

## NASJONAL HELSEPLAN 2007 – 2010

### Første innspill fra Nord-Trøndelag fylkeskommune

#### Innledning.

Forholdet mellom overskrift og tema i brevet av 14. mars gir grunnlag for en kommentar.

Overskriften *Nasjonal helseplan* er ambisiøs. Tanken ledes automatisk til en grunnleggende gjennomgang av alle sentrale sider ved folks helse og norsk helsetjeneste, kombinert med fastleggelse av mål for planperioden og tiltak for å nå dem. Dette var innholdet i SM 41 (1987–88), som hadde tittelen *Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan*. Det var også innholdet i SM 50 (1993-94), *Samarbeid og styring*. Av departementets brev av 14. mars d.å. framgår det imidlertid at siktemålet denne gangen er .....å sikre helheten i utviklingen av spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer en betydelig innsnevring i forhold til hva vi både umiddelbart og tradisjonelt legger i begrepet *nasjonal helseplan*, som i tilfelle bør reflekteres i at dokumentet gis en annen tittel.

Men det er ikke dette vi vil rå til. Vi vil derimot rå departementet til å utvide perspektivet, slik det er gjort før, og presentere et dokument som med rette kan bære betegnelsen *nasjonal helseplan*. Vårt råd skyldes lang og solid erfaring for at helsetjenesten ulike deler henger sammen. Makter en ikke å se sammenhengene, så vil en heller ikke makte å finne gode løsninger.

I samsvar med departementets bestilling skal vi i dette innspill legge hovedvekten på spesialisthelsetjenesten. Men vi vil ha et helhetsperspektiv for øye, og i tillegg også berøre trekk innen primærhelsetjenesten og samfunnsutviklingen generelt som vi mener er av helsepolitisk viktighet.

Vårt innspill er delvis basert på gjennomgangen av spesialisthelsetjenesten i de to rapportene

- Statlig eierskap og foretaksorganisering i spesialisthelsetjenesten 2002 – 2005; NIBR, Nordlandsforskning og Rogalandsforskning, april 2005
- Belyse foretaksmodellens funksjonalitet; Agenda, Muusmann, november 2005

men også på erfaringer og informasjon utover dette.

#### Helsereformens hensikt og status.

Med en litt friere ordbruk enn det utredere på statlig oppdrag kan tillate seg, vil vi beskrive formålet med helsereformen som ”*ut av forvaltningen, ut av trygden og ut av politikken.*”

Spesialisthelsetjenestens ”*ut av forvaltningen*” er grundig kommentert i de to rapportene. Framstillingen stemmer meget godt med vår egen oppfatning om de tanker som gjorde seg gjeldende, og om hvordan utviklingen i helseforetakene har vært.

”*Ut av trygden*” reflekterer et ønske om å få slutt på automatiske refusjoner over statsbudsjettet og i stedet gå over til på forhånd fastsatte økonomiske rammer, som ledelsen i foretakene skal være ansvarlige for med sine stillinger. Automatiske refusjonsordninger har generelt en tendens til å vokse sterkere og mindre kontrollert enn andre utgiftsposter. Automatiske refusjonsordninger med

en humanistisk begrunnelse har et særlig vekstpotensiale. I lovproposisjonen om helsereformen og i senere dokumenter er dette problemet beskrevet som nødvendigheten av ”å få økonomien under kontroll”. Slik er det også omtalt i de to rapportene, og vi har intet vesentlig å tilføre den framstilling som er gitt.

”Ut av politikken” har sammenheng med en statlig følelse av at fylkestingene utøvde for svak styring av sykehusene. Norsk sykehusvesen utviklet seg slik at lokalsykehusene forsøkte å gjøre så mye som mulig. I statlige dokumenter er det i årevis pekt på at dette verken er god pasientbehandling eller god økonomi. Staten har forventet at eierne, det vil si fylkestingene, grep inn og rasjonaliserte sykehusenes virksomhet. Når dette i bare liten grad skjedde, konkluderte man til slutt med at lokalpolitikken ikke maktet å gjøre det situasjonen krevde. Derfor måtte fylkestingene erstattes med statlige tjenestemenn.

Når statsråd Tore Tønne holdt foredrag, påpekte han at et så stort og viktig felt som spesialisthelsetjenesten naturligvis aldri kunne bli upolitisk. Men politikken skulle nå bli annerledes. Helsestatsråden og de regionale helseforetakene skulle styre med strukturelle spørsmål, mens Stortinget skulle begrense seg til de årlige budsjetter og de prinsipielle spørsmål.

Det har ikke gått helt slik, og det er knapt noen overraskelse.

Hva som skjedde og hvorfor, er beskrevet og analysert i de to rapportene. Oppmerksomheten henledes spesielt på NIBR/NF/RF-rapportens kapittel 4, som er meget velskrevet.

I sykehusreformen var det videre satt opp to konkrete mål som skulle følges opp umiddelbart. Det første var å få redusert ventetid og antall ventende drastisk. Dette har lyktes, og er en stor og viktig suksess for helsereformen. Det andre målet var å få bort korridorpasienter. Det har ikke lyktes. I de årlige styringsdokumenter er det i tillegg formulert nye spesifikke mål, som for eksempel innen kreftomsorg og psykiatri. Graden av oppfyllelse for disse målene er analysert i de to rapportene. Vi har intet å addere eller korrigere til det som der står.

### Spesialisthelsetjenestens oppgave.

Den kan formuleres svært kort. Oppgaven består i å få pasienten til behandling, holde behandlingen på et høyt faglig nivå og begrense utgiftene med de to første oppgavene.

Så lett og så vanskelig er det. En nærmere utdypning om hvorfor noe som er så lett å forstå, viser seg så vanskelig å utføre i praksis, er på sin plass.

Den mest grunnleggende vanskeligheten består i at det er intet enkelt menneske gitt å kunne beskrive presis hvordan oppgaven i alle detaljer skal gjennomføres. Det vil kreve en så omfattende oversikt innen medisin, pleie, jus, teknologi, økonomi, psykologi pluss en rekke andre områder at knapt gudene kan tiltros å ha den.

Dette er intet særtrekk ved helsevesenet. Det preger mye annen menneskelig virksomhet også. Et vanlig eksempel på det er framstillingen av biler. Intet enkelt menneske kan starte på bar bakke og alene produsere en bil. Allikevel produseres fullt brukbare biler i tusentall hver dag. Det skjer fordi produksjonen utføres av mange mennesker, og er spesialisert og organisert. Det samme er tilfelle med spesialisthelsetjenesten. Den produserer noe nyttig fordi den er spesialisert og organisert.

Den enkelte helsearbeider har vanligvis en høy moral. Arbeidets art og ideologi er å hjelpe mennesker. Gjør du dette til ditt yrke, så vil du også gjerne gjøre godt arbeid. Hver enkelt oppgave

blir derfor som regel utført med flid og omhu, endog nestekjærlighet. Dette er helsevesenets største ressurs. Det er organiseringen av den enkeltes innsats til et godt sammenhengende hele som er vanskelig. For da må folk ta hensyn til hverandre, hvilket noen ugjerne gjør. Og da møter en et faktum som det er umulig å unnsnippe, nemlig at helsevesenet disponerer over begrensede ressurser, uansett hvor gjerne vi skulle ønske at det var anderledes.

Det er altså når de to første delene av spesialisthelsetjenestens oppgave skal koordineres med den tredje at grunnleggende hensyn krysser hverandre, og hvor løsninger som ikke er ideelle som oftest blir livets virkelighet. Spesialisthelsetjenesten kan alltid bli bedre. Den perfekte løsning finnes ikke, og nye utfordringer melder seg hver dag. Det er organisasjonens oppgave å finne praktiske løsninger gjennom å sette sammen mange menneskers kunnskaper, samt å vinne aksept for disse løsningene både hos pasienter, pårørende, egne ansatte, nære samarbeidspartnere og folk flest. Det er også organisasjonens oppgave å gripe inn når oppgaver ikke løses slik de burde løses, enten årsaken er uoppmerksomhet, feilvurderinger, likegyldighet, forsømmelser, ansvarsfraskrivelse eller, i noen svært sjeldne tilfelle, malisøs inklinasjon. Løsningene skal i alle tilfelle betales med de penger som en har. Det er summen av alt dette som er vanskelig.

Når helheten er vanskelig, arbeider en gjerne med ett problem av gangen. Det er dette som er spesialisthelsetjenestens tradisjon. Er kapasitet eller kvalitet utilstrekkelig, brukes mer penger på å forbedre situasjonen. Overskrides økonomiske rammer, setter en inn besparende tiltak. I noen tilfelle er de besparende tiltak effektiviserende, og sykehuset henter mer fra en mindre ressursbruk. I andre tilfelle skjer besparelsen i sykehusets regnskap ved at ressursbruk overføres til andre, offentlige eller private, slik veletablert bedriftsøkonomisk moral tilsier. Men det hender også ikke sjelden at besparelsen består i å redusere kapasitet eller kvalitet, og så se hvordan verden reagerer.

Skal det bli mer helhetstenkning i spesialisthelsetjenesten, slik departementet ønsker, så må helhetstenkning som regel gjøres mer lønnsomt enn alltid å arbeide med ett problem ad gangen. I noe så komplisert som spesialisthelsetjenesten, er dette ikke enkelt. Men det er langt fra umulig.

Står det uutnyttede virkemidler til foretak og myndigheters disposisjon som kan hjelpe på forståelsen av hvordan spesialisthelsetjenestens tre-leddede grunnleggende oppgave formulert i begynnelsen av dette avsnitt løses helhetlig?

Ja, det gjør det.

Den viktigste tradisjonelle styringsinformasjon i spesialisthelsetjenesten har vært makro-tall og ulykker. Med makro-tall menes budsjett- og regnskapstall for sykehus eller avdelinger samt produksjonstall for samme. Med disse i hånd regner en ut og sammenligner effektiviteter, slik for eksempel NIS gjør i Samdata-rapportene. Med ulykker menes dokumenterte feilbehandlinger, kapasitetsproblemer som ventelister og korridorpasienter, sviktende rekruttering av nøkkelpersonell, ikke fungerende eller fraværende apparatur, bygningsmessig utilstrekkelighet eller alvorlige arbeidsmiljøproblemer. Det reageres på slikt med varierende oppmerksomhet etter hvert som det inntreffer.

I strategidokument for Helse Midt-Norge av januar 2006 foreslås det innført *revisjon av pasientforløp* som en sentral informasjon for ledelsen. Ideen er at en skal foreta systematisk revisjon av den enkelte pasients skjebne fra innskrivning til utskrivning og spørre om det som *er* gjort, er det som *burde* vært gjort. Dette er nytt, og det vil innebære et vesentlig framskritt. Det er det enkelte menneskes skjebne langt mer enn summen av skjebner eller summen av behandlinger delt på penger brukt som er helsevesenets målestokk. Det vil kreve betydelige ressurser, ikke minst av høyt kvalifisert personells tid, å etablere en revisjon som foreslått. Det anbefales at sentrale myndigheter engasjerer seg i dette.

### Helsetjenestens økonomi.

Fylkesrådets viktigste anliggende er at den statlige spesialisthelsetjenesten sørger for at nord-trønderske pasienter kommer til behandling uten unødig opphold, at de får kyndig behandling på høyt faglig nivå og at spesialisthelsetjenesten samarbeider godt og tillitsfullt med primærhelsetjenesten, pasienten og pårørende både under innskrivning, sykehusopphold og utskrivning.

Fylkesrådet ser med forståelse på at staten som sykehuseier ønsker å løse denne oppgaven gjennom god utnyttelse av ressursene.

På 1970-tallet fikk sykehusene betalt fra folketrygden etter antall registrerte kurdøgn. Pengemangel kunne kompenseres ved å holde pasientene på sykehuset, og folketrygdens utgifter til spesialisthelsetjenesten steg sterkt. Fra og med 1980 ble det innført rammefinansiering. Når det ikke lenger var penger til behandling, stilte sykehusene pasientene i kø. Ventetidene vokste. Det samme gjorde den offentlige forargelsen, og utgiftspresset vedble. Fra og med 1993 ble rammefinansieringen supplert med innsattsstyrt finansiering. Utgiftene fortsatte å stige, samtidig som køene ikke ble kortere. Etter at sykehusreformen ble innført, har en hatt en kombinasjon av ramme og (litt forenklet) betaling pr. behandlet pasient. De fleste køene er nå redusert til en akseptabel lengde, men utgiftene har fortsatt å stige. Fra og med 2006 skal helseforetakene avlegge regnskap i balanse. Da skal økonomien være ”bragt under kontroll” og forbli så, det vil vel si at utgiftsveksten skal stanses og helst reverseres.

Dette er et oppnåelig mål. Men hvis dette er det eneste målet eller det suverent dominerende målet, er det sannsynlig at det vil føre til uakseptable tilstander i pasientbehandlingen, og med dette nytt utgiftspres. Løsningen ligger ikke da i å skifte ut styrer og direktører. Det grunnleggende problemet er mangelen på helhet, altså mangelen på å prøve å løse tre oppgaver på en gang, det vil si å få pasienten til behandling, holde behandlingen på høyt faglig nivå og begrense utgiftene med de to første.

De to nevnte rapporter gir en nøkkel til forbedret styring. I rapporten fra NIBR/NF/RF dokumenteres det at de samlede resultater er best der dialogen mellom nivåene i spesialisthelsetjenesten har vært mest aktiv. Dette bør en bygge videre på, samtidig som primærhelsetjenesten inkluderes. Man må med andre ord få problemene beskrevet, analysere dem om nødvendig ved hjelp av innleid kompetanse, og så lage økonomiske regler som belønner ønsket adferd. Dette vil føre til utgiftsvekst på noen områder, og det kan føre til skifte i pengestrømmer mellom helseforetakene og kommunene. Denne utgiftsveksten lar seg beregne omtrentlig hver gang, og den må aksepteres og dekkes uten hensyn til rammer. På den annen side vil dialogen og analysen gi innsikt i mulige besparelser. Disse besparelsene skal forlanges realisert. Det er her foretaksmodellen gir muligheter som forvaltningsmodellen ikke hadde. Hvis styrer og direktører ikke makter både å bruke og å spare riktig, er det tid for å skifte dem ut.

Sykehusets produkt er endring av enkeltskjebner. Dette produktet selges ikke. Det ytes som en tjeneste, gratis når tjenesten ytes. Obligatorisk betaling skjer over skatteseddelen. Siden skatten er den samme uansett, har kunden ingen innflytelse over regningens størrelse. Nesten alle som melder seg som kunder har heller intet annet alternativ enn sykehusbehandlingen. Den vanligste prisdempende markedsmekanismen, nemlig å erstatte et produkt eller en tjeneste som synes for kostbar med en annen og billigere, eller rett og slett å resignere på godet, er enten umulig eller opprørende. Sykehusmarkedet er intet marked i ordets vanlige betydning. Så lenge ikke kunden selv betaler direkte for sin behandling, vil det heller ikke bli noe vanlig marked. Men når kunden ikke

betaler selv, så vil kunden naturligvis bestille maksimale ytelser uten tanke på hva dette koster. Derfor er det heller ikke holdbart å si at staten uansett skal dekke "hva sykehusbehandling koster". Hvordan skjer da i tilfelle prisdannelsen, og hvor stor blir den regningen? Og hva er sykehusbehandling og hva er det ikke?

Styring av sykehus krever derfor andre handlingsmønstre enn hva rent bedriftsøkonomiske resonnmener tilsier. I henhold til de to utsendte rapporter ser helseforetakene naturlig å ha funnet en form som ligger mellom statlige foretak som Statoil og Telenor, og tradisjonelle forvaltningsorganer. I en slik posisjon kan økonomistyringen utbygges videre, slik som omtalt ovenfor.

Den beskrevne dialogen bør omfatte all prisdannelse i spesialisthelsetjenesten. I et marked skal prisene finne sitt naturlige leie. Innen spesialisthelsetjenesten skjer ikke dette, fordi vi ikke har noe marked i vanlig forstand. Desto viktigere er det å legge arbeid i å sette priser slik at ønsket aktivitet begunstiges og lavere prioritert aktivitet framtrer som mindre lønnsom. Dette er et av de viktigste helsepolitiske verktøy man har, og det bør benyttes i langt større grad enn hva om er tilfelle. Oppgaven kaller på et bredt samarbeid.

#### Spesialisthelsetjenestens kapitalutgifter.

De regionale helseforetakene skal nå beregne kapitalutgifter etter regnskapslovens bestemmelser. Det innebærer at nybygg blir spesielt tyngende de første årene. Dersom byggingen er omfattende, fører den også til ekstra driftsutgifter i byggeperioden dersom aktiviteten skal opprettholdes. Ved St. Olavs Hospital er denne problemstillingen spesielt aktuell.

Utstyr og bygningsmasse i sykehusene vil stadig måtte fornyes. For utstyrets vedkommende skjer dette jevnlig, og det er ikke spesiell grunn til store forskjeller fra ett år til et annet. For større bygningsmessige arbeider er situasjonen en annen. Der vil ikke fornyelsen ved det enkelte sykehus skje jevnt.

Vi ønsker å ha moderne sykehus. Derfor anbefales det innført en ordning som jevner ut kapitalutgiftene ved nybygg og som kan bidra til å dekke ekstraordinære driftsutgifter i byggeperioden.

#### Helsetjenestens struktur.

I Helse Midt-Norges strategidokument av januar 2006 forslås det en sykehusstruktur hvor St. Olavs Hospital er regions- og universitetssykehus, mens de andre sykehusene er lokalsykehus. Begrepet *lokalsykehus* gis et noe annet innhold enn tidligere. I tillegg til å gi grunnleggende tjenester til befolkningen i sitt distrikt innen kirurgi og medisin skal lokalsykehuset også spille en viktig rolle i akuttberedskapen, men helt ut slik at det er pasientens behov for hjelp og ikke de ansattes behov for oppgaver som bestemmer hva som gjøres og ikke gjøres. Det skal etableres nære faglige relasjoner mellom St. Olavs Hospital og lokalsykehusene samt enkle og lette rutiner for overføring av pasienter. Lokalsykehusene skal delta i undervisning og forskning. De skal samarbeide nært med primærhelsetjenesten i sitt distrikt, gjerne gjennom ambulant virksomhet. Lokalsykehusene kan ha oppgaver for et større geografisk område dersom styret i Helse Midt-Norge tildeler dem dette.

Dette er en svært tjenlig modell for vår region.

Alt som skjer i og mellom sykehusene ligger under Helse Midt-Norge. Organiseringen i foretak gir styret den formelle myndighet som er nødvendig for å gjennomføre sin strategi.

I primærhelsetjenesten møter imidlertid helseforetakene en likeverdig part. Et godt samarbeid til pasientens beste er dermed avhengig av at de to parter samhandler. Siden dette ikke alltid skjer, har det vært reist spørsmål ved om primærhelsetjenesten eller deler av den skal legges inn under de regionale helseforetakene.

Vi vil fraråde dette. Vårt standpunkt bygger på erfaringer fra før kommunehelseloven ble gjort gjeldende. Fylkeskommunen hadde da ansvaret for sykehjemmene, mens staten, dvs fylkeslegen, ledet distriktslegene. Sykehjemmenes viktigste relasjon var med kommunens forskjellige hjelpetiltak. I vårt fylke lot vi derfor kommunene drive sykehjemmene etter en standard avtale med fylkeskommunen. Det var derfor både naturlig og administrativt forenklende da loven ble endret slik at ansvaret for sykehjemmene gikk over til kommunene. Kommunehelseloven tillegger videre kommunene så stort ansvar innen helsesektoren at de bør knytte til seg leger. Skal lokale legers avtaler være med helseforetakene og ikke med kommunene, så bør kommunenes ansvar etter kommunehelseloven reduseres vesentlig. Dette er neppe noe framskritt.

De to rapporter som er nevnt innledningsvis, konkluderer med at helsereformen delvis har nådd sitt mål og delvis ikke. Siden noen mål ikke er nådd, stiller rapportene spørsmål ved om strukturen igjen bør endres ved at foretakene erstattes med noe annet eller at det skjer drastiske endringer i dem. Rapportene frarår dette.

Vi er enige. Dette er ikke tiden for strukturelle endringer hverken i primærhelsetjenesten eller i spesialisthelsetjenesten, men for å få de strukturer vi nå har til å fungere slik de er ment å gjøre det.

#### *Samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Halvannen linje tjenester.*

Bedre samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste gir muligheter for betydelige forbedringer i den samlede helsetjeneste. Men skal disse gevinstene kunne hentes ut, kreves det obligatoriske formelle samarbeidsfora kombinert med økonomiske virkemidler og overvåkning fra en upartisk og sakkyndig dommer eller meglingsmann. Fylkeslegene har tidligere ivaretatt denne rollen. Vi hadde svært gode erfaringer med dette i vårt fylke. Dette må vurderes i forbindelse med forvaltningsreformen ut i fra prinsippet om at fylkesmannen bare skal ha kontroll- og tilsynsfunksjoner.

Et spesielt område er de såkalte halvannen linje tjenester. Med dette forstås distriktsmedisinske sentra, distriktpsikiatriske sentra, rehabiliteringsinstitusjoner og noen ettervernstiltak innen rusomsorgen. Disse tjenestene har forskjellig historie og forskjellig status, og som følge av det også forskjellige økonomiske ordninger. Tjenestene kunne utnyttes langt bedre. Da må de økonomiske ordninger legges til rette for dette.

Halvannen linje tjenester utgjør også et interessant praktisk samarbeidsområde mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. En måte dette samarbeidet kan skje på, er ved å legge finansieringen til helseforetakene, eventuelt til trygden, men samtidig gi kommunene formell innflytelse over bruken av plassene. Denne medinnflytelsen skal gå sammen med kommunale forpliktelser overfor brukeren etter utskrivning fra tiltak i halvannen linje tjenesten.

### Utdanning og forskning.

Helse Midt-Norge har gitt forskning og utviklingsarbeid en betydelig plass. Strategidokumentet av januar 2006 forutsetter at dette fortsetter. Det anbefales at samtlige lokalsykehus trekkes inn i den regionale forskningsaktiviteten.

Dette er et riktig og viktig valg.

I løpet av de siste ti årene har tilgangen på helsepersonell bedret seg betydelig. Dette gjelder spesielt leger og sykepleiere, hvor prognosen for norsk helsevesen framover er optimistisk dersom studiene fortsatt søkes i samme omfang som før, studentene fullfører utdanningen og etterpå finner en karriere i norsk helsevesen attraktiv.

Det siste er ingen selvfølge. Det vil være nødvendig for arbeidsgiver å tilpasse både forventninger og arbeidsvilkår til de mennesker som til enhver tid er i yrket, eller er i ferd med å gå inn i det. Utfordringen kan vise seg å bli betydelig.

Det brukes mye tid og ressurser i dagens helsevesen på praksisplasser, etterutdanning og spesialisering. For helsetjenestens kvalitet er det helt avgjørende at så skjer. Ikke all denne virksomheten har like solid økonomisk fundament om en ser det kortsiktig, det vil si spør om årets undervisning ga fortjeneste eller tap. Når kravene til balanse i helseforetakenes årsregnskap forsterkes, så tvinges også sykehusene til å legge ned ulønnsom aktivitet. Dette kan komme til å gå ut over undervisningen.

Nord-Trøndelag fylkeskommune har lang erfaring i å drive helseinstitusjoner i en situasjon med mangel på nøkkelpersonell. Vi vil advare mot at helseforetakene kommer i den samme situasjon. Løsningen er naturligvis å gjøre undervisning og etterutdanning så lønnsomt at virksomheten er attraktiv. Da vil den også bli utført.

Vi har ikke inntrykk av at undervisningen har hatt noen framtreddende plass i styringsdokumentene etter helsereformen. Dette er i tilfelle uklokt. Blir det først et underskudd på nøkkelpersonell, så tar det flere år før situasjonen igjen er i balanse.

### Helsetjeneste og samfunn.

Dette vil være det viktigste kapitlet i en nasjonal helseplan. Vi har gjemt det til slutt, og skal bare gi en kort kommentar til noen viktige tema. Departementets kunnskap er sikkert langt mer omfattende enn vår.

### *Folkehelsearbeid*

Ikke noe område gir på lang sikt større utbytte av de midler som settes inn. Videre er de midler det er aktuelt å bruke ubetydelige i forhold til hva som anvendes til kurativ behandling. De regionale og lokale helseforetakene skal drive folkehelsearbeid. Statsråden kan trygt ta dette med i sin årlige bestilling uten at det i seg selv medfører behov for økede rammer.

## *Framskrittspress*

Hvert år skjer det betydelige nyvinninger innen vitenskap og teknologi som gir nye muligheter for å kurere sykdom. Noen ganger innebærer dette også besparelser på de offentlige budsjetter. Men det vanlige er at nyvinningene i første omgang er fordyrende. Utviklingen drives av menneskelig nysgjerrighet og forbedringslyst, men også av at helsevesenet representerer en stor og betalingsdyktig kunde.

Disse nyvinningene er ønskelige, og dermed også det utgiftspresset de medfører. Det må legges til rette for at de kan bli tatt i bruk. Det som skal finansieres, er ikke et offentlig helsevesen som stort sett er det samme fra år til år, men et dynamisk offentlig helsevesen i stadig faglig forbedring. Spenningen mellom nytt og gammelt er nok en grunn til å styrke den dialogen som er påpekt ovenfor i kapitlet om helsevesenets økonomi. Det kan noen ganger vise seg nødvendig med særskilte program for å gjøre nyvinninger til en del av norsk helsevesen. Mammografiprojektet er et eksempel på dette.

## *Sykeliggjøring*

Det er en økende tendens i samfunnet til å gi savn og mangler et navn av sykdom. Professor Jan Helge Solbakk og mange andre har skrevet om dette. Beskrivelser og utdypninger er tilgjengelige i rikt tilfang. Vi skal la årsakene til den økede sykeliggjøringen ligge. Virkningen er at det offentlige helsevesen belastes med oppgaver andre burde utføre, og at utgiftene ofte blir langt høyere enn hva de burde være.

## *Vekst i den eldre befolkning*

Dette er en utvikling vi har nært ved full oversikt over. Den vil medføre en kvantitativ økning i etterspørselen etter helsetjenester av alle slag, som også lar seg beregne ganske godt. En spesiell side ved denne utviklingen er behovet for sykehussenger. Forbedrede medisinske metoder har gjort at antallet sykehussenger er redusert kraftig over en lang periode. Veksten i den eldre befolkning fører på den annen side til øket behov for sykehusplasser. Dette kan komme til å bli den dominerende trenden i de kommende årene. I tilfelle må antall sykehussenger økes jevnt i de kommende år etter mange år med reduksjon.

## *Makt til pasienten*

Dette har vært en av de mest markante forandringene i løpet det siste ti-året. Forandringen er nesten utelukkende til det bedre. Det må være et mål i enda sterkere grad å gjøre pasienten delaktig i sin egen behandling. Samtidig må pasientens muligheter til rask og adekvat bistand i de tilfelle han føler seg forsømt, tilsidesatt eller feilbehandlet bedres. Begge deler krever i seg selv at helsepersonell ofte må bruke tid på en måte som de selv finner mindre enn rasjonelt sett maksimalt effektivt, fordi legen eller pleieren allerede vet hva som skal gjøres, eller vet at det som ble gjort var det beste som kunne gjøres. Professor Peter F. Hjort har utdypet temaet i artikler om den medisinske profesjons humanistiske karakter. For myndighetenes del er det viktig å være klar over at dette også øker kravene til eieres og myndigheters forståelse av helsevesenet. Den mest effektive handlemåte er ikke alltid den riktige.