter denne utdanninga. Det kan her nemnast at Statens helsetilsyn meiner det er uheldig meld to skilde vidareutdanningar innanfor sjukepleie til kreftpasientar og innanfor palliativ omsorg. Spørsmålet om oppretting av vidareutdanningar i onkologisk sjukepleie i alle regionar vil bli vurdert nærare.

Dersom ein skal styrkje kunnskapen om palliativ medisin i grunnutdanninga i medisin, må det opprettast stillingar ved universiteta. Dette vil bli teke opp med dei som har ansvar for oppretting av akademiske stillingar ved universiteta.

For å styrkje personellet sin kompetanse er det vidare foreslått utarbeiding av fagleg rettleiingshefte til bruk i kommunar og fylkeskommunar. Departementet ser dette som eit nyttig tiltak for å skape større tryggleik i møte med pasientane. Føremålet med rettleiingsmateriell er å systematisere den kunnskap som finst. Rettleiingsmateriell kan vere ein arbeidsreiskap for dei som arbeider innanfor feltet. Det har vore utarbeidd faglege rettleiarar på fleire fagområde. Statens helsetilsyn har stått for dette arbeidet. Sosial- og helsedepartementet har også ytt midlar til eit prosjekt ved Bergen Røde Kors Sykehjem som gjeld lindrande behandling. Departementet vil skaffe midlar til utarbeiding av slik rettleiingsmateriell.

Ein medisinsk spesialitet i palliativ medisin?

Både for å fremje faget og for å fremje forskning og å setje fokus på at det er viktig å løyse dei mange ulike problema som kjem i slutfasen av livet, meiner utvalet at ein eigen spesialitet i palliativ medisin vil vere viktig. Som det er vist til i NOU 1999:2, har ein vidareutdanning for legar som fører fram til ein eigen spesialitet i palliativ medisin i fleire land. Argument mot å opprette ein eigen spesialitet er at det allereie er mange medisinske spesialitetar, og at alle legar bør kunne yte nødvendig lindring av smerter og andre symptom.

Når det gjeld lindring av smerter, har spesialister i anesthesiologi kunnskap og kjenner metodar for å lindre smerter hos ein stor del av dei alvorleg sjuke og døyande pasientane. At mange pasientar ikkje får den palliative behand-

linga som dei treng, kan skuldast at mange av dei legane som desse pasientane møter ikkje har nok røynsle med smerteproblem og lindring av andre symptom, og at organiseringa av tilbodet og oppfølginga i høve til den enkelte ikkje er god nok.

Høyringsinstansane hadde ulikt syn på dette forslaget. Av dei som ikkje støtta forslaget kan nemnast Statens helsetilsyn, dei fleste av dei fylkeslegane som har uttalt seg til utgreiinga og Den norske lægeforening. Dei fleste fylkeskommunar og kommunar, dei fleste av dei sjukehusa som har uttalt seg til utgreiinga og dei fleste forskingsinstitusjonar er positive til forslaget.

Departementet vil ta stilling til dette spørsmålet etter at saka er vurdert av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av legar og legefording.

Forskning om livshjelp

I NOU 1999:2 Livshjelp er det peika på at omfanget av forskning innanfor diagnostikk og behandling av alvorleg sjuke og døyande menneske er ganske avgrensa. Ut frå at ein står overfor store kliniske utfordringar, og at det gjeld mange pasientar, meiner utvalet at forskinga må oppgraderast. Det er vist til at ei rekkje studiar understrekar mangelfull lindrande behandling, både smertelindring og lindring av andre symptom.

Departementet vil arbeide for å auke den kliniske forskinga på dette området, om nødvendig gjennom eit eige forskingsprogram. Dette vil bli vurdert i samarbeid med Noregs forskingsråd.

Når det gjeld støtte til forskingsmiljø som er knytt til dei regionale kompetansesentra, vil dette vere omfatta av regionsjukehusutskottet. Tilskot til forskning retta mot konkrete prosjekt skal regionsjukehusa sjølv dele ut. Departementet finn det ikkje føremålstenleg på førehand å setja av midlar frå dette tilskottet til særskilde område, som palliativ medisin, men vil be om at sjukehusa tek omsyn til dette i fordelinga.

Registrering av sjølvordsforsøk

Det kan vidare nemnast at Livshjelpsutvalet har foreslått oppretting av obligatorisk landsdekkjande registrering av alle sjølvordsforsøk. Det er få av høyringsinstansane som har hatt merknader til dette punktet. Fleirtalet av dei som har uttalt seg til forslaget går imot det. Argumenta mot dette forslaget er knytt til mellom anna personvern og om det er føremålstenleg. Statens helsetilsyn peikar på at det vil vere store problem knytt til realistisk registrering, og ser det slik at det vil vere nesten umogleg å få ei realistisk landsomfattande registrering av sjølvordsforsøk. Statens helsetilsyn tilrår ikkje å opprette eit slikt register. Departementet ser det som viktig å finne fram til tiltak som kan førebyggje sjølvord, men etablering av obligatorisk registrering av alle sjølvordsforsøk reiser fleire problemstillingar, som treng ei nærare vurdering. Tiltak for å førebyggje sjølvordsforsøk må sjåast saman med Handlingsplan mot sjølvord. Statens helsetilsyn arbeider vidare med dette.

Trygderettar mm

For å leggje til rette for at pasientar med sjukdommar som ikkje kan lækjast og døyande i størst mogleg grad kan vere heime, har utvalet foreslått visse

endringar av trygderettar, mellom anna ei utviding av ordninga med pleiepen-
gar. Dei fleste høyringsinstansane var positive til forslaget om endring av tryg-
derettar. Rikstrygdeverket og Helsetilsynet har merknader til dette.

Når det gjeld forslaget om ordninga med pleiepengar til eit familiemedlem
som pleier ein nær pårørende i heimen, peikar Rikstrygdeverket på at ein vil
kunne få avgrensingsproblem i høve til kven som er i slutfasen av livet. Riks-
trygdeverket viser til at gjennomsnittleg har utbetaling av pleiepengar ved
pleie av nære pårørende i slutfasen av livet vore 8-9 dagar per pasient. Riks-
trygdeverket legg vidare til grunn at det er ved pleie i heimen at det er aktuelt
å tilstå pleiepengar. Dersom stønadsperioden blir utvida til eitt år, blir det eit
spørsmål om stønaden skal stansast når vedkomande er til behandling i sjuke-
hus eller annan behandling sinstitusjon. Det er også peika på at det vil kunne
oppstå eit avgrensingsbehov i høve til kommunen sitt ansvar for å syte for ord-
ningar med avlasting og løn til personar med særleg tyngjande omsorgsopp-
gaver for pårørende i eigne heim. Det vil også vere eit spørsmål om avlasting
skal få konsekvensar for pleiepengane.

Utvalet har føreslege at ordninga med pleiepengar frå folketrygda bør utvi-
dast både når det gjeld tidsramme og kva personar som skal bli rekna som
pårørende etter denne ordninga. Departementet vil kome attende til ei kon-
kret vurdering av desse framlegga i samband med arbeidet med statsbudsjet-
tet.

Når det gjeld forslaget om dekning av behandlingshjelpemiddel med nød-
vendig utstyr frå folketrygda, er Rikstrygdeverket ikkje samd i forslaget. Riks-
trygdeverket meiner at ansvaret for finansiering, formidling og forvaltning av
behandlingshjelpemiddel bør takast over fullt ut av fylkeskommune/sjuke-
hus. Bakgrunnen for dette synet er at formidling av behandlingshjelpemiddel
føreset medisinsk kompetanse, ein kompetanse som hjelpemiddelsentralane
ikkje har, og som det ikkje er føresetnaden at dei skal ha. Behandlingshjelpe-
middel inngår som ledd i medisinsk behandling. Medisinsk personell må ta
stilling til kva hjelpemiddel og kva utstyr som skal takast i bruk. Det er det
medisinske fagmiljøet som er oppdatert i høve til aktuelle behandlingshjelpe-
middel.

Statens helsetilsyn peikar på at det må utviklast eit felles system for finan-
siering av utstyr basert på kva som er føremålstenleg. Uavhengig av finasie-
ringsform må det utviklast system slik at pasientane får behandling på det
nivået som er til beste for pasientane, og slik at dei får nødvendig utstyr til rett
tid. Sein saksbehandling i eitt system kan ikkje bestemme finansieringsform.

Departementet ser at det kan gje god samanheng i tenestetilbodet å leggje
ansvaret for behandlingshjelpemiddel til fylkeskommunane. Men ei slik over-
føring kan innebere svekking av den enkelte pasient sin rett. Departementet
har overført formidlingsansvaret for respirator til heimebehandling frå Folke-
trygda til fylkeskommunane. Folketrygda har framleis finansieringsansvaret
for respirator. I samband med overføringa har Folketrygda teke over finan-
sieringsansvaret for forbruksmateriell som er nødvendig i samband med slik
behandling i heimen. Departementet har ikkje teke stilling til om det skal gje-
rast endringar i forhold til formidlings- og finansieringsansvaret for andre
behandlingshjelpemiddel.

Brukarbetaling for tenester

Utvalet har også foreslått innføring av unntak når det gjeld brukarbetaling for heimetenester.

Statens helsetilsyn har vist til at ulik praktisering i kommunane, som er eit av motiva for å foreslå endringa, også gjeld for andre grupper som er alvorleg sjuke. Statens helsetilsyn ser det som vanskeleg å skilje ut ei bestemt gruppe, og kan difor ikkje støtte forslaget. Departementet meiner at det ikkje vil vere rett å unnta ei gruppe frå brukarbetaling. Departementet vil difor ikkje foreslå å innføre unntak for brukarbetaling for heimetenester for personar med sjukdom som ikkje kan lækjast og døyande i siste fasen av livet.

Det kan vidare visast til utvalet sitt forslag om at det bør opnast for at sjukehuslegar kan utløyse refusjon ved ambulant verksemd også når undersøking/behandling av andre pasientgrupper enn kreftpasientar som har kort venta levetid, treng lindrande behandling på spesialistnivå. Departementet er samd i at når pasientar i denne fasen av livet som er i sjukeheim eller heime har behov for tenester frå spesialist, vil det i mange høve vere meir føremålstenleg å yte hjelp ambulant, framfor å leggje pasienten inn i sjukehus. Departementet vil vurdere om ordninga med refusjon ved ambulant verksemd skal utvidast når ein har fått meir røynsle med gjeldande ordningar. I dag er det slike ordningar for kreftpasientar og innanfor psykiatrien.

7.4 Vidare oppfølging

- Departementet meiner at tenester og tiltak til menneske som er døyande eller som har sjukdom som ikkje kan lækjast skal vere ein del av det vanlege tenestetilbodet i helsetenesta. Prioriteringa av dette arbeidet må difor kome fram gjennom det vanlege planverket på ulike tenestenivå.
- Oppgåvene til sjukeheimane og sjukestovene i forhold til tilbodet ved slutten av livet vil bli drøfta i samanheng med vurderinga av den rolla desse tenestene skal ha i framtida.
- Departementet tek sikte på å følgje opp styrkinga av tilboda innanfor dette området i dei fylkeskommunale tenestene i tida som kjem saman med oppfølginga av kreftplanen og vidareutviklinga av innsatsstyrt finansiering.
- Ved utarbeidinga av forskrift om individuell plan med heimel i spesialisthelsetenesteloven, vil departementet vurdere om det er behov for ein særleg omtale av forholdet til menneske som er døyande eller som har sjukdom som ikkje kan lækjast.
- Behovet for styrking av livshjelpskunnskap i utdanningsordningane vil bli teke opp med dei ulike instansane som er ansvarlege for dei ulike utdanningane.
- Behovet for utviding av eksisterande ordningar og utvikling av nye spesialutdanningsordningar innanfor palliativ omsorg og palliativ medisin vil også bli vurdert saman med dei ulike instansane som er ansvarlege for dei ulike utdanningane.
- Departementet vil sikre midlar til utvikling av høveleg rettleiingsmateriell for personell som arbeider i forhold til menneske som er døyande eller som har sjukdom som ikkje kan lækjast.
- Departementet vil arbeide for ei styrking av den kliniske forskinga innanfor tilbod til menneske som er døyande eller som har sjukdom som ikkje kan lækjast.

- Departementet vil kome attende til dei ulike framlegga om endring av trygderettar i budsjettsamanheng.

8 Prioritering i helsetenesta

I dette kapitlet presenterer korleis ein skal arbeide vidare med prioriteringsordningane i den norske helsetenesta og kva prinsipp som skal leggjast til grunn i dette arbeidet.

8.1 Prioriteringskriteria i den norske helsetenesta

Den norske helsetenesta har i internasjonal samanheng ein lang tradisjon for å arbeide systematisk med prioriteringsspørsmål. Den første offentlege utgreiinga om prioriteringar i den norske helsetenesta kom med NOU 1987:23. I denne utgreiinga la ein avgjerande vekt på alvorsgraden ved den aktuelle tilstanden som utgangspunkt ved prioritering. Denne innfallsvinkelen blei lagt til grunn mellom anna ved utarbeidinga av den første forskrifta om ventetidsgaranti. Etter kvart synt det seg at det var behov for ei vidareføring av dette arbeidet. Regjeringa oppnemnde 31. mai 1996 eit prioriteringsutval for helsetenesta. Dette utvalet la fram rapporten sin 15. mai 1997 som NOU 1997: 18 Prioritering på ny.

Utvalet samla seg om tre kriteria som grunnlag for prioritering. Dei nemner *alvorsgraden* av tilstanden, *nyttan* av det aktuelle tiltaket og *kostnadseffektiviteten* av tiltaket. I tillegg peikar fleirtalet i utvalet på at ein må kunne leggje vekt på *sosiale behov* ved prioriteringa av tiltak i helsetenesta. Departementet vil i det vidare arbeidet med prioriteringsspørsmål i helsetenesta leggje til grunn dei tre hovudkriteria for prioritering som er føreslegne av utvalet. Ved nytte legg ein til grunn den kliniske verknaden ein kan vente at eit tiltak vil ha i eit gitt tilfelle.

Desse tre kriteria ligg til grunn for reglane i forskrift av 27. juni 1997 nr. 654 om ventetidsgaranti. Den gjeldande forskrifta vil bli avløyst av nye reglar når den nye pasientrettsloven blir sett i verk. I høyringsnotat til forskrift om prioritering og rett til helsehjelp har departementet gått inn for å leggje dei same kriteria til grunn for kva pasientar som skal ha rett til nødvendig helsehjelp i framtida som i dag.

Som vist til i Ot.prp. nr. 12 (1998-99) Lov om pasientrettigheter, har problemet med ventetidsgarantien vore ulik praktisering av kriteria, slik at tildeling av garanti har variert både med kva fylke pasienten bur i og mellom ulike medisinske fagområde. Dette blir følgt opp ved å arbeide med å skape konsensus innanfor kvart fagfelt, og såleis arbeide for lik praktisering av kriteria. Sosial- og helsedepartementet, Statens helsetilsyn og Den norske lægeforening har starta opp eit samarbeid kring dette arbeidet.

Fylkeslegane gjennom førte i 1998 tilsyn med ventetidsgarantien i 18 fylke. Tilsynet viste at det framleis var ulik praksis ved tildeling av slik garanti. Samarbeidet mellom Sosial- og helsedepartementet, Statens helsetilsyn og Den norske lægeforening har som mål å synleggjere korleis semje om den praktiske bruken av dei kriteria som gjeld for behandlingsgaranti i den gjeldande forskrifta kan sikre likskap i prioritering mellom ulike tenesteytarar.

I NOU 1997: 18 blir følgjande inndeling av prioriteringsgrupper føreslege:

1. Grunnleggjande helsetenester

2. Utfyllande tenester
3. Lågt prioriterte tenester
4. Tilbod som ikkje høyrer heime innanfor det offentleg finansierte helsetilbodet.

Prioriteringsgruppene ovanfor er lagde til grunn ved utforminga av ventetidsgarantien og lov om pasientrettar.

Røynsler frå helsetenesta tyder på at dei ovanfor nemnde prioriteringskriteria er lettare å nytte i forhold til ordinære behandlingstiltak i somatiske tenester. I forhold til psykisk helsevern og rehabiliteringsarbeid er det store utfordringar knytt til ei nærare tilpassing av desse kriteria. Det er også behov for ein grundigare analyse av korleis desse kriteria kan nyttast i forhold til diagnostisk verksemd.

Vidare må ein sikre at effektomgrepet blir tolka slik at det ikkje berre omfattar dei verknadene som er lett målbare. Også verknader som den einkilde pasienten opplever som positive må kunne reknast med, sjølv om dei ikkje alltid kan målast og etterprøvast på standardiserte måtar. Ikkje minst viktig er dette ved prioritering av tenester fram mot slutten av livet. Ei einssidig vektlegging av målbar nytte av eit tiltak, til dømes i form av forventna auka livslengd, vil kunne føre til at lindrande tiltak blir prioritert urimeleg lågt.

8.2 NOU 1997: 18 Prioritering på ny - høyringsfråsegnene

Departementet har hatt NOU 1997: 18 ute på brei høyring, og har motteke 102 høyringsfråsegner. Departementet ba særleg om synspunkt på utvalet sine framlegg om å oppretta faggrupper for prioriteringsarbeidet og å oppretta eit permanent prioriteringsutval. Ein ba også om synspunkt på bruk av gradert eigenbetaling for lågt prioriterte helsetenester og innføring av ein behandlingssgaranti.

Forholdet til innføring av behandlingssgaranti er klårlagt gjennom den nye pasientrettsloven. Når det gjeld framlegget om gradert eigenbetaling, er det varierende syn på dette, utan at det kjem fram noko tydeleg mønster i høyringsfråsegnene. Departementet følgjer dette opp som ein del av det jamne arbeidet med å vurdere eigenbetalingsordningane.

Når det gjeld framlegget om oppretting av faggrupper, er det berre Den norske lægeforening og Norsk psykologforening som går i mot dette. Dei fryktar utviklinga av eit nytt byråkratisk system ved opprettinga av slike faggrupper. Dei andre høyringsinstansane meiner at opprettinga av slike grupper kan vere til hjelp med å gjere prioriteringane føreseielege. Det er likevel brei semje om at ein bør vere varsam med å opprette faggrupper ut over områda barne- og ungdomspsykiatri, vaksenpsykiatri, medisinsk rehabilitering, pleie- og omsorg i kommunane og ortopedisk kirurgi som er føreslege av utvalet.

Framlegget om eit permanent prioriteringsutval får brei støtte. Dette blir sett på som viktig m.a. for å sikre ei heilskapleg tilnærming til prioritering mellom ulike pasientgrupper. Mange høyringsinstansar átvarar mot at ein set saman eit slik utval berre ut frå medisinsk fagkompetanse.

8.3 Prioritering - eit lineansvar

Dei reelle prioriteringane skjer i møtet mellom pasienten og helsetenesta. Legen har ei kjerneoppgåve i det kliniske prioriteringsarbeidet. Prioritering og fagleg styring må difor vere drøfta i lineorganisasjonen på alle nivå i den norske helsetenesta på ein slik måte at dei som prioriterer tenestetiltak er trygge på kva kriteria som gjeld. Dette er nødvendig dersom ein skal sikre at dei som treng det får grunnleggjande tenester, og at utfyllande tenester blir tydeleg definerte og prioritert framfor tenester med lågare prioritet.

Departementet vurderer det slik at dersom ein skal lukkast i dette, må ein stimulere til varige og omfattande prosessar i fagmiljøa. Den fagleg inspirerte prioriteringskulturen vil påverke det daglege kliniske arbeidet. Det er difor viktig at denne framstår som open for innsyn og blir gjort så fleksibel at den kan fange opp dei behova som kjem ved utviklinga av nye kliniske tilbod. Departementet meiner at det i hovudsak ikkje er føremålstenleg å fastsetje detaljerte og klinisk prega forskrifter som grunnlag for prioriteringsarbeidet i helsetenesta. Dette er ikkje til hinder for at ein i særlege høve kan finne det nødvendig å regulere bruken av visse metodar gjennom bindande krav frå styremaktene si side.

I dette arbeidet treng lineorganisasjonen difor kompetente rådgjevingsorgan. Departementet meiner at dei prinsippa som er lagde til grunn i NOU 1997: 18 for oppretting av faggrupper er eit høveleg utgangspunkt i dette arbeidet. På regionalt nivå har ein i arbeidet med utvikling av regionale helseplanar oppretta faggrupper som for ein stor del tek seg av tilsvarande rådgjevingssoppgåver der. Departementet ser det som ønskjeleg at regionane nyttar faggrupper i planarbeidet sitt. På lokalt nivå har ein ved sjukehusa og i nokre kommunar oppretta kvalitetsutval som skal gje råd til leiinga i spørsmål om kvalitet ved tenesteytinga. Ved nokre sjukehus er det dessutan etablert kliniske etikkomitéar som gjev råd til leiinga og utøvande personell i spørsmål av etisk karakter. Dette arbeidet er evaluert og røyntslene er gode. Departementet ønskjer å føre dette arbeidet vidare på ein slik måte at ein også på lokalt hald får ein større nærleik mellom etikk, prioriterings- og kvalitetsarbeidet. Ein vil difor ta initiativet til samordning av det arbeidet som desse ulike organa driv i dag.

NOU 1997: 18 legg vekt på at verksemdsområda psykiatri, pleie- og omsorg samt rehabilitering må få auka prioritet dei komande åra. Dei nemnde verksemdsområda for tida er mellom dei som er prioriterte område i helsepolitikken. Leiinga i helsetenesta på alle nivå har ansvar for å sikre at den overordna prioriteringa syner att i lokal og regional planlegging og i sjølve tenesteytinga.

Regjeringa vil også peike på at ein gjennom St.meld. nr. 50 (1998-99) om fordeling av inntekt og levekår og St.meld. nr. 21 (1998-99) om rehabiliteringspolitikken gjev uttrykk for at ein ser på helsetenesta som eit verkemiddel i arbeidet med å sikre jamnare levekår for folk i Noreg. Det er difor nødvendig å sikre at ein ved prioriteringar ved utvikling av helsetenestene tek omsyn til den samfunnsmessige fordelinga av sjukdom og sjukdomsskapande forhold.

Eit nasjonalt rådgjevingsorgan i prioriteringsspørsmål

Prioriteringar skjer ikkje berre i møte med den einskilde pasienten. Ei anna form for prioritering er knytt til fordeling av tenestetilbod, utvikling av særlege funksjonar og tilbod til definerte pasientgrupper. Denne oppgåva vil Sosial- og helsedepartementet leggje større vekt på i tida som kjem. Med den teknologiske og medisinske utviklinga får ein jamt nye høve til behandling, og med dette følgjer aukande krav frå pasientar og folk generelt. Prioritering blir ei stadig vanskelegare og viktigare oppgåve. Det kan vere ulike mekanismar som fører til at eit område får meir merksemd enn eit anna, eller at ei tenestegrein blir utpeika som satsingsområde. Departementet ser det som nødvendig med eit nasjonalt rådgjevande organ som gjev overordna råd om prioritering av ulike tenester i høve til kvarandre. Eit sentralt spørsmål vil vere kva som er ein rett balanse mellom ulike tenester. Andre spørsmål vil vere av fagleg/etisk karakter, til dømes spørsmål om aldersgrense ved visse behandlingsformer og om innføring av spesielle teknologiar.

Eit slikt nasjonalt rådgjevingsorgan vil vera ein nyttig reiskap for sentrale helsestyresmakter. Det vil også kunne vere mottakar for signal om dilemma og konflikter som til dømes dei kliniske etikk-komiteane ved sjukehusa opplever i arbeidet sitt. Det nasjonale rådgjevande organet må synleggjere faktiske tiltak og prioriteringar, drøfte balansen mellom tiltaka, og gje råd i høve til dei meir overordna prioriteringane. Rådet må ha eit eige sekretariat for arbeidet sitt.

Departementet har i saker som gjeld oppgåvefordeling innanfor sjukehussektoren oppretta eit eige rådgjevande organ, Statens sjukehusråd, med representantar m.a. frå alle helseregionar. Statens sjukehusråd har som eit punkt i mandatet å gje råd i prioriteringsspørsmål, mellom anna korleis ulike behandlingstilbod bør prioriterast i høve til kvarandre. Departementet tek sikte på å endre Statens sjukehusråd sitt mandat og samansetning, slik at dette kan få rolla som eit nasjonalt prioriteringsråd. Mellom anna vil det vere nødvendig å oppnemne representantar frå ulike brukargrupper.

Det vil framleis også bli lagt vekt på faglege råd frå Statens helsetilsyn. Departementet vil i tillegg kunne innhente utgreiingar m.a. frå Statens institutt for folkehelse og Senter for medisinsk metodevurdering. Samla sett bør rådet saman med desse instansane kunne dekkje departementets behov for rådgjeving i samband med prioriteringsarbeidet i tida framover.

Statens helsetilsyn og fylkeslegane

Statens helsetilsyn og fylkeslegane skal etter lov av 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten arbeide for at folket får oppfylt behovet for helsetenester. Dette skal mellom anna skje gjennom rådgjeving og rettleiing til helsetenesta. Tilsynsetaten skal vidare sjå til at lovgjevinga blir følgt. Statens helsetilsyn og fylkeslegane har såleis sentrale roller i prioriteringsarbeidet, mellom anna gjennom å gje råd og allmenn rettleiing i prioriteringsspørsmål og gjennom å føre tilsyn med at regelverket blir etterlevd.

På enkelte fagområde har Statens helsetilsyn oppretta særlege kompetansegrupper for å få råd i faglege spørsmål, irekna spørsmål som påverkar prioriteringane i helsetenesta. Helsetilsynet står fritt til å opprette slike grupper. Departementet føreset at dette særleg blir gjort innanfor prioriterte verksemdsområde i forhold til spørsmål som er kompliserte og krev breiare kompe-

tanse enn den tilsynsetaten sjølv har. Helsetilsynet kan, dersom dei ønskjer det, også nytte kompetanse frå andre faggrupper som alt er etablerte, til dømes i Den norske lægeförening, eller innhente faglege råd på annan måte. Der regionale faggrupper finst, kan Statens helsetilsyn bruke råd frå desse. Det er ein føresetnad at det skal gå klart fram kva vurderingar som er lagt til grunn for dei retningslinene for prioritering som blir gjevne. Departementet har merka seg at Helsetilsynet og fylkeslegane no er i ferd med å utvikle rådgjevingsrolla si gjennom oppstart av eit eige prosjekt om dette.

Prioritering av tiltak i forhold til den einskilde pasienten må som før vere eit ansvar for helsetenesta og helsepersonellet. Det er den einskilde lege, sjukehusavdeling eller andre som skal yte tenester som i samråd med pasienten, må vurdere kva behandling som er den rette i eit kvart tilfelle. Statens helsetilsyn har som sitt ansvar å gje informasjon og råd til fagmiljøet og departementet.

Kriteria for kva pasientar som skal kunne gjevast ventetidsgaranti er ikkje det same som konkrete råd om kva tilbod den enkelte pasient bør få. Kva som er rett behandling av enkeltpasientar føreset utveksling av medisinsk informasjon fagmiljøa imellom. Som ei hjelp kan det frå Helsetilsynet si side publisert kasuistikkar, slik dei mellom anna gjer i dag gjennom utgjevinga av publikasjonen Helserettsinfo når det gjeld forholdet mellom klinisk arbeid og helserettslege vurderingar. Slike kasuistikkar kan vere døme på korleis pasientar med særskilde tilstandar bør behandlast.

Innsyn i prioriteringane i helsetenesta

Om den norske helsetenesta skal vere truverdig i prioriteringsspørsmål og ha tillit i folket, er det heilt nødvendig at prioriteringsspørsmål blir drøfta offentleg. Dei vurderingane som blir lagt til grunn for prioriteringar, og praktiseringa av kriteria for prioritering, må vere ope tilgjengelege ikkje berre for helsepersonellet, men også for publikum. Ein kvar pasient har sjølv sagt rett til innsyn i og informasjon om korleis prioriteringskriteria er brukt i forhold til eigen situasjon.

8.4 Fastlegen og nødmeldetenenesta som portopnarar

Sentralt i verdisettet for den norske helsetenesta står det at tilgangen til forsvarelege helsetenester skal vere likeverdig og sikre fagleg forsvarelege tenester. Dette tilseier at terskelen for å oppnå primærkontakt med helsetenesta må vere låg. Tilgang til spesialisthelsetenesta i Noreg byggjer i praksis anten på tilvising frå allmennlege eller i akutte tilfelle på kontakt med den medisinske nødmeldetenenesta. Dette er såleis portopnarfunksjonar som bae legg fagkunnskap til grunn for den vidare tilvisinga. Dersom ein skal kunne ha slike prioriteringsordningar for spesialiserte helsetenester som føreslege ovanfor, må ein sikre ein fagleg forsvareleg portopnarfunksjon.

Dei landa som har sett slike portopnarfunksjonar i system, som England, Danmark, Finland, Nederland og Noreg, har jamt over lågare helsetenestekostnader enn land som har direkte tilgang til spesialisthelsetenestene, som til dømes USA, Tyskland, Frankrike og Sverige. Framfor å gjere endringar i desse systema, ønskjer Regjeringa å utvikle desse portopnarrollene gjennom

ytterlegare metodeutvikling. Framlegget til fastlegeordning gjev ei gunstig ramme for å vidareutvikle portopnarfunksjonen på ein måte som både sikrar kravet til faglege forsvarlege tenester og tilgjenget til spesialiserte helsetenester gjennom den faste legen.

Det faglege grunnlaget for allmennlegen sin portopnarfunksjon er synet om at den legen som kjenner personen og skal følge opp over lang tid, også er den som er best i stand til å gje råd om og å sørgje for tilvising til spesialiserte tenester. Argumenta er i utgangspunktet reint faglege, og byggjer på det såkalla KOPF-idealet i allmennmedisinsk teori. (K- kontinuerleg, O- omfattande, P-personleg, F- forpliktande). Det er også desse momenta som er kjernen i tilbodet om fastlegeordning til folk i Noreg.

Ved innføringa av ei fastlegeordning som legg til grunn retten for pasienten til sjølv å velje sin eigen allmennlege, står ein overfor særlege utfordringar overfor innsette i fengsla. Dei kommunane som har ansvar for fengselshelsetenester må særleg sjå til at det sentrale verdigrunnlaget for helsetenesta blir realisert også innan denne delen av helsetenesta, sjølv om ikkje valfridomen i praksis vil kunne vere så stor som i helsetenesta elles.

Til grunn for den medisinske nødmeldetenenesta ligg prinsippet om at den som gjev råd over telefon og prioriterer kontaktane skal ha vere helsefagkunng. Dette skal sikre fagleg forsvarlege tiltak på lågast effektive omsorgsnivå og med best utnytting av dei tilgjengelege ressursane også i akutte situasjonar. Regjeringa vil trekkje opp retningslinene for dei akuttmedisinske tenestene i ei eiga stortingsmelding i 2000.

8.5 Samarbeid mellom første- og andrelinetenesta

Mange undersøkjings- og behandlingsformer som før var knytte til sjukehusa, kan i dag finnast på dei fleste legekontor. Undersøkingar av til dømes glukoseinnhaldet i blodet til diabetespasientar blir i dag gjort meir nøyaktig av pasienten sjølv enn det ein før kunne på avanserte laboratorium. Den organiseringa av helsetenestetilbodet som vi har i landet i dag, fangar ikkje opp dei desentraliserande og «demokratiserande» tendensane i medisinen i tilstrekkeleg grad. Det er vesentleg at finansieringsordningar og organisatoriske løysingar ikkje hindrar at denne utviklinga blir til beste for pasientane. Departementet vil setje ned eit utval for å vurdere korleis ein kan leggje til rette for ein ønskjeleg grad av desentralisering av tenestetilbodet ved samarbeidet mellom spesialist- og primærhelsetenesta. Omleggingar som kan bli nødvendige, må skje med medverknad frå alle partar, pasientar og pasientgrupper medrekna.

Når det gjeld allmennlegetenesta er det med støtte frå staten i fleire fylke sett i gang forsøk med såkalla praksiskonsulentordningar. Målet med desse er å sikre betre fagleg kommunikasjon mellom allmennlegetenesta og sjukehusa. I tillegg til å auke den medisinske kvaliteten på allmennlegetenesta, vil slike ordningar truleg også medverke til betre utnytting av dei tilgjengelege spesialistressursane. Denne metodeutviklinga er særst viktig no når ein er i ferd med å endre allmennlegeordninga i landet. Styrkinga av psykiatritilbodet i kommunane legg også til grunn ei opptrapping av samarbeidet mellom fagmiljøa i spesialisthelsetenesta og kommunane.

Det er ikkje berre av omsyn til dei medisinske behova det er nødvendig med fagleg kontakt mellom første- og andrelinetenesta. Ved utskriving av pasi-

entar frå sjukehus er det såleis også nødvendig med kontakt mellom sjukehuset og heimesjukepleietenesta i kommunen for å sikre eit forsvarleg mottak av pasienten. Det er difor nødvendig at alle sjukehus arbeider aktivt i forhold til kommunane for å etablere rutinar for dette. Bruk av fagråd knytt til fylkeshelsetenesta der representantar frå kommunehelsetenesta er med, kan vere eit aktuelt tiltak for å etablere nødvendig samarbeid.

Den medisinske nødmeldetenesta over heile landet nyttar eit felles prioriterings- og kvalitetssikringsverktøy, Medisinsk indeks, som grunnlag for mottak av akutte meldingar. Dette verktøyet føreset at den som mottek telefonen kan stille spørsmål og gje råd med utgangspunkt i eigen helsefagleg kompetanse. For å sikre effektiv bruk av nødressursane og for å unngå unødig bruk av knappe ressursar, er det viktig at dette landsomfattande systemet blir vidareutvikla.

Arbeidet med utvikling av nye samhandlingsformer må gjevast høg prioritet på alle nivå dei komande åra. Dette arbeidet vil medverke til utvikling av nytt innhald i helsearbeidarrollene. Dette innhaldet må kome fram gjennom utvikling i praksis og kan ikkje berre gjerast gjennom formelle vedtak. Departementet tek sikte på å setje ned eit utval for å gå gjennom røynslene ein har frå tiltak som styrkjer samarbeidet mellom første- og andrelinetenesta og kome med framlegg til tiltak som kan styrkje dette samarbeidet ytterlegare. Det er viktig for pasientane og dei pårørande at helsetenesta er i stand til å gje fagleg forsvarlege tilbod utan at pasientane blir pålagde unødige reiser og fråvere frå eigen heim. Dette er også viktig av omsyn til den samla ressursbruken i helsetenesta.

I dag framstår tverrfagleg arbeid ofte som tidkrevjande og komplisert. Det krev godt forarbeid mellom deltakarane for å få kjennskap til kvar andre sitt teori og metodegrunnlag samt kompetanse. Dette forarbeidet er nødvendig dersom ein skal sikre eit reelt tverrfagleg samarbeid. Det er grunn til å peike på at god fagkompetanse må liggje til grunn også for tverrfagleg arbeid. Eit trygt fagleg fundament som blir oppfatta som likeverdige av dei som samarbeider er nødvendig dersom tverrfagleg innsats skal utvikle seg på ein tillitsfull måte. Dette er vanskeleg å utvikle i ein travel kvardag dersom føresetnadene ikkje er lagt alt i grunnutdanninga.

8.6 Samordning i møte med brukaren

I dei kommunale tenestene er det framleis store utfordringar knytte til samordning ikkje berre av helseteneste, sosialteneste- og barnevernstiltak, men også i forhold til skulen, teknisk etat og kultur- og fritidstilbod. Det er også store utfordringar knytte til samordning mellom kommunale og fylkeskommunale tiltak og statlege tilbod frå til dømes arbeidsmarknadsetaten og trygdeetaten. Regjeringa vil sikre at det ligg ei samla forståing for samarbeidsbehovet til grunn ved utarbeiding av forskrifter og faglege retningsliner. Dette er særleg aktuelt i eldreomsorga, rusmiddelarbeidet, arbeid med tiltak for barn og unge samt rehabiliteringsarbeid og andre tiltak for funksjonshemma. Auka bruk av individuelle planar er eit nødvendig hjelpemiddel for å sikre samarbeid om tiltak, særleg til menneske med samansette behov der innsats frå ulike deltenester er nødvendig. Ein rett til individuell plan er no heimla i den nye spesialisthelsetenesteloven (§2-6) og kommunehelsetenesteloven (§

6-2a) for personar med behov for langvarige og koordinerte tilbod . Departementet arbeider med nærare retningslinjer om bruk av individuelle planar i helsetenesta slik at denne skal bli betre i stand til å oppfylle behova for samordning av tenestetilbodet.

Den individuelle planen skal vere eit middel for å sikre at brukaren sine eigne ønskje kjem tydeleg fram og blir førande for tenestetilbodet. Planen skal også vere ein reiskap i arbeidet med å fremje sjølvstende og evne til å meistre eige liv. Han skal tene som grunnlag for jamleg vurdering av tenestetilbodet. Sjølv om lovverket ikkje stiller krav om at ulike deltenester saman skal utarbeide ein *felles* plan i samarbeid med brukaren, er det naturleg at ein så langt råd gjer det. Dette vil vere nødvendig dersom tenestetilbodet skal opplevast som samanhengande og heilskapleg. Planen må utformast skriftleg og sjølv sagt vere tilgjengeleg for brukaren. Det er eit mål å samordne arbeidet med individuelle planar som ulike etatar gjennomfører i forhold til kvar einskild brukar.

8.7 Vidare oppfølging

- Departementet vil i den vidare regelverksutviklinga leggje til grunn at prioriteringar i helsetenesta skal byggje på kriteria om alvorsgrad av tilstanden, den forventa nytten av tiltaket og kostnadseffektivitet av tiltaket, som føreslege i NOU 1997: 18.
- Departementet vil særleg vurdere korleis desse kriteria kan nyttast i forhold til diagnostisk verksemd, og i psykisk helsevern og rehabilitering.
- Departementet vil halde fram med å utvikle grunnlaget for praktisk bruk av prioriteringskriteria i helsetenesta.
- Departementet reknar med at Statens helsetilsyn nyttar faggrupper innanfor prioriterte tenesteområde for å sikre eit best mogeleg grunnlag for rådgjevinga overfor departementet.
- Departementet vil opprette eit nasjonalt råd for prioritering. Dette vil skje ved å endre namn, mandat og samansetjing for Statens sjukehusråd. Dette rådet skal ha med representantar for ulike brukargrupper.
- Departementet ser det som viktig at terskelen for å kome i kontakt med helsetenesta er låg, og at lett tilgang til fastlege og den medisinske nødmeldetenesta er sentrale verkemiddel i dette arbeidet.
- Departementet vil setje ned eit utval for å vurdere samarbeidet mellom første- og andrelinetenesta, og som kan kome med framlegg til tiltak som kan styrkje dette samarbeidet, og såleis sikre at desentraliserande utviklingstrekk i medisinen blir fanga opp i helsetenesta.

9 Kunnskapsgrunnlaget for helsetenesta

Dette kapitlet handlar om korleis ein i tida som kjem skal kunne arbeide vidare med ei utvikling av kunnskapsgrunnlaget til nytte for planlegging og utbygging av helsetenesta, og i det kliniske arbeidet.

9.1 Fagleg forsvarleg verksemd byggjer på kunnskap

Kravet om fagleg forsvarleg verksemd har tradisjonelt stått sentralt i den norske helselovgjevinga. Dette blir vidareført gjennom dei nye helsetenestelovane som Stortinget vedtok våren 1999. I Sosialkomiteen si innstilling til helsepersonelloven, Innst.O. nr. 58 (1998-99), blir det peika på at kravet til forsvarleg verksemd inneber ei plikt for alt helsepersonell til å halde seg til sitt fagområde og ikkje gå ut over sine faglege kvalifikasjonar. Kravet til fagleg forsvarleg verksemd blir grunngeve med tryggleiken for pasientane.

Kunnskapen skal ikkje berre tene som grunnlag for å setje i verk konkrete tiltak. Kunnskapen skal også nyttast til å skilje mellom dei tiltaka som bør setjast i verk og dei tiltaka som ikkje bør gjennomførast. Kunnskapsutviklinga har difor sterkt normerande verknad på helsetenesta. Det ligg framleis store utfordringar i å skilje påliteleg kunnskap frå upåliteleg kunnskap, og i å kommunisere det ein veit om kor grensene går for den kunnskapen ein har til ei kvar tid. Det er ei sentral oppgåve for helsetenesta og forskings- og utdanningsinstitusjonane å medverke til at helsepersonellet og befolkninga har realistiske forventningar til kva ein kan oppnå gjennom bruk av medisinske metodar

Tradisjon og fakta

Kunnskapsgrunnlaget som ein skal byggje den faglege aktiviteten på i den norske helsetenesta er såleis knytt opp til dei kunnskapstradisjonane dei ulike yrkesgruppene har. Desse kunnskapstradisjonane byggjer i større eller mindre grad på vitenskapleg etterprøvbar kunnskap. Mangelen på eit vitenskapleg etterprøvd kunnskapsgrunnlag i store delar av helsetenesta opnar likevel ikkje for at ei udefinert mengd av tiltak kan seiast å vere fagleg forsvarlege. Føresetnaden må vere at tiltaka kan setjast inn i ein klår fagleg tradisjon og blir utøvd innanfor rammene av eit fagleg fellesskap, der den profesjonelle utøveren er klår over grensene for eigen kompetanse. Det må dessutan liggje til grunn at ein heile tida arbeider for å betre kunnskapsgrunnlaget for tenesteytinga, og går bort frå metodar som måtte vise seg ikkje å ha dei ønskete verknadene. Det faglege grunnlaget, både det som byggjer på tradisjon og det som byggjer på fakta, må heile tida vere gjenstand for kritisk omprøving.

Utgangspunktet er såleis at kunnskapsgrunnlaget for den norske helsetenesta både skal byggje på tradisjonar og praksis i dei ulike faga og det best mogeleg teoretiske grunnlaget som ein finn til ei kvar tid. Dette opnar for spenningar både innanfor ulike fag og ikkje minst mellom ulike faggrupper og også mellom ulike vitenskapstradisjonar. Slike spenningar er helsetenesta i vår tid nøydd til å leve med. Utdannings- og forskingsinstitusjonane må i framtida

rekne med å gå meir inn i desse spenningane. Det er også ei stor oppgåve for leiarskapet og tenesteytarane sjølv å ta tak i desse spenningane gjennom tverrfagleg samarbeid slik at dei tener til fagleg vekst og ikkje blir brukte som grunnlag for kompetansestrid yrkesgruppene i mellom.

Det er også store utfordringar knytte til å utvikle dialogen mellom pasient og behandlar slik at tiltaka frå helsetenesta si side ikkje berre byggjer på teknisk prega fagkunnskap. Det profesjonelle handverket må, sjølv om det skal byggje på god fagleg, faktakunnskap, vere i stand til å ta omsyn til pasienten sine eigne opplevingar og røynsler og såleis sikre at tiltaka som bli sette i verk byggjer på ei best mogeleg tilpassing av den allmenne fagkunnskapen til dei behova den aktuelle pasienten har.

Typisk for det gode handverket i helsetenesta er viljen til støtt å etterprøve verksemda si og vere open for kritisk innsyn frå andre fagfolk og frå samfunnet elles. Ved gjennomføring av tiltak der ein kan vente seg spesifikke kliniske effektar, må ein byggje på allment aksepterte forskingsmetodar. Klinisk forskning må skje i samsvar med dei etiske reglane som gjeld for forskning på menneske og etter at dei ulike prosjekta er vurderte av uavhengige instansar. I St meld nr 39 (1998-99), Forskning ved et tidsskille, har Regjeringa difor føreslege å styrkje ordninga med nasjonale og regionale forskingsetiske komitéar.

Det er ikkje berre dei kliniske tiltaka som må etterprøvast kritisk. Også systemretta organisatoriske løysingar og økonomisk strukturelle forhold må sikrast evaluering og oppfølging med omsyn til korleis dei verkar i etisk, helsefagleg og samfunnsmessig perspektiv.

Forskning i helsetenesta

I Regjeringa si forskingsmelding St.meld. nr. 39 (1998-99) er medisin og helse eit viktig satsingsområde. I meldinga her skal det nemnast at forskning no er fastsett som krav til spesialisthelsetenesta gjennom den nye spesialisthelsetenesteloven. Dette fører til at forskingsaktivitetar truleg vil vere noko pasientar i langt større grad vil kome i kontakt med i framtida enn i dag.

I tillegg til å sikre at dei einskilde forskingsprosjekta har vore gjennom etisk vurdering som omtala i St.meld. nr. 39 (1998-99), vil det vere ei sentral oppgåve for den einskilde verksemda å sikre at forskinga inngår som ein naturleg del av det totale tenestetilbodet og at møtet mellom pasienten og helsetenesta er like godt sikra i forskingsprosjekt som elles gjennom tilknytning til dei prosedyrane som elles er fastsette for verksemda.

Departementet vil i arbeidet med forskrifter til den nye helseovgjevinga vurdere om det er nødvendig å ta særleg omsyn til forskingsaktivitetar ved utforminga av reglar og retningslinjer. Målet må vere å sikre at det samla regelverket for helsetenesta også sikrar pasientar som deltek i klinisk forskning.

Departementet vil elles peike på det som kjem til uttrykk i avsnitt 6.4.3 i forskingsmeldinga og som handlar om behovet for innsyn i medisinsk forskning og det ansvaret som ligg på forskinga sjølv for å ta omsyn til følgjene av forskinga og for forvaltninga av ressursane i samfunnet.

Utfordringar knytte til praktisk bruk av kunnskap

I den utøvande helsetenesta i dag er det ofte stor uvisse kring kva som i gjevne tilfelle er den beste handlemåten. Det er viktig at helsetenesta ikkje byggjer arbeidet sitt på utdaterte metodar eller metodar som ikkje har verknad. Det eksisterer store mengder kunnskap som byggjer på vitskapleg etterprøving, men mykje av denne er dårleg systematisert og lite tilgjengeleg. I Noreg, som i resten av verda, blir det arbeidd med å samle denne kunnskapen på ein systematiske måte.

Det er også store utfordringar knytte til å gjere kunnskapen tilgjengeleg for praktiserande helsepersonell. Dette er nødvendige oppgåver å gjennomføre dersom ein skal vere trygg på at brukarane av den norske helsetenesta får det ein kan vente seg av ei helseteneste som byggjer på det beste av tilgjengeleg kunnskap. Det er også viktig for å sikre at ein nyttar ressursane på ein best mogeleg måte.

Den farmasøytiske industrien arbeider i dag svært aktivt med kunnskapsformidling overfor utøvande helsepersonell både ved hjelp av faglege tiltak og reine marknadsføringstiltak. Sjølv om mykje av det som blir formidla gjennom desse kanalane har høg fagleg kvalitet, kan ein ikkje sjå bort frå at dette kjem frå aktørar som har tunge eigeninteresser knytte til denne kunnskapsformidlinga.

Som eit konstruktivt korrektiv til denne verksemda er det difor behov for uavhengig kunnskapsformidling. Nasjonale og internasjonale fagtidsskrift har viktige oppgåver med å sikre ein uavhengig redaksjonell tradisjon også for fagleg formidlingsarbeid. Likevel er det så store mengder informasjon som blir gjort tilgjengeleg for dei som arbeider i praktisk helseteneste at det er nødvendig å velje ut det ein skal konsentrere seg om. Dette kan ikkje den einskilde utøvaren gjere åleine.

Ulike faglege lag og yrkesorganisasjonar driv produsentuavhengig kursverksemd. Den norske lægeforening har i samarbeid med offentlege styremakter bygd opp eit system med fond til finansiering av vidare- og etterutdanning for legar som sikrar eit grunnlag for produsentuavhengig utdanningsverksemd. Lækjemiddelkomiteane ved sjukehusa har ei nøkkelrolle i arbeidet med å sikre at lækjemiddelbruken ved sjukehusa er fagleg forsvarleg og medverkar til effektiv ressursutnytting.

På dette området er det enno lite samordna innsats frå det offentlege. Statens lækjemiddelkontroll gjev dels i samarbeid med styremaktene i dei andre nordiske landa ut ein del publikasjonar om terapeutiske tema. Det er etablert regionale rådgjevingsorgan innan lækjemiddelinformasjon (RELIS). Dei statlege førebyggingsinstitusjonane driv også med informasjons- og opplæringsverksemd retta inn mot helsepersonell. Fylkeslegane held jamleg kurs for helsepersonell med vekt på det som er prioriterte innsatsområde i helsepolitikken. Desse kursa tek likevel i liten grad opp vanlege kliniske tema. Sjølv om innsatsen samla sett er stor og ressurskrevjande, er det lite kjent i kor stor grad tiltaka verkar. Det er dessutan eit behov for å samordne den statlege innsatsen på dette området noko betre enn i dag.

I Storbritannia har dei etablert eit nasjonalt institutt for å ta seg av oppgåver i samband med å systematisere og gjere tilgjengeleg informasjon om kva som er fagleg forsvarlege helsetenestetiltak, National Institute for Clinical

Excellence. Det er behov for liknande tiltak også her i landet. Ein treng ikkje å opprette eit nytt organ for å ta seg av dette arbeidet. Statens helsetilsyn, Statens lækjemiddelkontroll, Senter for medisinsk metodevurdering og Statens institutt for folkehelse arbeider alt i dag med oppgåver av dette slaget.

Sosial- og helsedepartementet vil ta eit initiativ overfor dei norske institusjonane for å få formalisert eit nasjonalt nettverk som i samarbeid med utøvarane i helsetenesta kan overvake kunnskapsfronten, leggje fram kliniske retningslinjer med grunnlag i den til ei kvar tid beste kunnskapen og leggje grunnlag for jamlege evalueringar av arbeidsmåtane i helsetenesta. Dette føreset nær kontakt mellom forvaltningsorgan og forskingsinstitusjonar. Det er også naturleg å søkje internasjonalt samarbeid på dette området, særleg i forhold til dei andre nordiske landa og Storbritannia. Regjeringa vil dessutan vise til det som er nemnd i St.meld. nr. 39 (1998-99) når det gjeld behovet for å utvikle ein meir systematisk bruk av forskning som verkemiddel for å utvikle helsesektoren.

9.2 Bruk av nye metodar med uviss verknad

For den einskilde helsearbeidaren er det viktig å vere trygg på kva som er rutinebehandling på eige fagområde og kjenne til når ein går over mot bruk av nye metodar med uviss verknad eller utfører klinisk forskning. Lovreguleringa av rutineverksemda er tilfredsstillande gjennom den nye helsepersonelloven. Likeins er dei særlege utfordringane knytt til klinisk forskning kontrollerte gjennom dei ordningane ein har for etisk vurdering mm. I ei mellomstilling mellom rutinebehandling og klinisk forskning, kjem bruk av metodar som enno er på forsøksstadiet utan at bruken inngår som ein del av eit systematisk forskingsopplegg.

Kostnadene ved kvar utført tenesteeining av rutinetenester blir oftast mindre enn kostnadene ved bruk av nye metodar. Det knyter seg ofte også andre etiske problemstillingar til bruk av nye metodar med uviss verknad enn til rutinetenester. Ved bruk av nye metodar veit ein på den eine sida mindre om kva verknader ein kan vente seg, medan ein på den andre sida ofte møter pasientar og pårørande som alt har prøvd all rutinebehandling utan effekt og er viljuge til å prøve det meste sjølv om effekten ikkje kan garanterast.

Etiske utfordringar av liknande art oppstår også når pasienten har behov for eller ønskje om behandlingar som samfunnet ikkje har prioritert. Fagleg må behandlinga vurderast i forhold til kravet om forsvarleg verksemd i lovgjevinga. Økonomisk kan ofte slike behandlingsformer falle utanfor gjeldande oppgjersordningar.

Ved innføring av nye metodar er det ofte stor uvisse om kva effektar som kan ventast. Slike metodar krev dessutan ofte store kostnader fordi ein gjerne må nytte lækjemiddel eller teknologiar som enno ikkje er masseproduserte eller kan bli utførte av mange. Mange helsearbeidarar kjenner at dei kjem i ein konflikt mellom lojalitet overfor den einskilde pasienten og lojalitet overfor faglege eller prioriteringsmessige forhold når dei møter ønskje om å prøve nye eller alternative behandlingsmetodar.

Uvissa hjå helsepersonell om korleis ein i praksis skal forhalde seg til nye metodar i møtet med den einskilde pasienten gjer at Regjeringa vil vurdere om det er behov for å regulere dette området nærare. Uavhengig av ei slik formell

regulering av desse forholda, er det nødvendig at faglege og fagetiske spørsmål omkring dette jamleg blir drøfta mellom helsepersonellet. Kva som til ei kvar tid er å sjå på som fagleg forsvarleg behandling, vil for ein stor del bli avgjort av den rådande faglege konsensusen. Det er difor viktig at regulerings-systema ikkje tek frå den einskilde yrkesutøvaren ansvaret for sjølv å møte pasienten på ein fagleg forsvarleg og omsorgsfull måte, også ved bruk av nye metodar med uviss verknad.

Departementet meiner at det er viktig å skilje prosedyrane for prioritering og gjennomføring av rutinetiltak der ein har oversyn over forventa verknader, frå prosedyrane for bruk av metodar med uviss eller ukjend verknad. Det er ein ulik medisinsk logikk som ligg til grunn for desse to tilnærmingane, og dei vil også kunne ha ein ulik kostnadsprofil. Storleiken av den forventa medisinske effekten av rutinetiltaka er rimeleg godt kjent, sjølv om det ikkje alltid er slik at ein vil få den ønskete verknaden på den einskilde pasienten. Rutinetiltaka krev gjerne store kostnader fordi dei gjeld mange, ikkje fordi kostnaden ved den einskilde behandlinga er særleg høg.

Eit klårare skilje mellom rutinebehandling og bruk av nye metodar med uviss verknad i helsetenesta, stiller auka krav til fagleg oppdatering hjå praktikanane. Ein må til ei kvar tid vite kva som er gangbare tiltak, og kva som er på veg inn, og ikkje minst kva som er på veg ut av god praksis. For at praktikanane skal kunne følgje med i dette, må ein ha eit samla system for utarbeiding av faglege retningsliner innanfor dei sentrale aktivitetsområda for helsetenestene. Statens helsetilsyn har starta denne prosessen gjennom å utarbeide eit sett retningsliner for korleis slike råd kan bli utforma. Departementet meiner at eit grunnlag for det vidare arbeidet med dette kan skapast gjennom eit kunnskapsnettverk som nemnt i 9.1.

Den norske helsetenesta skal ha tilbod om rutinebehandling med grunnlag i det som til ei kvar tid kan seiast å vere det fremste av medisinsk og helsefagleg kunnskap. Rutinebehandlingar som ein ikkje har kompetanse til å gjennomføre i Noreg, skal ein etter nærare reglar kunne få utanlands. Sosial- og helsedepartementet har fastsett nærare reglar om dette i forskrift av 14. januar 1999 nr. 19 om bidrag til behandling i utlandet og om klagenemnd for bidrag til behandling i utlandet.

Helsetenesta skal sjølvsagt også delta i klinisk forskning. I visse høve skal ein også kunne nytte nye metodar med uviss verknad. Departementet meiner at slik behandling dels må styrast av dei reglane som gjeld for medisinsk forskning, men dels må ein også ha eit system som kan sikre ei fagleg og etisk forsvarleg vurdering og oppfølging også i tilfelle der det ikkje er aktuelt med deltaking i forskingsopplegg.

9.3 Vurdering av nye medisinske metodar

Medisinsk metodevurdering inneber ei vurdering av prosedyrar for å førebygge, diagnostisere eller behandle sjukdom. Utgangspunktet er kritisk og systematisk gjennomgang av den vitenskaplege dokumentasjonen i tillegg til at ein dreg inn etiske, økonomiske, juridiske og organisatoriske forhold som påverkar tiltaka i helsetenesta. For å redusere faren for systematiske feilkjelder i slike vurderingar, er det utvikla faste prosedyrar og kvalitetskriteria som blir

lagde til grunn for vurderinga av vitenskapleg materiale. Målet med den medisinske metodevurderinga er å gje eit best mogeleg fagleg grunnlag for dei som skal fastsetje utforming og gjennomføring av tiltak i helsetenesta. Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) har fått eit nasjonalt ansvar for denne verksemda i Noreg. Senteret samarbeider med Statens institutt for folkehelse og Statens helsetilsyn i arbeidet sitt.

Ein viktig del av den medisinske metodevurderinga, er vurdering av nye metodar før dei blir tekne i bruk. Slike tidlege metodevurderingar vil ofte omfatte tiltak der det enno ikkje ligg føre eit sikkert vitenskapleg materiale. Desse tidlege metodevurderingane er viktige for å gje ein betre kommunikasjon og styrke debatten mellom ekspertane og dei som på samfunnets vegne skal fatte vedtak om innføring av nye medisinske tiltak.

Senter for medisinsk metodevurdering publiserer resultatane av arbeidet sitt gjennom rapportar på norsk. Fram til slutten av 1999 er det utarbeidd åtte rapportar om ulike sentrale spørsmål for den norske helsetenesta. Til dømes er det laga ein rapport om trombololysebehandling (blodproppsoppløysing) ved hjerneinfarkt («slag»). Dette arbeidet leidde til at denne behandlingsforma ikkje er innført som rutinebehandling her i landet. Ein rapport om rutinemessige helseundersøkingar for prostatakrefit tilrådde at ein ikkje innførte dette. Denne førte til at norsk deltaking i eit internasjonalt forskingsprosjekt om dette blei stoppa. Det faglege grunnlaget for ei vidare utbygging av tilbodet med magnettomografiske undersøkingar er også vurdert.

Arbeidet til dette senteret har såleis alt hatt konkrete følgjer for planlegging og utvikling av helsetenestetilbodet i landet. Departementet ser det som viktig at dette arbeidet blir ført vidare og at senteret har eit aktivt samarbeid med andre instansar som arbeider med nærliggjande saker. På dette viset kan ein også her i landet få eit meir heilskapleg system for tidleg vurdering og etterfølgjande evaluering av dei metodane og tiltaka som helsetenesta tilbyr.

9.4 Utarbeiding av faglege retningslinjer

Ved å utvikle kontakten mellom dei statlege faginstansane som arbeider på dette området og kople dette til med utøvande fagmiljø gjennom arbeid i faggrupper som nemnd før i meldinga, meiner departementet at ein vil kunne utvikle eit heilskapleg prioriteringssystem som byggjer på fagleg forsvarleg kunnskap samstundes som det tek omsyn til politiske prioriteringssignal.

Likeså vel som ein god fagkultur maktar å ta opp i seg ny kunnskap, må den også vere i stand til å fjerne tiltak som byggjer på kunnskap som ikkje gjeld lenger. Det er grunn til å tru at bruk av for gammal og usikker kunnskap fører til ei viss overbehandling i den norske helsetenesta. Denne overbehandlinga kan ikkje berre vere til skade for pasientane, men er også ressurskrevjande.

Dei prinsippa som blir lagde på bruk av god kunnskap innanfor dei ulike fagtradisjonane, kan prinsipielt sett også leggjast på helsetenesta som totalt system. Departementet ønskjer ved utviklinga av den norske helsetenesta å gjere seg nytte av dei røynsleane ein har frå andre land som det er relevant å samanlikne seg med når det gjeld reformar i helsetenesta, irekna bruk av alternative terapiformer. Departementet er klår over at alternative terapiformer er ein del av det offentlege tenestetilbodet i fleire land, og ein vil ta omsyn

til røynslene frå desse landa når ein skal vurdere forsøk med bruk av alternative terapiformer i den norske helsetenesta. Som prinsipielt standpunkt legg ein til grunn at tiltak som har verknader på helse og sjukdom og som ligg innanfor rammene for det den norske helsetenesta har som arbeidsoppgåver, skal kunne vurderast og evaluerast på like line.

Regjeringa viser dessutan til dei signala om auka satsing på forskning i helsesektoren som er gjevne gjennom St.meld. nr. 39 (1998-99) om forskning ved et tidsskille samt til lovkravet i den nye spesialisthelsetenesteloven om at forskning skal vere ei av hovudoppgåvene for spesialisthelsetenesta. Ved å sikre at dette blir ein realitet kan den offentlege helsetenesta framstå som ein attraktiv arbeidsstad for helsearbeidarar også i framtida.

9.5 Vidare oppfølging

- Departementet vil vurdere behovet for eit særleg regelverk knytt til bruk av nye metodar med uviss verknad når dette ikkje er ein del av systematisk klinisk forskning.
- Departementet vil styrkje samarbeidet mellom ulike offentleg finansierte instansar om å sikre eit forsvarleg kunnskapsgrunnlag for den norske helsetenesta i åra som kjem.
- Departementet vil ta eit initiativ for å evaluere den samla produsentuavhengige informasjonen til helsepersonell i Noreg, og deretter vurdere behovet for ei utvida samordning av dei statlege informasjonstiltaka.

10 Helsetenesta og forholdet til alternativ medisin

I dette kapitlet tek opp det vidare arbeidet med alternativ medisin.

10.1 Auka kunnskap om alternativ medisin

For Regjeringa er det vesentleg å medverke til auka vitskapleg innsikt i dei grunnleggjande kroppslege, mentale og kulturelle prinsippa som alternative utøvarar byggjer verksemda si på. Auka innsikt vil vere ein føresetnad for å kunne betre dokumentasjonen på dette området. Betra dokumentasjon er viktig dersom ein skal sikre slike metodar ei rolle i den norske helsetenesta. Dette krev at forskingskompetansen blir styrkja. Sosial- og helsedepartementet og Noregs forskingsråd har difor sett i verk eit program for forskning innanfor alternativ medisin i Noreg. Dette vil bli følgd opp i åra som kjem.

Stortinget har i fleire samanhengar peika på at alternativ medisin etter kvart har fått stort innpass i samfunnet og er svært utbreidd, og at mange menneske har fått hjelp av alternativ medisin. Sosialkomiteen har understreka at det er behov for ein gjennomgang av forhold knytt til kva plass alternativ medisin og alternative behandlingsformer bør ha innanfor den samla helsetenesta. komiteen har vidare uttala at det er viktig å skilje mellom seriøs og useriøs behandling, og har mellom anna bede om at arbeidet med å dokumentere effekten av ulike former for alternativ medisin blir intensivert.

I april 1997 blei det difor oppnemnd eit utval for å kome med ei utgreiing kring ulike sider ved alternativ medisin i Noreg. Dette utvalet la fram NOU 1998: 21 Alternativ medisin 15. desember 1998. Framlegga frå dette utvalet til aktuelle verkemiddel fell i to grupper - rettslege verkemiddel og andre verkemiddel, irekna organisatoriske, pedagogiske og økonomiske former. Utgreiinga har ført til ein omfattande offentleg debatt om emnet. Departementet har motteke ei mengd innspel i samband med høyringa og gjennom høyringsvara har ein fått fram eit stort mangfald i meiningar. Av framlegga til rettslege verkemiddel, har spørsmålet om oppheving av kvaksalvarloven og innføring av ei friviljug, offentleg registreringsordning for utøvarar av alternativ medisin fått størst merksemd. Når det gjeld dei andre framlegga, er det verd å merke seg at det er om lag samrøystes frå høyringsinstansane om at forskinga innanfor alternativ medisin må styrkjast.

Oppsummeringa av høyringssvara syner dessutan at både offentlege styremakter, utøvarar av alternativ medisin og pasientorganisasjonar saknar ein grundigare debatt om marknadsføringa av alternative tiltak og helsekost. Sjølvråderetten til den einskilde og valfridom er viktige verdjar i helsetenesta i vår tid. Tilsynsinstansane møter likevel ofte menneske i fortvila situasjonar som er viljuge til å prøve det meste for å oppnå lækjedom. Handlingane høver då ikkje alltid med idealet om reell valfridom. Det er difor viktig at alternative tiltak og marknadsføringa av desse blir regulert på ein slik måte at menneske i vanskelege livssituasjonar ikkje blir utnytta. Andre høyringsinstansar, som lækjemiddelindustrien, ønskjer strengare krav til registrering, merking og marknadsføring av alternative preparat.

10.2 Vurdering av lovendringar

Utgreiinga, høyringsrunden og den offentlege debatten reiser ei rekkje spørsmål som må avklårast. Sentralt står spørsmålet om korleis alternativ medisin skal lovregulerast. Andre spørsmål som reiser seg er kor langt ein skal gå i ei tilnærming mellom alternativ medisin og verksemda til den norske helsetenesta. Dette kan vurderast i lys av korleis kravet om forsvarleg verksemd for autorisert helsepersonell skal tolkast i forhold til utøving av tiltak som ikkje utan vidare høyrer til den utdanningstradisjonen helsepersonellet representerer. Det er også aktuelt å sjå nærare på korleis ein skal føre tilsyn med alternative tiltak i og utanfor helsetenesta.

Det kan også vere tenleg i det vidare arbeidet å nytte ei anna samlenemning på dei aktuelle verksemdsområda enn alternativ medisin. Dette kan vere aktuelt fordi mange ikkje nyttar slike tiltak som alternativ, men som tillegg til vanleg medisinsk behandling.

Departementet støttar hovuddraga i dei vurderingane som utvalet har gjeve til kjenne i NOU 1998: 21. Det er eit viktig prinsipp at pasientane sjølv skal ha fridom til sjølv å velje mellom ulike helsetenester, også utanfor det som tradisjonelt har vore ein del av den norske helsetenesta. Det er difor viktig at kunnskapen om alternativ medisin aukar, og at pasientane får høve til å dra nytte av desse kunnskapane slik at valfridomen blir meir reell og tryggleiken for pasientane blir styrkja. Det vil difor bli arbeidd med eit framlegg til ny lovregulering av dette området, m.a. vil ein føreslå å oppheve lov av 19. juni 1936 nr. 9 om innskrenkning i adgangen for den som ikke er norsk læge eller tannlæge, til å ta syke i kur.

10.3 Vidare oppfølging

- Regjeringa vil leggje til rette for ei ytterlegare styrking av forskinga innanfor alternativ medisin.
- Regjeringa tek sikte på å endre lovreguleringa på dette området, m.a. vil ein føreslå å oppheve lov av 19. juni 1936 nr. 9 om innskrenkning i adgangen for den som ikke er norsk læge eller tannlæge, til å ta syke i kur.
- Departementet vil vurdere å etablere ein informasjonsbase som kan gjerast tilgjengeleg for publikum.
- Departementet vil fremje kontakten mellom dei alternativ medisinske miljøa og helsestyremaktene, m.a. gjennom å etablere ei kontaktgruppe for alternativ medisin.
- Auka kunnskap om alternativ medisin vil kunne gje auka forståing for den plassen dette har i samfunnet. Departementet vil difor vurdere tiltak som kan sikre at helsepersonellet får auka kunnskap om dette området. Avtalen om helsesamarbeid mellom Kina og Noreg som blei inngått i 1999 er eit verkemiddel i dette arbeidet.

11 Utforminga av helsetenesta

Dette kapitlet tek opp ei rekkje særlege problemstillingar som har å gjere med praktisk bruk av verdigrunnlaget for den norske helsetenesta, m.a. organisatoriske forhold som er føresetnader for at verdiane kan bli realiserte i forhold til den einskilde pasienten.

11.1 Kjønnsperspektivet

Den norske helsetenesta og dei andre velferdsordningane skal vere best mogeleg tilpassa dei ulike behova ulike menneske har. Dette krev formell likskap og rettferd. Men det krev også at ein aksepterer at nokre personar eller grupper kan ha behov for særlege tiltak dersom ein skal sikre reell likskap og rettferd. NOU 1999:13 Kvinnens helse i Norge peikar på at sjukdommar og plager ofte har ulik utbreiing mellom kvinner og menn. Dei kan ha ulike årsaksfaktorar hjå kvinner og hjå menn og følgjene kan vere ulike. Dette tilseier at helsetenestetiltak både ut frå biologiske og samfunnsmessige forhold må vurderast i eit kjønnsperspektiv.

Medisinsk vitenskap og praksis er til dels kjønnsblind. I helsetenesta og i andre velferdsordningar blir det lagt til grunn at folket som gruppe er kjønnsnøytralt. Likevel er det tradisjonelt slik at mannlege normer ofte blir lagt til grunn for forskning og praksis. Det er slik sett typisk at det blir tale om «kvinnehelse», medan ein sjeldan eller aldri høyrer om «mannshelse». Spørsmål om skilnader mellom kvinner og menn, biologisk og samfunnsmessig, må difor inngå som føresetnad ved kunnskapsutvikling, i forvaltningsvedtak og i praktisk arbeid i helsetenesta.

Kjønnsperspektivet er ikkje det same som eit kvinneperspektiv. Kvinner skal i utgangspunktet ikkje vere ei særgruppe. Men mangelen på eit kjønnsperspektiv har ført til at vi i dag manglar kunnskap på vesentlege punkt om helse, sjukdom og helsetenestetilbodet for kvinner. NOU 1999:13 syner at det gjennomgåande er stor mangel på kunnskap og manglande integrering av kjønnsperspektivet i helsepolitikken og i helsetenesta. Det er difor nødvendig å skape strukturar, rutinar og reiskapar som kan sikre at ein tek omsyn til kjønnsperspektivet. Både brukarmedverknad og tverrfagleg samarbeid er sentrale verkemiddel i dette arbeidet.

Departementet er i ferd med å utarbeide ein oppfølgingsplan der ein tek stilling til dei ulike forholda som må følgjast opp frå NOU 1999:13. Sentralt i oppfølginga står arbeidet med å sikre at kjønnsperspektivet blir teke med i underlaget for vedtak i folkevalde organ og i ulike typar av konsekvensutgreiingar. Likestilling og likeverd mellom kjønna må bli tydeleg som norm også innanfor helsetenesta.

Eit fagråd for kvinnehelse oppretta av Statens helsetilsyn vere eit sentralt verkemiddel i dette arbeidet. Kjønnsperspektivet vil også bli lagt til grunn og få særleg merksemd i den komande stortingsmeldinga om folkehelsearbeidet.

11.2 Aldersperspektivet

Allmenne forhold kring tenestetilbodet til eldre er omtala i stortingsmeldinga om verdigrunnlaget for omsorgstenestene. I denne meldinga skal nokre særlege forhold knytt til sjukehus- og legetenester nemnast.

Det geriatriske tenestetilbodet er i praksis framleis for lågt prioritert i den norske helsetenesta. Eit femårig geriatriprogram har ført til auka innsats og etablering av eigne behandlingseiningar ved regionsjukehusa. Trass i den auka innsatsen, er det framleis problem med å rekruttere kvalifisert personell til dette arbeidet.

Kartleggingar mellom eldre på sjukeheimar viser at synssvikt og nedsett hørsel i liten grad blir følgt opp. Likeins er demenstilstandar under- eller feildiagnostiserte. Rett diagnostikk og etterfølgjande behandling er ein føresetnad for å sikre god helsetilstand også hjå eldre. Det er såleis ei godt stykke att før ein kan seie at verdigrunnlaget for helsetenesta slik det er skissert i denne meldinga er blitt ein realitet for eldre i Noreg.

Eit kjernepunkt i det vidare arbeidet må vere å sikre eit godt legetilbod til eldre. For dei som bur utanom institusjon, vil den komande fastlegeordninga kunne bøte noko på forholda slik dei er i dag. Denne ordninga vil likevel ikkje påvirke legetenesta i sjukeheimar og andre heildøgns omsorgstilbod. Departementet vil difor arbeide særleg med tiltak som kan sikre innhaldet i dette tenestetilbodet ved innføringa av fastlegeordninga.

Kravet til medisinsk fagleg kompetanse for legar i slike tenester er aukande. I større og større grad fungerer til dømes sjukeheimane som sjukestover og tek i mot pasientar som berre for få år sidan ville blitt lagt inn i sjukehus. Regjeringa meiner at dette er ei rett utvikling, både av omsyn til tilbodet til den einskilde pasienten og dei pårørande og av omsyn til ressursbruken. Dersom dette skal vere forsvarleg, må ein likevel forvente at kommunane nøye vurderer behovet for legetenester i slike institusjonar. I tillegg må ein forvente at dei som er ansvarlege for grunn-, vidare- og etterutdanning av legar i framtida i langt større grad sørgjer for å ta omsyn til dei faglege behova for legar i slike tenester.

Det er vidare mange stader behov for å avklare samarbeidet og ansvarsforholdet mellom kommunehelsetenesta og fylkeshelsetenesta i forhold til tiltak retta inn mot eldre. Dette gjeld ikkje minst ved utskriving etter undersøking eller behandling i sjukehus og overfor personar med aldersdemens der det kan vere behov for tvangstiltak. Sjølv om det primære oppfølgingsansvaret i dei fleste tilfelle vil ligge på kommunen, må denne kunne få fagleg støtte frå kvalifiserte rådgjevarar i spesialisthelsetenesta. Det er i dag ein stor mangel på spesialistar i geriatri her i landet. Dette fører til at det for ein stor del er legar med andre spesialitetar som må handtere eigentleg geriatriske problemstillingar, i tillegg til at alle spesialitetar sjølv sagt også har ansvar for eigne tiltak for eldre. Behovet for legar i andre spesialitetar, ikkje minst i indremedisin og psykiatri, til å få auka kunnskapar om eldre og deira særlege problem er stort. Dette har stått sentralt i det arbeidet som det nasjonale geriatriprogrammet har gjort.

Det er naturleg at Nasjonalt råd for spesialistutdanning av legar og legefording legg vekt på dei ovannemnde behova når dei vurderer strukturen på og innhaldet i spesialistutdanningane for legar.

Frå mange hald blir det peika på at innsatsstyrt finansiering kan vere ei ulempe i forhold til undersøking og behandling av eldre. Eldre pasientar treng ofte lenger tid enn yngre, og ulike stykkprisordningar vil då kunne vere ugunstige. Verknadene av slike forhold vil bli vurdert ved evalueringa av innsatsstyrt finansiering.

11.3 Det fleirkulturelle perspektivet

Forhold knytt til helse og sjukdom kan bli oppfatta ulikt i ulike kulturar. Pasienten sine forklaringsmodellar og kulturelle føresetnader kan vere framande for personell i helsetenesta. Likeins kan grunnlaget for den norske helsetenesta framstå som ukjent for menneske med forankring i andre kulturar. Mistydingar og konflikter kan oppstå, og såleis redusere verdien av kontakten med helsetenesta for pasienten. Fleirkulturell bakgrunn kan dessutan i seg sjølv vere årsak til ulike psykososiale problem.

Auka tryggleik og trivsel for pasientar med minoritetsbakgrunn må til for å oppnå likeverd. Dette føreset også ofte eit auka behov for individuell tilpassing av tenestene. Ansvaret for å vere lydhøyr for kulturelle skilnader ligg på helsepersonellet og helsetenesta. Viktige moment kan til dømes vere respekt for ulikskapar når det gjeld religion, kothald og klede. I fleire kulturar er sjukdom i høg grad ei kollektiv sak. Slektsnettverket spelar tradisjonelt ei stor rolle i løysing av livsproblem. Eit døme kan vere utfordringar knytt til omsorg i heimen for eldre som etter ei medisinsk vurdering burde ha vore på sjukeheim. For helsepersonell kan slike forhold reise faglege og etiske dilemma. Sentralt står difor spørsmål om kor langt ein skal gå i å følgje opp ønske som går på tvers av kva ein til vanleg tilrår. Sentralt står også spørsmålet om korleis den norske helsetenesta skal møte ønske om bruk av tradisjonelle lækjeråd i ulike kulturar eller korleis ein skal forhalde seg til kollektive sorgritual.

Omsynet til likebehandling kan vere vanskeleg å oppfylle når ønsket om individuell tilpassing er stort. Kunnskapen i helsetenesta om andre kulturar manglar ofte. Det finst ingen fasit for kor langt helsetenesta skal strekkje seg. Ei forsvarleg helseteneste må vere i stand til å ta omsyn til kulturelle vilkår i møte med einskildmenneske og ved utforminga av tenestetilbodet.

Særleg om det samiske folket

Internasjonal rett knytt til urfolkspørsmål og språkreglane i sameloven set den samiske folkegruppa i ei særstilling. Det følgjer av intensjonen i sameloven at samiske pasientar uavhengig av bustad skal kunne kommunisere med helsepersonell på samisk. Formelt er denne retten sterkt geografisk avgrensa. I alle høve ber språk kultur, slik at god tilrettelegging av tenester i eit fleirkulturelt samfunn må byrje med språk. Kompetanse i minoritetsspråk og tolketeneste handlar såleis om noko meir enn å stille korrekt diagnose og at medisinsk informasjon skal bli forstått. Det handlar om heile grunnlaget for forståing av helse og sjukdom i ein kulturell samanheng.

NOU 1995:6 Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge skildrar korleis angst og mindreverdskjensle fører til kommunikasjonsproblem for mange samar i møte med helsetenesta. Helsepersonellet blir lett oppfatta som representantar for storsamfunnet. Desse synspunkta er lagt til

grunn i handlingsplanen for helse- og sosialtenester til det samiske folket som no er på høyring. Kyrkje-, utdannings- og forskingsdepartementet har fastsett ei forskrift som gjev heimel for å fastsetje kvotar for personar med til dømes samisk bakgrunn ved opptak til høgare utdanningar. Dette er eit verkemiddel i arbeidet med å betre tenestetilbodet til det samiske folket på noko lengre sikt.

Verdshelseorganisasjonen skal utarbeide ein handlingsplan for helsa til urfolka. I samband med dette vil Noreg vere ein aktiv deltakar. Sametinget vil bli trekt med i dette arbeidet.

11.4 Helsetenester for funksjonshemma

Ei funksjonshemjing er eit misforhold mellom dei individuelle føresetnadene til eit menneske og krava frå miljøet og samfunnet til funksjon på område som er vesentlege for etablering og oppretthald av sjølvstende og sosialt tilvere.

Helsetenesta i kommunane har gjennom dei seinare åra blitt stilt overfor ei rekkje nye faglege utfordringar. I større og større grad må denne tenesta ta seg av helsetenestetilbodet også til pasientgrupper som før hadde eigne tenestetilbod eller som blei tekne hand om i sjukehus. Dette gjeld mellom anna personar med psykisk utviklingshemjing, personar med alvorlege psykiske sjukdommar, alvorleg kreftsjuke og ei rekkje personar med alvorleg somatisk sjukdom av annan art. Til dømes er det ikkje lenger uvanleg at personar som treng langvarig behandling med respirator på grunn av muskelsvikt får slik behandling i eigen heim. Dette er ei ønskt utvikling, heilt i samsvar med verdigrunlaget for helsetenesta. Ein ønskjer å medverke til at også sjuke skal kunne tilhøyre eit lokalmiljø og så langt råd ha eit normalt liv med innhald etter eige ønskje.

I tillegg til menneske med alvorleg sjukdom som grunnlag for funksjonshemjingar, møter helsetenesta eit mangfald av typar av funksjonshemjingar der sjukdomsperspektivet ved sjølve funksjonshemjinga ikkje står sentralt. Mange av desse vil likevel måtte ha særleg tilpassa tenester dersom dei skal vere sikra eit likeverdig tenestetilbod som også er fagleg forsvarleg. Utfordringane kan vere alt frå tilrettelegging av fysiske forhold og ordningar som kompenserer for sansesvikt til særleg kunnskap hjå helsepersonellet om korleis ulike typar funksjonshemjingar påverkar forhold knytt til helsa elles og til ulike sjukdom.

I ei helseteneste som er retta inn på å gje prioritet til menneske med alvorleg sjukdom, er det lett å gløyme at ein også må tenkje på at ei rekkje menneske har behov for tiltak ut over det vanlege dersom dei skal vere sikra eit likeverdig tenestetilbod. Ikkje minst i prioriteringsarbeidet må ein ta omsyn til at menneske med fleire ulike sjukdommar eller sjukdom i kombinasjon med anna funksjonshemming kan kome ufordelaktig ut dersom ein berre prioriterer med grunnlag i alvorsgraden til ein spesifikk sjukdom eller legg urimeleg vekt på den målbare effekten av behandlinga. Dersom helsetenestetilbodet skal framstå som rettferdig også i forhold til menneske med funksjonshemmingar, må ein ved vurdering av behandlingseffekt ta omsyn til ikkje berre storleiken av den medisinske verknaden, men om dette er ein vesentleg verk-

nad i forhold til det individuelle behovet og funksjonsnivået som den aktuelle personen har og kan oppnå ved hjelp av det aktuelle tiltaket.

Det er store utfordringar knytt til utdanningsopplegga for helsepersonell for å sikre kunnskapar om særlege forhold ved funksjonshemmingar av ulike typar og sjukdom, samt gjere helsepersonellet merksame på at sjukdom hjå menneske med funksjonshemmingar ofte kan kome annleis til uttrykk enn hjå personar som på førehand har vore funksjonsfriske. Driftsformer og prosedyrar må vere slik at menneske med ulike funksjonshemmingar kan oppleve eit verdig møte med helsetenesta og helsepersonellet. Systematisk innsamling av røynsler frå brukarar av helsetenestene kan vere eit godt hjelpemiddel for å sikre at ein tek fatt i dei problema som menneske med funksjonshemmingar kan møte i helsetenesta.

11.5 Utdanningsordningane

Det faglege innhaldet i helsearbeidarrollene blir for ein stor del lagt gjennom grunn-, vidare- og etterutdanning. Det er difor vesentleg at ein jamleg går gjennom innhaldet i utdanningane for å sjå til at dette samsvarar med dei behova ein har i helsetenesta og dei endringane i behov som følgjer av endringar i samfunnsforholda. Dette kan gjerast av dei som er ansvarlege for utdanningane innanfor dei formelle rammene som er sette for utdanningane i dag.

Departementet meiner at opplæring og trening i å byggje tenesteytinga på verdiane i helsetenesta i første rekkje *ikkje* handlar om å leggje til nye fag i studieplanar som alt er ganske omfattande. Viktigare er det at lærarane både i teoretiske og praktiske samanhengar er i stand til å trekkje fram etiske dilemma og analysere desse ut frå dei gjeldande verdiane. Utfordringa for utdanningsinstitusjonane blir såleis å sikre at elevane og studentane får innsikt i korleis befolkninga ventar seg at helsetenesta i praksis skal leve opp til dei forventningane og krava som blir stilte. Regjeringa sin handlingsplan for menneskerettar føreset at menneskerettsspørsmål blir tekne opp i dei ulike utdanningane.

Det skal ikkje vere mogeleg å bli autorisert som helsepersonell utan at ein er trygg på kva verdier ein skal leggje til grunn for arbeidet sitt.

Alle yrkesgrupper må få teoretisk kunnskap om og trening i tverrfagleg arbeid gjennom utdanninga. Under utdanninga må ein også få innsikt i kva særlege behov som knyter seg til helseteneste i forhold til menneske med særlege behov slik som ein del eldre og personar med funksjonshemmingar. Vektlegging av kjønnspektivet, aldersendringar i folket og utfordringar knytte til rusmiddelbruk er emne som det fram til no har vore lite fokusert på i dei tradisjonelle utdanningane.

Eit anna moment som må gjevast særleg merksemd dei komande åra er utfordringane ved introduksjon av ny teknologi og behovet for å justere tradisjonell praksis. Utan at yrkesgruppene sjølv driv fagkritisk arbeid, vil det ikkje vere mogeleg å leggje så stor vekt på yrkesgruppene si sjølvregulering av faglege forhold som ein har gjort fram til no.

Når det gjeld spesialistutdanninga for legar, der staten sentralt har teke eit særleg ansvar, sørgjer Nasjonalt råd for spesialistutdanning av legar og legefordeling for at alle vidareutdanningane blir gjennomgått for å vurdere kor dei

står i forhold til rådande utfordringar i helsetenesta og kome med framlegg til nødvendige endringar. Regjeringa føreset at utøvarane sjølve blir dregne aktivt med i dette arbeidet. Utfordringar ved bruk av ny teknologi vil stå sentralt. For ei rekkje spesialitetar, som til dømes indremedisin og psykiatri, vil det vere særleg aktuelt å sjå på korleis dei møter krava frå ein aldrande populasjon og auka rusmiddelbruk i samfunnet. Alle spesialitetar som møter døyande menneske må gå gjennom korleis dei kvalifiserer kandidatane til å møte utfordringar på dette området. For alle utdanningar er det aktuelt å sjå nærare på kva skilnader i utfordringar faget har i møte med kvinner og menn, både i rollene som pasientar, pårørande og også som utøvarar i faget.

11.6 Organisering og finansiering av sjukehusenesta

Eit utval nedsett i september 1998 har hatt i oppdrag å greie ut aktuelle tilknytingsformer for offentlege sjukehus i framtida. Innstillinga, NOU 1999:15 Hvor nært skal det være? blei levert i mars 1999. Utvalet har kartlagt aktuelle tilknytingsformer og vurdert om dei er eigna for statlege og fylkeskommunale sjukehus. Fleirtalet i utvalet har kome med framlegg om ei ny tilknytingsform som opnar for at fylkeskommunane kan organisere sjukehusa sine som selskap. Mindretalet meiner at desse sjukehusa framleis bør organiserast som etatar. Fleirtalet går inn for at staten skal kunne organisere sjukehusa sine som statsføretak. Fleirtalet i utvalet meiner at det ikkje er nødvendig å krevje ny godkjenning når sjukehuseigaren ønskjer å endre organisasjonsform til selskap som er eige rettssubjekt.

Utgreiinga har vore ut på høyring. I høyringssvara er det brei semje om problem og utfordringar slik desse er omtala i utgreiinga. Det er også brei semje om behovet for sikring av effektiv utnytting av dei samla ressursane innanfor spesialisthelsetenesta. Fleirtalet av høyringsinstansar sluttar seg til oppfatninga om at eigaren av sjukehuset bør kunne velje fritt mellom dei tilknytingsformene som er tilgjengelege i dag og den føreslege nye tilknytingsforma. Om lag halvparten av høyringsinstansane meiner at omdanning til eige rettssubjekt først bør skje etter at departementet har godkjent det.

Forslaget frå utvalet om ei ny tilknytingsform legg til rette for bruk av økonomiske incentiv for ein effektiv ressursbruk og tek samstundes omsyn til nødvendig brukarstyring. Det medfører ikkje noka full fristilling av sjukehuset, men det kan få større sjølvstendig ansvar og sjølv ha fleire fullmakter for styring av den jamne drifta. Framlegget frå utvalet er ikkje uttrykk for eit marknadssystem med einsidig satsing på økonomisk profitt. Målet om god og lik tilgang til viktige helsetenester for folket kan ikkje realiserast i eit marknadssystem. Sjukehusa i den norske helsetenesta må difor ha eit tydeleg innslag av politisk styring. Denne styringa vil skje gjennom fylkestinget sitt oppdrag til sjukehuset, det regionale helsesamarbeidet, sentral styring av fordelinga av legestillingane og nasjonal styring av større sjukehusutbygging. Helsestyremaktene vil framleis måtte stille tydelege krav til sjukehusa når det gjeld omsyn som ikkje økonomiske incentiv kan fange opp, til dømes i psykiatri, geriatri, rehabilitering, tilbod til personar med kroniske sjukdommar, samarbeid med kommunehelsetenesta med vidare.

Med utgangspunkt i framlegget frå utvalet legg Regjeringa fram eit utkast til lov om fylkeskommunale sjukehusselskap for Stortinget.

11.7 Kvalitetsarbeidet i helsetenesta

Vidareføring av nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetenesta

Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetenesta, som har utgangspunktet sitt i Verdshelegeorganisasjonen sin strategi «Helse for alle år 2000», er i ferd med å bli avslutta. Det overordna målet har vore at alle verksemder i helsetenesta skal ha etablert effektive og heilskaplege kvalitetsssystem for verksemda si innan år 2000. Sjølv om ein gjennom arbeidet under denne strategien har fått store betringar når det gjeld etableringa av kvalitetsssystem i helsetenesta, vil ein ikkje nå det skisserte målet innan år 2000.

Den valde strategien har hatt fokus på oppbygging av strukturar og etablering av prosessar som kan sikre grunnlaget for kvalitet i helsetenesta. Det har vore, og er framleis nødvendig, å ha dette i fokus for kvalitetsarbeidet i helsetenesta. Det arbeidet som er gjort vil bli evaluert og røynslene frå denne evalueringa vil bli tillagt vekt i det vidare utviklingsarbeidet.

Tida er no inne for ytterlegare å sikre innhaldet i tenestene og at dei maktar å oppnå ønskte resultat. Dette vil ikkje vere mogeleg utan at ein systematisk knyter kvalitetsarbeidet nærare opp til det faglege utviklingsarbeidet og dei utfordringane ein har med prioritering av helsetenester. Regjeringa tek difor sikte på å følgje opp den nasjonale strategien for kvalitetsutvikling i form av eit nasjonalt program for prioritering og kvalitetsarbeid i helsetenesta. Dette programmet vil vere styrt av Sosial- og helsedepartementet og samordna med prioriteringsarbeidet som er nemnd ovanfor.

Det vidare arbeidet med prioriterings- og kvalitetsspørsmål vil ha hovudfokus på det som til ei kvar tid skal vere å sjå på som etablerte tiltak i den norske helsetenesta.

Statens helsetilsyn har utarbeidd ein rettleiar i kvalitetsarbeid der ein i særleg grad har drøfta prosessar i tenesteytinga og utvikling av prosedyrar. Dette har vore eit viktig verkemiddel for å stimulere fagmiljøa til å finne fram til og definere rett praksis og retningslinjer for behandlinga. Kvalitetsarbeid er fleire ting. Dels er det å finne rette og effektive tiltak i forhold til spesifikke utfordringar, dels er det å strukturere tenesteytinga slik at sjansen for feil blir minst mogleg og følgjene av feil så små som råd. Men dels er det også å måle og samanlikna resultat. Om ein ikkje veit kva som er rette tiltak og korleis desse skal gjennomførast, er det liten nytte i å måle og samanlikne resultat.

Helsetenesta har byrja på eit vanskeleg og viktig arbeid med kvalitetssikring av faglege prosessar og prosedyrar. Dette arbeidet må i framtida knytast nærare opp til prioriteringsarbeidet slik at prioritering og kvalitetsutvikling dreg i same retninga. No som arbeidet med kvalitetssikringa av dei medisinske prosessane har kome i gang, er det viktig at dei medisinske fagmiljøa også blir sette i stand til å sjå resultat eller mangel på resultat av dette arbeidet gjennom ei systematisk registrering av behandlingmetodar og behandlingresultat, både ved den einskilde verksemda og på nasjonalt nivå.

Indikatorar for kvalitet i sjukehus og medisinske kvalitetsregister

Sosial- og helsedepartementet har og i samarbeid med Kommunenes sentralforbund starta opp eit arbeid med å få utvikla nasjonale indikatorar for kvaliteten ved sjukehusbehandlinga. Slike indikatorar skal fokusere på om pasien-

tane er nøgde, om behandlinga skjer uten feil og om tilbakemeldingar til pasientar og primærlegeteneste skjer i rett tid. Det er med andre ord ikkje dei medisinske metodane og resultatane av desse som er hovudsaka her, men å gje administrative leiarar i sjukehus, fylka og staten indikatorar på om sjukehusa driv godt nok eller om ein bør sjå nærare på sider av verksemda for å oppkvalitet. Kvalitetsindikatorane skal gjerast offentleg saman med statistikken om aktivitet, ressursbruk og ventelister i SAMDATA-rapportane og annan offentleg statistikk.

Departementet har gjeve tilskot til nokre slike registreringar. Noko er betalt av sjukehusa sjølve. Den norske lægeforeining har også gjeve tilskot frå kvalitetsikringsfonda sine. Samanlikna med Sverige har ein likevel etter måten få medisinske kvalitetsregister i her i landet. Både som praktisk verktøy i det kliniske arbeidet, som hjelpemiddel for planlegging og som pedagogisk verkemiddel for å få fram behov for og nytta av arbeidet med å betre kvaliteten vil medisinske kvalitetsregister vere til stor nytte. Røynslene med til dømes hoftedeedsregisteret i Noreg og dei mange svenske registra underbygger dette. I fleire andre land er utbygging av medisinske kvalitetsregister eit viktig satsingsområde.

Informasjonen frå dei medisinske kvalitetsregistra skal nyttast i fagmiljøa til forskning, evaluering og samanlikningar (benchmarking). Det er også naudsynt å sørge for informasjon til befolkninga, politikarane og administrasjonen om ulike sider ved kvaliteten i sjukehusa. For å få dette til vil departementet gjere offentleg kjent visse indikatorar for kvalitet i sjukehusa i samband med den vanlege offentlege statistikken om verksemda i sjukehusa.

Eit medisinsk kvalitetsregister skal først og fremst vere eit hjelpemiddel for klinisk praksis og betringsarbeid, og registra må difor drivast som ein del av det kliniske arbeidet i sjukehusa og styrast av dei medisinske fagmiljøa. Fagmiljøa må sjølve ta ansvaret for at det finst gode register og at desse blir brukt til beste for pasientane. Både i Noreg og Sverige har ein med god grunn lagt ansvaret for mange av desse registra til spesialistforeiningane. Fagmiljøa må sjølve ta ansvaret for å at drifta er forsvarleg og at det blir sett i verk tiltak der klinisk praksis ikkje held forsvarleg medisinsk fagleg standard. Kvalitetsregistra er likevel ikkje i første rekkje for kontroll, men for å finne fram til dei beste metodane og for å stimulere verksemdene og helsepersonellet til å betre eigen praksis.

Så langt blir dei medisinske kvalitetsregister i Noreg drivne av eldsjeler som har henta ressursar frå mange ulike hald. Dette arbeidet har vore godt og viktig for utviklinga av det medisinske tilbodet på fleire fagfelt. Ein kan ikkje gjere rekning med at det i framtida vil vere mogleg å få dekt dei viktigaste medisinske fagområda uten eit felles rammeverk for denne verksemda. Sverige kan igjen tene som eit døme. Dei svenske kvalitetsregistra er som oftast forankra i dei medisinske fagmiljøa. Dei byggjer i hovudsak på friviljug innsending av data. Samstundes er det ei eiga eining i Socialstyrelsen som arbeider med rammevilkår og oppretting av medisinske kvalitetsregister. Socialstyrelsen løyver også midlar til drift og utvikling av slike register.

I statsbudsjettet for 2000 (St.prp.nr.1 1999-2000) gjer Regjeringa framlegg om å gje Statens helsetilsyn midlar til arbeidet med medisinske kvalitetsregister. Helsetilsynet har sett ned ei arbeidsgruppe som skal sjå nærare på korleis ein kan få etablert eit landsdekkjande nett av eksisterande og nye kvalitetsre-

gister på dei viktigaste medisinske fagfelta i Noreg. Arbeidet vil kunne starte opp alt i 2000. Målet er at alle viktige fagområde skal få kvalitetsregister som omfattar viktige område ved verksemda. For å få det til krevst det ein lang prosess med tett samarbeid mellom dei medisinske fagmiljøa, eigarane av sjukehusa og styremaktene.

11.8 Tilgang til kunnskap om kvalitet for brukarane

Som ein del av det offentlege tenestetilbodet vil innbyggjarane ha ønskje om å få spesifiserte opplysningar om kva dei kan vente seg av tilbodet frå den norske helsetenesta. I dag har ein som pasient forskriftsfesta rett til å få informasjon om ventetider ved behandling av tilstandar som blir dekkja av ventetidsforskrifta sine reglar. Det er vidare lett å få tilgang til systematisert informasjon om ventetider gjennom internett. Likeins blir tilsynsrapportar frå fylkeslegane og samlerrapportane frå Helsetilsynet lagde ut på Helsetilsynet sine nettsider.

Regjeringa arbeider for at alle offentlege instansar skal kunne gje nærare opplysningar om innhaldet i dei tenestene som blir gjevne. Dette må også gjelde helsetenestetilbodet. Det ligg difor store oppgåver og ventar på helsetenesta når det gjeld å spesifisere tenestetilbodet sitt gjennom servicefråsegner overfor publikum. Dette må vere eit naturleg element i eit levande kvalitetssystem.

I tillegg til den klinisk prega informasjonen ein kvar pasient vil ha krav på etter pasientrettsloven, er det grunn til å tru at mange personar i framtida også vil krevje innsyn i dei resultatata som ulike helsetenester har å vise til. Mange vil oppfatte dette som ein føresetnad for sjølv å kunne velje mellom ulike tilbod.

Frå andre land, som Tyskland og England, veit vi at kravet om innsyn i resultatata til ulike tenesteytarar er aukande. Det er mange feilkjelder knytt til slik informasjon, særleg den som gjeld reint medisinske forhold. Likevel må helsetenesta sjølv ta tak i dette og sørge for at informasjon om resultat og ikkje minst røynsler frå brukarane kjem fram til publikum på ein forsvarleg og forståeleg måte. Gjennom brukarundersøkingar kan ein setje fokus på serviceelement som er viktige for pasienten i møtet med helsetenesta. Sosial- og helsedepartementet støttar opp om dette arbeidet gjennom å føreta periodiske brukarundersøkingar ved alle sjukehusa i landet. Resultata frå desse blir gjort ope tilgjengelege. Departementet reknar med at dei ulike sjukehusa nyttar desse resultatata aktivt i kvalitetsutviklinga si.

Brukarinteresser og røynsler frå pasientar og pårørande må få ein større plass ved planlegging og gjennomføring av helsetenester. Slik medverknad er ikkje berre aktuelt ved utforminga av tiltak retta inn mot den einskilde personen. Styrings-, planleggings- og rådgevingsorgan i helsetenesta må sikre seg innspel og medverknad frå brukarhald, både gjennom samspel med organisasjonar og gjennom bruk av informasjon frå einskildpersonar. Utan føreseieleg og tydeleg brukarmedverknad kan ein ikkje drive kvalitetsutvikling i vår tid.

Det er god praksis både i kvalitetsarbeid og forvaltningsarbeid å utarbeide ein årsrapport som seier noko om gjennomførte aktivitetar og ressursbruk år for år. Departementet ser det som naturleg at ein årsrapport frå verksemdar

og einingar i helsetenesta også omfattar problemstillingar knytte til faglege og etiske forhold i tillegg til vanlege kvantitets- og økonomidata. Denne rapporteringa må gje grunnlag for at verksemda sjølv og dei som står utanfor skal kunne vurdere om tenesteytinga er i samsvar med dei etiske, faglege og juridiske krava og forventningane ein kan ha til tenesta. Ei slik rapportering vil også tene som grunnlag for utarbeiding av handlingsplanar for vidare utvikling av tenesta. Rapporteringa vil til dømes syne kor det er behov for ytterlegare opplæringstiltak samt kunne påvise område der det er behov for styrking av ressurstilgangen. Departementet meiner at det ikkje er behov for ei lovfesting av eit krav om innhaldet i ei slik rapportering fordi dette bør vere ein sjølv-sagt del av eit internkontrollsystem. Det vil bli vurdert å ta dette inn i den komande forskrifta om internkontrollsystem i helsetenesta.

11.9 Beredskapsordningar

Helsetenesta er truleg det største beredskapssystemet i landet. Helsetenesta har så å seie gjort beredskap til sitt daglege driftsgrunnlag. Talrike døme syner også at helsetenesta er i stand til å møte dei akutte behova ved store og små ulykker og kriser som vi har hatt i landet dei seinare åra. Tilliten til helsetenesta vil bli broten ned om den ikkje maktar av å handtere ulike situasjonar der folk møter kriser og katastrofar av større eller mindre art.

Beredskapsplanlegging for å handtere dei daglege utfordringane er eit sjølv-sagt krav til helsetenesta. Samfunnet ventar seg også at ein skal kunne handtere større hendingar i samfunnet og akutte interne kriser i helsetenesta sjølv på ein menneskeleg og fagleg forsvarleg måte. Dette må leggjast til grunn både for systembygging og trening av personell.

I krig, eller ved ei krise eller katastrofe, kan det vere nødvendig å treffe svært vanskelege val i møtet med menneske som har behov for helsetenester. Til dømes kan ein bli nøydd til å prioritere mykje strengare enn det ein brukar gjere ved vanlege forhold. Slike avgjerder må gjerast på eit etisk og fagleg forsvarleg grunnlag. Dette kan berre skje dersom dei som kan rekne å kome i slike situasjonar har tenkt gjennom og øvd på dette på førehand, og er i stand i å følgje overordna prioriteringar også i pressa situasjonar.

Til grunn for framlegget til ny lov om helsemessig og sosial beredskap (Ot. prp. nr. 89 (1998-99)) ligg prinsippet om at dei som har ansvar for tenestene til dagleg, også skal ha ansvar for tenestene ved større påkjenningar på samfunn og tenester, gjennom katastrofar og krig. Dette tilseier at beredskap ikkje berre er noko ein kan lage særlege planar for og som ein kan aktivere ved behov. Beredskap må vere noko som alle leiarar i helsetenesta er i stand til å kommunisere i det daglege arbeidet. Ein skal alltid vere budd på avvik og på at ein kan vere nøydd til å korrigere tenesteytinga i samsvar med ytre og indre krav.

Alle som yter helsetenester må difor sørgje for å analysere risiko og sårbarheit i eiga verksemda og i forhold til det samfunnet ein skal tene slik at ein er budd på dei ulike typar hendingar som kan oppstå. Slike analysar må gjerast i nært samspel med andre instansar som har beredskapsoppgåver. Analysane må føre til at ein set i verk tiltak for å redusere sårbarheit i eigne system og sørgjer for å etablere internkontrollsystem og kriseplanar for å sikre oppføl-

ginga av dette arbeidet. I alt beredskapsarbeid er opplæring og øvingar eit nødvendig element. Sidan større kriser ikkje kjem så ofte, må ein nytte alle høve der det fell seg naturleg til å øve seg i krisehandtering. I tillegg til å tene sitt eige føremål, vil difor det arbeidet helsetenesta har gjort for å bu seg til tusenårsskiftet også tene som ei nødvendig øving i beredskapsarbeid.

Helsetenesta må ivareta dei oppgåvene denne har som deltakar i den offentlege organiserte redningstenesta i landet. Redningstenesta er ikkje ein særleg etat, men har som føresetnad at ulike offentlege og private tenesteytarar samordnar verksemda si når det er nødvendig for å redde menneske i livstrugande og farlege situasjonar. Det er Justis- og politidepartementet som har det overordna ansvaret for planlegginga av redningstenesta.

Dei offentlege instansane som deltek i redningstenesta skal likevel sjølv stå for utgiftene ved dette. Det samarbeidet helsetenesta har mot andre etatar på dette området må difor gjerast synleg som ein naturleg del av beredskapsplanane. Opplæring i tverrfagleg samarbeid i redningstenesta, t.d. gjennom kurs i samarbeid på skadestad, må vere ein del av opplæringa til helsepersonell som deltek i redningstenesta. Omsorgstilbodet som ein del av helsetenesta sin medverknad i redningstenesta er omtala i stortingsmeldinga om verdigrunlaget for omsorgstenestene.

Det er grunn til å merke seg at helsetenesta ikkje berre har beredskapsoppgåver gjevne med heimel i beredskapslovgjevinga. Krava om evne til yte akutt hjelp i helsetenestelovgjevinga og fleire av krava i smittevernloven har tydeleg beredskapspreg over seg. Dei handlar eigentleg sett om beredskap som verkemiddel for å ta vare på menneskeverdet.

11.10 Internasjonalt helsearbeid

Helsemessig bistand

Det er i utgangspunktet dei same verdiane som ligg til grunn for den norske helsemessige bistanden og den norske helsetenesta. På grunn av dei ulike føresetnadene i dei landa ein gjev bistand til, vil likevel dei praktiske prioriteringane sjå noko annleis ut. Allment sett har tiltaka blitt retta mot utfordringar knytt til fattigdom, arbeid mot smittsame sjukdommar og styrking av primærhelsetenesta. Det blir lagt vekt på å utvikle berekraftige helsetenesteyesystem.

Utanriksdepartementet har ansvar for Samarbeidsprogrammet med Sentral- og Aust-Europa og for utviklingssamarbeidet med dei internasjonale organisasjonane, mellom anna Verdhelseorganisasjonen (WHO), FN sitt sams AIDS-program (UNAIDS), FN sitt befolkningsfond (UNFPA), Verdsbanken og dei regionale utviklingsbankane, medan NORAD tek hand om den bilaterale støtten til utviklingslanda.

Verdhelseorganisasjonen (WHO)

Verdhelseorganisasjonen fungerer som rettleiar og samordnar i det internasjonale helsearbeidet. Overvaking av den globale helsesituasjonen og oppfølging av helse for alle-strategien med vekt på primærhelsetenesta og arbeid mot smittsame sjukdommar i tropiske strok er viktige oppgåver for organisasjonen.

I arbeidet i Verds-helseorganisasjonen har Noreg vore særleg oppteken av å styrkje innsatsen for å betre helsetilstanden for dei fattigaste i verda. Det har også vore ein lang tradisjon for å arbeide mykje med spørsmål knytt til forsvarleg bruk av lækjemiddel.

Noreg har ønskt at organisasjonen rettar verksemda si meir mot å støtte dei fattigaste landa med deira utfordringar når det gjeld helse. Noreg har også grunngjeve behovet for auka innsats i forhold til hiv/aids-epidemien, tuberkulose og malaria, utvikling av berekraftige helsetenestesystem og arbeid mot tobakk.

Det er eit godt samarbeid dei nordiske landa i mellom i forhold til Verds-helseorganisasjonen. Noreg har også vore representert i styret i organisasjonen dei siste tre åra.

Samarbeidsprogrammet med Sentral- og Aust-Europa

Hovudmålet i dette arbeidet er å støtte opp om utviklinga av demokratiske styreformar og ein berekraftig, marknadsorientert økonomi i Nord-vest-Russland og dei baltiske landa. Utviklinga av samarbeidet innanfor helsetenesta er eit viktig delmål i dette programmet.

Sosial- og helsedepartementet administrerer dei helsemessige tiltaka nasjonalt med finansiering frå Samarbeidsprogrammet. Grunnlaget for etablering av programmet var mellom anna den urovekkjande utviklinga i helsetilstanden i Russland med fallande levealder, auka frekvens av livsstilssjukdommar, høge og aukande tal for svangerskapsavbrot, ein sterk auke i smittsame sjukdommar som tuberkulose, difteri og syfilis og høgfrekvens av multiresistente bakteriar. Tiltaka rettar seg inn mot desse forholda med særleg vekt på tiltak i forhold til helse for mor og barn og betring av helsetenesta til urfolk. Programmet er eit verkemiddel for å sikre stabilitet i nærområda våre.

11.11 Tilsynsordningane

Statens helsetilsyn og fylkeslegane er gjennom lov av 30. mars 1984 nr. 15 tilagt ansvaret for det faglege tilsynet med tenesteytinga i helsetenesta. Også andre statsetatar har tilsynsoppgåver i forhold til helsetenesta. Dette gjeld ikkje minst Arbeidstilsynet som har tilsyn med arbeidervern og arbeidsmiljø, irekna arbeidstidsordningar, Produkt- og elektrisitetstilsynet som har tilsyn med elektromedisinsk utstyr og Statens strålevern som har tilsyn med bruk av ioniserande strålekjelder i diagnostikk og behandling. Det er ein føresetnad at dei ulike tilsynsetatane samordnar tilsynet sitt i forhold til helsetenesta der det er høveleg og mogeleg.

Sentralt i arbeidet til Statens helsetilsyn og fylkeslegane står tilsyn med at helsetenesta sjølv har system som sikrar at tenesta blir planlagt, utført og halden ved lag i samsvar med allment aksepterte faglege normer og krav i lovar og forskrifter. Behandling av meldingar om avvik og klagemål frå pasientar og pårørande er mellom dei sentrale oppgåvene for tilsynsetaten.

Tilsynsetaten har fram til no i tilsynsarbeidet sett fokus på oppbygginga av internkontrollsystem i helsetenesta. Regjeringa føreset at dette framleis er viktig i tilsynsarbeidet, men meiner at det også er behov for at staten ser meir på kva som er innhald i og resultat av arbeidet til helsetenesta. Dette er nødven-

dig for å sikre oversyn over at helsetenesta arbeider med dei rette sakene, og ikkje berre at helsetenesta følgjer lovkrav i arbeidet sitt. Det er også nødvendig dersom det statlege tilsynet skal kunne påverke utviklinga av innhaldet i helsetenesta i landet og korleis tiltak blir prioriterte i forhold til nasjonale mål. Dette er det sentrale ved overordna fagleg tilsyn som også er mellom hovudoppgåvene til tilsynsetaten.

Ein kan ikkje vente at tilsynsetaten skal kunne gjere dette åleine. Det er ein føresetnad at ulike statsetatar og andre verksemder som staten kjøper tenester av, kan medverke til ei jamleg overvaking av behov for helsetenester og resultat av helsetenesta sitt arbeid. Departementet har teke initiativ til eit samarbeid mellom ulike instansar for å byggje opp eit system for utvikling og registrering av indikatorar for behandlingsskvalitet i sjukehus. Dette vil bli ein viktig del av den framtidige helsestatistikken her i landet. Det er ikkje mogeleg å få dette til utan nær kontakt med kommunar og fylkeskommunar samt aktuelle yrkesgrupper. Den instansen som blir oppretta for å følgje med i utviklinga av den innsatsstyrte finansieringa i sjukehus må også bli knytt til eit slik nettverk.

I tillegg til den meir formelle rolla med tilsyn og kontroll, vil staten si oppgåve vere rådgjeving overfor tenesteytarane og folket og også gjennomføring av nasjonal politikk. Dette er oppgåver som kan kome i strid med kvarandre dersom ein ikkje utarbeider gode rutinar for arbeidet. Dette arbeidet er i gang i og med at Statens helsetilsyn og fylkeslegane er i ferd med å avslutte eit utviklingsprosjekt om tilsynsarbeid og no startar opp eit tilsvarande utviklingsprosjekt om rådgjeving.

11.12 Vidare oppfølging

- Regjeringa vil arbeide for at grunn-, vidare- og etterutdanningar for helsepersonell i større grad enn i dag gjev innsikt i tverrfagleg arbeid og dei verdiane helsetenesta byggjer på, irekna menneskerettsspørsmål
- Departementet vil utvikle nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetenesta, m.a. gjennom etablering av kvalitetsregister og gjennom å knyte kvalitetsarbeidet nærare opp til prioriteringsarbeidet.
- Departementet vil sikre brukarane tilgang til opplysningar om kvalitet ved helsetenester slik at grunnlaget for eigne val kan vere best mogeleg.
- Departementet vil vurdere om rapportkravet i den komande forskrift om internkontrollsystem i helsetenesta også skal omhandle etiske aspekt ved tenesteytinga.
- Departementet vil sjå nærare på korleis tilsynsetaten gjennom verksemda si kan følgje med på korleis tenesteytarane ivaretek behova for helsetenester i befolkninga.
- Regjeringa vil gje helsetenestetiltak høg prioritet i bistandsarbeidet fordi tilgang til forsvarlege helsetenester er mellom dei sentrale menneskerettane.

12 Administrative og økonomiske følger

Denne meldinga gjev eit systematisk oversyn over verdigrunnlaget for den norske helsetenesta slik det er i dag, og slik Regjeringa meiner det bør vere i tida som kjem. Utgangspunktet er gjeldande lovgjeving og praksis i helsetenesta, og tiltak som alt i dag blir gjennomført med grunnlag i offentlege løyvingar. Tiltaka som blir føreslegne pålegg ikkje staten, kommunane eller fylkeskommunane oppgaver eller plikter ut over det som alt ligg i gjeldande lovgjeving eller som likevel må gjennomførast som oppfølging av den nye helsetenestelovgjevinga.

Fleire av tiltaka som blir drøfta som oppfølging av NOU 1999: 2 Livshjelp, er av ein slik art at det er naturleg å følgje dei opp ved seinare budsjettframlegg overfor Stortinget. Dette er kommentert ved dei ulike framlegga tidlegare i meldinga.

Framlegget om oppretting av kliniske etikk-komitear ved dei større sjukehusa, er så marginalt ressurskrevjande at departementet reknar med at dei sjukehusa det gjeld over ei viss tid vil kunne finne rom for dette som del av den vanlege organisasjonsutviklinga. Framlegget om oppretting av eit sentralt samordningsorgan for dei kliniske etikk-komiteane vil krevje noko ekstra utlegg for departementet. Det er teke høgde for dette i budsjettet for 2000. Oppbygginga av ulike kvalitetsregister er også omtala i statsbudsjettet for 2000.

Framlegget om eit nasjonalt prioriteringssystem, vil føre til visse endringar i rådsorganiseringa kring Sosial- og helsedepartementet og Statens helse-tilsyn. Desse endringane kan gjennomførast ved omdisponering av ressursane som er tilgjengelege. Ei nærare kopling mellom prioriterings- og kvalitetsarbeidet vil snarare vere kostnadssparande og effektivitetsaukande for helsetenesta samla sett.

Ei vurdering av dei administrative og økonomiske følgjene av endringar i lovgjevinga om alternativ medisin vil ein kome attende til når ein fremjer eit lovforslag for Stortinget.

Sosial- og helsedepartementet

t i l r å r :

Tilråding frå Sosial- og helsedepartementet av 22. desember 1999 om verdier for den norske helsetenesta blir sendt Stortinget.
