

Regjeringens helsepolitikk

FOREDRAG I SYKEHUSPERSONALETS FORENING

Mitt hovedtema for dette foredraget er Regjeringens helsepolitikk. Dette er en del - en viktig del - av Regjeringens samlede politikk. Jeg vil derfor som innledning si litt om den alminnelige politiske situasjonen foran valget i høst.

2.

Det vi alle skal avgjøre i september, er hvilke krefter som skal styre Norge de neste fire årene. Arbeiderpartiet kan legge fram et sterkt politisk regnskap for de årene vi har hatt ansvaret. Vi legger fram et arbeidsprogram som klart sier hva vi vil gjøre. I Regjeringens Langtidsprogram er våre planer enda mer konkretisert.

Vi står overfor en verdensøkonomi som er i ulage. Det truer vår sosiale trygghet. Det er ingen selvfølge at vi kan opprettholde full sysselsetting i årene som kommer. I slike tider trenger vi mer enn noengang en regjering som er handlekraftig, som viser ansvar for hele fellesskapet.

Hva er så alternativet til Arbeiderpartiet? Ja, det er enten en ren Høyre-regjering som støtter seg på Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, eller en samarbeidsregjering mellom disse partiene. En slik regjering kan ikke bli handlekraftig. Det fikk vi klart demonstrert da Stortinget behandlet Regjeringens Langtidsprogram for 3 uker siden. Det var erfaringen med Bortenregjeringen - og det er svenskernes erfaringer med borgerlige regjeringer.

Den borgerlige pressen la stor vekt på å framstille den fellesinnstillingen de tre borgerlige partiene la fram i Stortinget som et grunnlag for en borgerlig regjering. Det er en erklæring med mange og runde ord. Men det dreier seg ikke om noe program, men om en felles ønskeliste.

Det eneste de tre partiene konkret forplikter seg til, er å gå inn i drøftinger om en regjeringsdannelse dersom de vinner valget. Mer enn dette får velgerne ikke vite! Fremdeles er situasjonen denne: Vi vet ikke hvilken regjering vi kan få. Vi vet ikke hvilken politikk den vil føre. Det eneste vi vet er at den ikke kan føre den politikk den bebuder.

Regjeringen har lagt opp til en nøktern politikk. Med de problemer vi får fra krisen i den internasjonale økonomi, er det ikke plass for overbud eller løftepolitikk. De borgerlige partier har vært ivrige til å si det samme - i uforpliktende ord, de taler stadig om å sette tæring etter næring. Men hva gjorde de så i sin felleserklæring i Stortinget? Akkurat det motsatte! De

borgerlige fellesmerknadene ble en inflasjonserklæring,  
ikke en regjeringserklæring.

Fellesmerknadene skisserer ikke engang en alternativ politikk. Vi får i hovedsak bare en ønskeliste over skatter som bør senkes og offentlige ytelser som bør økes:

- Gradvis nedsettelse av investeringsavgiften og arbeidsgiveravgiften
- Progresjonslettelser
- 4 pst. realvekst for forsvaret
- Økte veiinvesteringer

- Økt utbygging av sykehus- og sykehjemsplasser
- Betalt omsorg i hjemmet

Dette er gode saker vi alle gjerne ville gjennomføre - hvis det hadde vært mulig. Men samlet lar disse sakene seg kort og godt ikke gjennomføre! Det går bare i drømmeland!

I virkelighetens verden er vi nødt til å ta hensyn til at vi ikke kan gjøre alt på en gang - i virkelighetens verden må vi velge. Hvis dere i den valgkampen som kommer, støter på borgerlige politikere som lover økt innsats i helsesektoren, bør dere tenke over at det er

de samme politikerne som lover skattelette og lavere fellesutgifter. Og da henger det ganske enkelt ikke sammen.

Og så over til helsepolitikken: Helse er et grunnleggende gode. Derfor setter vi pris på vår helsetjeneste - en høy pris. 20 milliarder i året er mange penger, 5000 kroner per innbygger per. 120 000 er ansatt i helsesektoren. Det er virkelig dimensjoner over det.

Vi må alle være levende opptatt av at disse enorme ressursene settes inn slik at vi virkelig når våre mål i helsepolitikken.

Helsetjenesten er viktig. Helsen preges likevel mer av livsstil og av samfunnsforhold enn av helsetjenesten i mer snever forstand.

Politikken for at folk skal være friske er selvsagt noe langt mer enn helsetjenesten. Det forebyggende arbeidet er en viktig oppgave for helsetjenesten. Men samtidig er det klart at hovedinnsatsen her ligger på andre samfunnsområder - det som skjer i arbeidslivet, i trafikken, i bolig og nærmiljø, blant ungdom og eldre, har store konsekvenser for folks helse. All politikk er helsepolitikk - eller uhelsepolitikk.



Samspillet mellom helse og samfunn er særlig aktuelt ved inngangen av 80-åra. Ikke først og fremst fordi vi møter økonomiske problemer i helsetjenesten, men fordi samfunnet endrer seg så raskt.

Vi glemmer ofte hvor dyptgripende og dramatiske disse endringene er. Etter flere tusen år med jevn og rolig utvikling, gikk det gamle jordbrukssamfunnet over i industrisamfunnet for 100-150 år siden. Og så - på to-tre tiår har rask økonomisk vekst skapt forbruker-samfunnet med velstand og velferd. Vi har i vårt land bygd et helt nytt samfunn. Det har gitt menneskene økonomisk trygghet. Men det har også ført til oppbrudd og utrygghet i jobb, familie og nærmiljø. Den tekniske

utvikling vi øyner foran oss kan gi enda raskere endringer for mange.

Det er klart at endringene har stor betydning for helsen. Vi ser negative sider - utrygghet, pendling og stress. Men de positive sidene er langt sterkere: Bedre økonomi, bedre boliger, bedre utdanning.

I dag har vi store muligheter til å gi menneskene et godt liv og en god helse - hvis menneskene i fellesskap og hver for seg vil det.

Vi har i dag kunnskaper nok til å vite at helsen formes av samfunnsmiljøet: Av arbeidslivet, boligforholdene,

utdanningen, trafikken, av sosiale og økonomiske forhold. Det er derfor vi trenger en tyngdeforskyvning mot det forebyggende arbeidet. Dere som arbeider i helsesektoren vil oppleve en gradvis omstilling til nye oppgaver - ja, dere er nøkkelpersonale for å lykkes i innsatsen for å holde folk friske.

Amerikanerne har på bare ti år oppnådd en reduksjon i dødelighet på nesten 25 prosent for hjerte-karsykdommene. Erfaringene fra Norge peker i samme retning. Det gir grunnlag for optimisme.

Vi vet i dag at det er klar sammenheng mellom helse og levekår. Helsen blir bedre jo høyere vi kommer i samfunnet.

Den såkalte "Oslo-undersøkelsen" har vist at hjerte-karsykdommene ikke er en "direktørsykdom", men tvertimot mest utbredt blant de svakest stilte.

Vi kjenner ikke årsaksforholdene nøyaktig, men vi vet at de sosiale forholdene jeg nevnte er viktige. Dette har to viktige konsekvenser:

- Vi må støtte en forskning som klarlegger hvilke faktorer som særlig bidrar til dårlig helse
- Vi må støtte en politikk som minsker forskjellene mellom menneskene i samfunnet - altså en effektiv utjevningpolitikk

Forebyggende arbeid er først og fremst et politisk problem: Å få helsepolitiske mål og hensyn bedre inn i den vanlige planlegging og styring av samfunnet.

Arbeiderpartiet bygger politikken på solidariteten som grunnleggende prinsipp. Vi bygger på den innsikt at vi alle er avhengige av hverandre. Vi trenger alle før eller senere hjelp og omsorg. Derfor trenger vi et solidarisk samfunn. Vi er alle på samme lag - enten vi er syke, funksjonshemmede, gamle eller i øyeblikket friske. Solidariteten må gå begge veier. Hver og en må ta ansvar for egen helse, men samtidig føle ansvar for sin neste og fellesskapet. Sosiale motsetninger må bygges ned slik at den enkelte bedre kan styre sine

levetår. Helse forutsetter en sunn samfunnspolitikk. Som jeg sa: All politikk er i virkeligheten helsepolitikk.

Vi har nådd store resultater i helsearbeidet. Fra århundreskiftet til 1950 steg menns levealder fra vel 50 til nesten 70 år. Kvinnene hadde en liknende utvikling selv om de alltid har vært mer seiglivet. Etter krigen har de materielle levekår bedret seg raskt. Økt kunnskap og større ressurser gjør det nå mulig å behandle og forebygge sykdommer som vi før ikke kjente årsaken til og langt mindre kunne holde nede.

Før dominerte infeksjonssykdommene. Nå er det livsstil- og miljøsykdommene som preger bildet. Samtidig stiger

andelen eldre i befolkningen. Dette gir økt press på helse- og sosialtjenestene. Det er en av våre fremste samfunnsoppgaver å ta oss av de eldre som har bygget dette landet. Dette kommer klart til uttrykk i Regjeringens langtidsprogram: Innenfor den beskjedne vekst vi kan regne med, skal de eldre prioriteres. Det betyr at vi som er friske og arbeidsføre må holde igjen på våre krav.

Vi har som folk tatt kjempeløft i helsepolitikken. Siden 1950 er antallet ansatte 3-doblet og utgiftene 6-doblet målt i faste kroner. Gjennom hele 70-tallet har veksten i helsesektoren vært dobbelt så stor som veksten i vår nasjonalinntekt. Likevel har vi uløste problemer.

Vi står i virkeligheten ved et viktig veiskille i helsepolitikken. Fram til nå har denne politikken vært dominert av institusjonene. Problemer kunne møtes med vekst - det var i stor utstrekning nok til alle.

Nå må vi i større grad velge og prioritere. Men la oss ikke dramatisere de problemer vi møter: Vi er i den heldige situasjon at vi har en av verdens best utbygde helsetjenester. Når vi nå må velge mer bevisst, er det to hovedgrunner til dette:

- Vi får lavere økonomisk vekst. Helsetjenesten må som andre deler av samfunnet innstille seg på den lavere veksten.



Vi får problemer fordi det er lagt planer som bygde på høyere vekst - og folks forventninger bygger på dette.

- Den andre grunnen er positiv: Vi får stadig mer kunnskap om at innsats på andre områder enn helsetjenesten i tradisjonell forstand, betyr mer for å gi folk god helse. Det vil fortsatt være en viktig oppgave å hjelpe dem som er blitt syke. Men det viktigste er selvsagt å holde folk friske. Derfor må mer av veksten gå til forebyggende arbeid.

Vi må angripe årsakene. Denne kampen må føres på to plan:

- Vi må forandre de trekk ved samfunnet som skaper problemer: Det sosiale og fysiske miljøet, forurensning, bomiljø og trafikken,
- Vi må få den enkelte til å ta bedre vare på sin egen helse.

Disse to frontene utfyller hverandre. Vi må finne den rette balansen mellom samfunnsansvar for levekår, og egenansvar for de faktorer den enkelte kan rå med.

Kjernen i det forebyggende arbeidet ligger i å klargjøre samspillet mellom individ og samfunn.

La meg nevne fire hovedlegg i det forebyggende arbeidet: For det første: Vi må fortsatt bekjempe infeksjonssykdommene gjennom vaksinasjon og hygiene. Vi må drive helsekontroller - og passe på at vi også får med de arbeidsuføre, de hjemmearbeidende kvinnene og de eldre. For det tredje må vi påvirke den enkeltes livsførsel. Gjennom livsstil, kosthold og mosjon, gode vaner, venners støtte og passe belastende arbeid, kan vi påvirke helsen. Vi har oppmuntrende resultater å vise til. I Oslo, Finnmark og Sogn og Fjordane har Statens Skjermbildefotografering sammen med primærhelsetjenesten gjennomført omfattende

hjerter-karundersøkelser. Dette er fulgt opp med aktiv rådgivning og påvirkning, spesielt overfor de gruppene som viste seg å være særlig utsatt på grunn av høyt kolesterolinnhold i blodet. Påvirkningen siktet mot sunnere kosthold og opphør med tobakksrøyking. Resultatene er nedgang på 20-25% i beregnet risiko for hjerteinfarkt.

Stortinget har sluttet opp om arbeidet med helseopplysning, og for 1981 er det bevilget 1.8 millioner til dette arbeidet. Samtidig vet vi at det er sterke økonomiske interesser som motarbeider de råd vi kan gi gjennom helseopplysning. Bare til reklame for snacks brukes det årlig 30 millioner i reklame og markedsføring som særlig sikter seg inn på barn og ungdom. Vi vet dette er usunn kost.

Det fjerde - og viktigste leddet i den forebyggende politikken er samfunnsmiljøet. Helsen formes av miljøet. Hovedoppgaven er å føre videre de sentrale delene av vår velferdspolitik. Jeg vil særlig nevne arbeid for alle. Det er den beste helsepolitikk. Arbeidet betyr mer enn inntekt. Vi vet hva arbeidet har å si for den enkeltes selvrespekt, trivsel og sosiale situasjon. Å være nyttig, å være i virksomhet er et grunnleggende menneskelig behov. Derfor står kampen for arbeid for alle øverst på vårt program.

La meg så gå over til selve helsetjenesten i mer tradisjonell forstand. La meg minne om det viktige forhold at helsetjenesten står sterkt i folket. Sykdom og ulykker er nærliggende

realiteter for alle. Vi ønsker det beste for de syke - som kan være oss selv eller våre nærmeste.

Regjeringen la i vinter fram forslag til lov om distrikts-helsetjenesten. Dette er en viktig reform. Hovedpunktet er at ansvaret for en gjennomtenkt og helhetlig primærhelsetjeneste må ligge hos folkevalgte organer. De ulike grupper av helsepersonell skulle ha alle muligheter for - og interesse av å være medspillere i dette framtidsrettede arbeidet. Slik tror jeg også de fleste opplever sin rolle - og det som er det vesentlige - å gi et godt tilbud til befolkningen.

Noen har vært urolige fordi de frykter nedbygging av sykehus. Den politikk vi har trukket opp i Langtidsprogrammet, er å begrense veksten i sykehusene. Vi trenger fortsatt noe vekst for å kunne holde oppe dagens standard og for å ta opp nye oppgaver.

Langtidsprogrammet legger opp til en omlegging av profilen i helsetjenesten. Vi vil legge mer vekt på distriktshelsetjenesten, eldreomsorg, psykisk omsorg, styrke mulighetene for barn og ungdom som har særlige vansker - og det forebyggende arbeidet skal styrkes. For å make dette, må vi legge mindre vekt på fortsatt utbygging av sykehusene. Samtidig skal vi være klar over en viktig sammenheng: Styrking av innsatsen utenfor

minsker presset på sykehusene. Med en spissformulering kan vi si at sykehusenes problemer må løses utenfor sykehusene.

Gjennom 70-årene har vi hatt en meget sterk utbygging av sykehusene. Vi har ikke hatt en tilsvarende sterk utbygging av primærhelsetjenesten. Problemer som kunne vært løst av en godt utbygd primærhelsetjeneste, har derfor opptatt kostbare sykehussenger. Manglende tilbud av pleie, omsorg og hjelp i hjemmet har ført til opphopning av pleiepasienter i sykehusavdelinger. Fordi vi har for lite arbeids- og boligtilbud i lokalsamfunnet, har vi ikke klart å skrive ut psykiatriske pasienter.



Det er et av helsetjenestens største problemer. Det er ikke lett å løse dette i en tid da økonomien gjør at veksten ved sykehusene skrur ned. Hvordan skal sykehusene klare dette? Hvordan skal vi i det hele fordele våre ressurser til helsetjenesten i åra framover?

Det er tvingende nødvendig at det vokser fram en sterkere kostnadsbevissthet hos alle som arbeider i helsetjenesten. Vi finner meget store forskjeller fra sykehus til sykehus f.eks. i bruk av operasjoner, bruk av medikamenter og i liggetider - større forskjeller enn ulikheter i sykkelighet burde tilsi. I enkelte fylker får 3 ganger så mange kvinner fjernet livmoren som i andre fylker. En bedre bruk av de meget store ressurser sykehusene

rår over, kan frigjøre midler til nye og viktige tiltak.

Dette var bakgrunnen for at det i 1979 ble nedsatt et utvalg for medisinsk rasjonalisering som for en uke siden leverte sin innstilling til sosialministeren. Utvalget har hatt med representanter for Norske Kommuners Sentralforbund, Norsk Institutt for sykehusforskning, Norsk Sykepleieforbund og Den norske lægeforening.

Utvalget foreslår at det blir drevet et systematisk rasjonaliseringsarbeid gjennom hele helsetjenesten. Noe av det viktigste er å få til bedre samordning og samarbeid mellom de forskjellige ledd og funksjoner i denne tjenesten. Rasjonaliseringsarbeidet må omfatte såvel

tekniske og administrative forhold som de rent faglige forhold ved undersøkelse, diagnose, behandling og pleie - av inneliggende, polikliniske og ambulante pasienter. Den medisinske rasjonalisering må omfatte også organiseringen av dette arbeidet.

Det blir fra utvalgets side lagt vekt på å finne gode kriterier for bedre effektivitet. Målet er å få mer helse for hver krone.

Et sentralt område blir å vurdere hvilke grupper som trenger sykehusopphold og under hvilke faser av sykdommen. Her er det virkelig store muligheter for innsparing. I Oslo ble det i årene 1978-80 foretatt en undersøkelse

av sykehuspasienter i indremedisin. Her ble det slått fast at hele 63% - 2 av 3 liggedager dreier seg om ren pleie - det vil si pasienter som er "sykehusferdige". Fordi vi mangler pleiemulighetene, opptar de meget kostbare sykehussenger.

Driften av avdelinger og mindre enheter blir et annet kjernefelt. Dernest må det på fordomsfritt grunnlag vurderes om arbeidsoppgaver kan utføres av andre personalgrupper enn dem som i dag utfører dem. Det foreslås å arbeide arbeidsdelingen mellom de forskjellige ledd i helsetjenesten. Fylkene blir bedt om å vurdere et sentralt innleggelsesorgan for hvert fylke.

Jeg vil særlig fremheve at utvalget legger helt avgjørende vekt på personalets rolle. Innsatsen fra et engasjert personale er den viktigste forutsetning for et vellykket rasjonaliseringsarbeide. Det understrekes at personalet vil stimuleres av godt lederskap og god informasjon og organisert opplæring og undervisning. For å få til dette blir det fremhevet at de ansatte må få del i gevinstene ved rasjonaliseringen - bl.a. i form av bedre muligheter for egenutvikling, bedre arbeidsmiljø og etterutdanning.

Det kreves en fleksibel organisasjonsform for å få til rasjonalisering - det må gis rom for reell mulighet for omorganisering og forandring. Rasjonaliseringen må skje

i størst mulig nærhet til de steder der ressursene brukes. Det er derfor nødvendig at de enkelte sykehus og avdelinger engasjerer seg.

Vi står overfor krevende og infløkte oppgaver på helsesektore Regjeringen er kommet til at dette kaller på overordnet plan for vår helsetjeneste -en nasjonal helseplan. Denne må ta hensyn til faglige, økonomiske og politiske realiteter. Den må systematisk ta i bruk den kunnskap vi etter hvert får. Vi må ta i bruk all den erfaring som finnes rundt om i landet. Vi må ta i bruk all den innsikt og alle de ideer dere sitter med som arbeider i helsetjenesten. Vi trenger en slik plan for å kunne styre utviklingen. Planen skal inneholde konkrete

aksjonsplaner for innhold og ressursbruk i de ulike deler av helsetjenesten.

Dere står framfor krevende oppgaver. Men det er interessant og utfordrende oppgaver som kaller på initiativ, medarbeiderskap og fornyelse hos alle grupper, på alle nivåer. Det er Regjeringens og Stortingets oppgave å legge de overordnede planer og ta vare på de store linjene. Men det er et ansvar for alle som har sitt arbeid i helsesektoren å medvirke både i utformingen og gjennomføringen av planene.

Jeg tror dere alle forstår at det vil kreves en fast ledelse og styring i den vanskelige omstillingsprosessen

vi nå går inn i. Jeg ber dere tenke over hva dette betyr den 14. september. Dere har valget mellom på den ene siden en regjering som har lagt fram forpliktende programmer for hvordan den vil styre, og på den andre siden tre partier som bare har lovet en ting: At de skal sette seg ned etter valget for å diskutere hvilket grunnlag de skal styre på. Til nå har de bare lagt fram ønske lister.

Jeg har snakket mye om vanskelige valg i helsesektoren. Det valget vi alle har den 14. september skulle ikke være så vanskelig.