

# Kapasitetsproblemer i helse- tjenesten – en kronisk tilstand

*Michael 2015; 12: 284–95.*

*Norsk helsetjeneste har de siste 50 årene gjennomgått en fantastisk utvikling. Kvaliteten på tjenestene er god og arbeidsmoralen er høy. De aller fleste får god behandling. Likevel er det et ubehagelig faktum at tilgangen til helsetjenestene har vært, og fortsatt er, problematisk for mange. Landet bør ha økonomisk evne til å ta et krafttak for å rette opp mange års etterslep. God prioritering og sterkere økonomisk satsing er nødvendig både for investeringer og styrket framtidig daglig drift.*

## **Erfaringer etter arbeid i offentlig helsetjeneste 1960–2012**

Under hele min yrkeskarriere i det offentlige helsevesen (1960–2012) som distriktslege, som fylkeslege og med tjeneste i Statens helsetilsyn og i Helse- direktoratet, har det vært en del av min hverdag å forholde meg til problemer knyttet til kapasitetssvikt på flere områder. Før lov om tilsyn med helse- og omsorgstjenesten (tilsynsloven) (1) ble iverksatt i 1984, mottok fylkeslegene å klager. De fleste var rettet mot feil begått av helsepersonell, et fåtall gjaldt kapasitetssvikt. Etter hvert har klager på manglende behandling og lang ventetid økt i omfang, ofte fulgt av dramatisk omtale i media. Folks toleranse er nok blitt atskillig lavere.

Mine erfaringer med kapasitetssvikt har jeg delt inn i følgende punkter:

1. Legemangel i primærhelsetjenesten. Omfattet distriktsleger fram til 1985, senere kommuneleger og avtaleleger/fastleger i utkant-Norge.
2. Manglende kapasitet og kompetanse i kommunenes helse- og omsorgstjeneste. Gjelder både sykehjem og hjemmebasert omsorg.
3. Utilstrekkelig behandlingsskapasitet i somatiske sykehus med lange ventelister.
  - For svak økonomi. Mangler tidsmessig utstyr og enhetlig IKT- system.

- For få spesialister, særlig ved mindre sykehus.
  - Mangel på sykepleiere, særlig operasjons- og anestesisykepleiere.
  - Utilstrekkelig kapasitet (flaskehals) for spesialundersøkelser. Eks. røntgen, CT og MR.
4. Psykiatri: Nedbygging av institusjoner, plassmangel og for tidlig utskrivning. Manglende tilbud og kompetanse i kommunene. Lange polikliniske ventelister.
  5. Folkehelsearbeidet har vært og er fortsatt utilstrekkelig prioritert på kommunenivå.
  6. Sentral helseforvaltning har gjennomgått tre store omorganiseringer.

### 1. Legemangel i primærhelsetjenesten. Distriktslegene

Distriktslegene hadde sin forankring i Sunnhetsloven (2) som trådte i kraft i 1860. Lovens formål var å bekjempe smittsomme sykdommer, og den påla kommunene en rekke plikter. Arbeidet ble organisert gjennom Helserådet som hadde en statlig tilsatt lege (distriktslege, stadslege eller stadsfysikus) som formann og ansvarlig for gjennomføringen av det forebyggende arbeidet. Distriktslegene hadde også plikt til å yte befolkningen i kommunen legehjelp. For de fleste ble dette den mest omfattende oppgaven. I byene og store kommuner var den statlige legen heltidsansatt som helserådets leder. Her var det privatpraktiserende leger som sørget for befolkningens legetjenester. Ordningen med distriktslege og helseråd ble avvirket da lov om kommunehelsetjenesten (3) ble iverksatt i 1984. Kommunene fikk da ansvaret for å organisere helsetjenesten på kommuneplan. Befolkningens behov for legehjelp ble for de fleste ivaretatt av leger som hadde driftsavtaler med kommunen. I 2001 ble dagens ordning med fastleger iverksatt.

Min første faste stilling i norsk helsetjeneste som distriktslege i Storfjord i Troms (1960–64) ga meg mange gode opplevelser og en følelse av å gjøre en nyttig jobb. På den tiden var de fleste distriktslegestillingene besatt og arbeidsbelastningen overkommelig. Det var imidlertid et faktum at norsk helsetjeneste var mangelfullt utviklet på flere områder. Jeg stod ofte overfor pasienter hvor jeg følte meg utilstrekkelig fordi jeg visste at det eksisterte gode metoder for behandling eller god omsorg, men slike tilbud var ikke tilgjengelige. Dette gjaldt særlig for eldre mennesker.

#### *Dårlig rekruttering*

Da jeg som nyutdannet lege i 1960 fikk stilling som distriktslege, sa mange at jeg var heldig. Dette falt imidlertid sammen med innledningen til en periode preget av problemer. I årene 1962–64 ble mangelen på distriktsleger i Nord-Norge gjenstand for stor oppmerksomhet i media. Rekrutteringen

av nye privatpraktiserende leger var også dårlig ellers i landet. En vesentlig årsak var opprettelse av mange nye legestillinger ved sykehusene hvor lønnen og arbeidsforholdene var bedret, og det ble attraktivt å bli spesialist.

Stortinget vedtok i 1963 å innføre stimuleringsiltak for distriktsleger i Nord-Norge. Tiltakene hadde liten effekt. Legemangelen ble forverret og var verst i 1967–69. Av 29 distriktslegestillinger i Troms fylke var som regel 10–12 ledige. Fra 1964 til 1967 var jeg distriktslege i Tromsø. Distriktet hadde ca 18 000 innbyggere. Vi var to distriktsleger og en turnuskandidat. Belastningen på distriktslegene var stor. I lange perioder hadde vi også ansvar for Karlsøy kommune. I 1967 kom jeg til at det ut fra hensyn til egen helse og familien ikke var riktig å fortsette som distriktslege. Jeg begynte da som ass. fylkeslege i Buskerud.

I tiden 1970–76 var det en «grønn bølge» og stor interesse for utkant-Norge. Stortingsmeldingen «Om helsetjenesten utenfor sykehus» (4) ble retningsgivende for primærhelsetjenesten de følgende årene. Da jeg tiltrådte stillingen som fylkeslege i Troms i 1974, var alle distriktslegestillingene besatt. En medvirkende årsak til den gode dekningen var nok at det ikke lenger var så lett å få legestillinger i sykehus (5). Antallet distriktslegestillinger i Troms hadde økt fra 29 til 35, og mange hadde fått turnuskandidat. Gleden var imidlertid kortvarig. I løpet av et halvt år i 1977 sluttet 17 av 40 distriktsleger i Troms. I Finnmark var det enda verre. Nordland og en rekke kommuner på Vestlandet fikk også merke problemene.

Sosialdepartementet fant det nødvendig å gripe inn for å bedre situasjonen. Etter en hard strid ble lov om regulering av legetjenester (reguleringsloven) vedtatt i 1979 (6). Omtrent samtidig ble det økonomiske innstramminger i sykehusene. Departementet satsing sterkt på å styrke distriktslegetjenesten. Fra 1979 bedret situasjonen seg igjen. Det ble innført en fastlønnssordning for distriktsleger i utkant-kommuner. Staten tok økonomisk ansvar for driften og kommunene organiserte tjenesten. Antall distriktslegestillinger ble doblet i perioden 1979-83. Tidsmessige helse- og sosialsentra ble tatt i bruk og ga muligheter til et rikt tverrfaglig samarbeid. Det var attraktivt å søke seg nordover. I denne perioden hadde Nord-Norge landets beste allmennlegetjeneste med en lege per ca. 1 200 innbyggere. Innføringen av fastlønnssordningen regner jeg som den mest interessante og vellykkete oppgaven jeg har vært med på å gjennomføre (7).

### *Kommunehelsetjenesteloven og allmennlegene*

Ordnningen med fastlønte distriktsleger fungerte godt fram til kommunehelsetjenesteloven kom i 1984. Den nye loven la til rette for at kommunene satset på driftsavtaler med legene. Legene med driftsavtale drev sin praksis

i privat regi og hadde en inntekt som var atskillig høyere enn leger på fast lønn. De fleste fastlønte legene søkte seg over til driftsavtaler i mer sentrale områder. Dette førte til at det bare ble et fåtall fastlønte leger igjen. På nytt ble det legemangel i utkantkommunene.

### *Fastlegeordningen*

Denne ordningen som trådte i kraft i 2001, har både sterke og svake sider. Den store fordel er at alle vet hvilken lege de skal bruke. Tidligere var det ofte vanskelig å komme til hos en primærlege dersom det ikke allerede var etablert kontakt. Utilstrekkelig rekruttering av fastleger er en svakhet ved ordningen. På nytt er det utkantkommunene som rammes. Det er mange vikarer med forskjellig nasjonalitet. Fastleger er også løst knyttet til kommunens øvrige helsetjeneste. Pasientbehandling oppfattes som hovedoppgaven, og der ligger også økonomien. Dette skaper vansker for folkehelsearbeidet, for samarbeid med andre profesjoner og for rekruttering av leger til sykehjemmene.

## **2. Kommunenes helse- og omsorgstjeneste**

Før kommunehelsetjenesteloven ble iverksatt i 1984, var kommunenes ansvar for helsetjenester i praksis begrenset til de oppgavene kommunene var pålagt i Sunnhetsloven. Distriktslegen og fylkeskommunalt ansatte helse-søstre utførte folkehelsearbeidet. Kommunale sykehjem var fra 1970 hjemlet i sykehusloven (8) og ble drevet av fylkeskommunen. Fra 1988 hadde kommunene ansvaret for alle lokale helsetjenestene.

### *Sykehjem og hjemmebasert omsorg*

Sviktende omsorg for syke eldre var et landsomfattende problem på 1960-tallet. En del kommuner hadde «gamlehjem» beregnet for oppegående personer. I byer og noen store kommuner var det pleiehjem for alvorlig syke. Behovet var langt fra dekket og mange ble overlatt til seg selv og pårørende.

Etter hvert ble det erkjent at en omfattende utbygging av sykehjem var det viktigste tiltaket innen omsorgen for eldre. Dette kom tydelig fram i en serie publikasjoner fra Norsk Gerontologisk Selskap, Nasjonalforeningens seksjon for gerontologi, rundt 1960 (9). Utbyggingen av sykehjem kom for alvor i gang fra 1970 da sykehusloven trådte i kraft og plasserte ansvar og sikret finansiering. Fylkeskommunene fikk ansvar både for sykehus og sykehjem. Dette var en god ordning fordi det ble satset på utbygging av sykehjem som skulle avlaste sykehusene for pleiepasienter. Målet var full sykehjemsdekning innen 1981.

I 1988 ble ansvaret for drift av sykehjemmene overført til kommunene. Begrunnelsen var at kommunene skulle ha et helhetsansvar for helse- og

sosialtjenesten. Kommunene bygget på ideologien om at det beste for eldre og syke er å bo lengst mulig i sine egne hjem. Det ble satset sterkt på hjemmebasert omsorg. I utgangspunktet er dette et godt prinsipp. I 1988 kom det en ny forskrift for sykehjem og boformer som slo fast at sengerommene som hovedregel skal være enerom (10). I praksis førte dette i stor utstrekning til at to-sengsrom ble enerom, samtidig som utbyggingen av nye sykehjem stagnerne.

Kommunenes totalansvar for helsetjenesten ble for stor økonomisk belastning for mange kommuner som manglet tilstrekkelig kapasitet og kompetanse. Som fylkeslege i Vestfold 1986-97 hadde jeg ansvar for tilsyn med helsetjenesten og registrerte at manglende plass på sykehjem førte til at en del mennesker levde hjemme under vanskelige forhold. Samtidig ble pasientene på sykehjemmene mer omsorgskrevende i en periode hvor kommunene iverksatte økonomiske innstramningstiltak. Svekket bemanning ble en av følgene. Det gikk ut over kvaliteten på omsorgen, noe vi fortsatt sliter med.

### 3. Somatiske sykehus

Før sykehusloven trådte i kraft i 1970 var ansvaret for sykehusdriften uklart. Staten drev Rikshospitalet og noen spesialsykehus. Vanlige sykehus ble ofte drevet av byer, store kommuner, ved samarbeid mellom kommuner og fylkeskommune eller av frivillige organisasjoner. Finansieringen ble ordnet gjennom kurlpenger fra Rikstrygdeverket. Sykehusloven plasserte ansvaret for utbygging og drift av sykehus på fylkeskommunene. I 2002 overtok Staten driften av sykehusene.

I 1960 var antall sykehussenger høyt, ca 5 per 1000 innbyggere, mer enn det dobbelte av dagens situasjon. Liggetiden var lang. Det var vanskelig å få skrevet ut pleietrengende pasienter som ikke trengte fortsatt sykehusbehandling. Særlig indremedisinske avdelinger slet med overbelegg. Bare et fåtall kommuner hadde pleiehjem. Det store antallet pleiepasienter gjorde at medisinsk avdeling ved sykehuset i Tromsø som jeg brukte, vegret seg mot å ta inn personer over 70 år. Unntaket var «øyeblikkelig hjelp». Dette begrepet ble nok av og til strukket ganske langt. Som primærleger ble vi nødt til å ta oss av mange alvorlig syke pasienter som kunne fått et bedre liv dersom tilfredsstillende medisinsk utredning og behandling hadde vært tilgjengelig. Sykehusloven førte til en opprustning av sykehusene og bygging av sykehjem. Sykehusenes problemer med pleiepasienter bedret seg etter hvert som flere kommuner fikk sykehjem.

Fram til 1975 var det lite snakk om sykehusenes økonomi. Sykehusene fikk godkjent sine beregnede kurlpenger, og Rikstrygdeverket sørget for at

regningene ble betalt. Da jeg tiltrådte som fylkeslege i Troms i 1974, var det ikke sykehusenes framtidige økonomi som opptok politikerne, men bekymringen for framtidig mangel på arbeidskraft. Det gikk imidlertid bare noen få år før økonomien ble den store bekymringen. Nye sykehus ble bygget og andre ble modernisert. Større aktivitet og effektivitet med nye og ressurskrevende behandlinger, kortere arbeidstid og høyere lønninger førte til betydelig økte driftskostnader. Kapasitetsproblemene økte og ventelistene ble lengre. Kurpengesystemet ble erstattet med rammefinansiering i 1980, som igjen ble erstattet med Innsatsstyrt finansiering (ISF, DRG-systemet) i 1997, og som fortsatt brukes (11). Det er ingen sikre holdepunkter for at ISF totalt sett har bedret sykehusenes kapasitet eller vanskelige økonomi.

Høsten 2001 var jeg tilbake i Vestfold som kst. fylkeslege i ca 1/2 år. Jeg opplevde at sykehussituasjonen i fylket var blitt mer anstrengt med manglende sengekapasitet og bruk av korridorplasser. Som avslutning på mitt engasjement fant jeg det nødvendig å uttrykke min bekymring i to brev til Helseilsynet, et om somatiske sykehus og et om psykiatrien (12).

#### *Staten overtar sykehusene*

Med unntak av noen få statlige sykehus hadde fylkeskommunene ansvaret for sykehusdriften etter at sykehusloven trådte i kraft i 1970. Den første tiden var dette et stort framskritt. Sykehusdriften ble imidlertid stadig mer komplisert, og det bygget seg opp et etterslep som følge av utilstrekkelig finansiering. Fylkeskommunene ble for små enheter for effektiv sykehusdrift. Samarbeidet mellom Staten og fylkeskommunene ble anstrengt. Staten og fylkeskommunene la skylden på hverandre når det oppstod problemer. Jeg var vitne til mange og harde diskusjoner mellom sykehusenes og fylkeskommunens ledere, og mellom fylkeskommunen og Staten.

Den statlige overtakelse av sykehusene i 2002 har ikke svart til forventningene. Etter mitt skjønn har ikke Staten tatt de økonomiske konsekvensene av at sykehusene slet med store etterslep i økonomien. Det ble satt i gang store prosesser som sammenslåing av Oslo-sykehusene, uten at det var økonomisk grunnlag for dette. Staten som sykehuseier handlet ut fra at prosessen skulle gi innsparinger, og budsjetterte med dette allerede fra starten. Det viste seg at beregningene ikke holdt.

#### **4. Psykiatri**

Lov om psykisk helsevern av 28. april 1961 satte fart i utbyggingen av psykiatriske institusjoner. Åsgård sykehus var psykiatrisk sykehus for Troms og Finnmark. Fram til slutten av 1970-tallet var kapasiteten god og bemanningssituasjonen tilfredsstillende. I 1979 gikk psykiatrien i Troms og Finn-

mark inn i en vanskelig periode. Det var nesten umulig å få besatt ledige stillinger for overordnede leger, spesialsykepleiere og andre sykepleiere. Samtidig gikk Åsgård sykehus inn i en periode med store forandringer. I tråd med tendenser innen psykiatrien om å satse på hjemmebasert omsorg, ble sengekapasiteten sterkt redusert. På landsbasis ble plasser ved psykiatriske sykehus redusert fra ca 8000 i 1965 til ca. 2000 i 1991. Åsgård sykehus hadde i mange år hatt et utstrakt utadrettet samarbeid med kommunene i Troms og Finnmark. Mangelen på legespesialister og spesialsykepleiere fikk store konsekvenser for sykehuset og for samarbeidet. I et brev til departementet like før jeg forlot Troms fylke høsten 1986, uttalte jeg:

*«Krisen i psykiatrien har vært et av de mest alvorlige problemene i fylkets helsetjeneste de siste fem årene. Det er nå håp om at situasjonen vil bedres etter at det er inngått avtaler med sør-norske fylker om samarbeid når det gjelder psykiatere og spesialsykepleiere».*

Ettertiden har vist at dette ikke var noe lokalt og forbigående fenomen, men innledningen til landsomfattende og langvarige problemer som vi sliter med fortsatt. Under min tjeneste i Troms fikk jeg flere ganger erfare at tilstanden i Nord-Norge var fintfølede indikatorer på tendenser i norsk helsetjeneste. Departementet har de siste 20 årene lansert flere handlingsplaner for psykiatri, men resultatene har latt vente på seg.

## 5. Helsefremmende og forebyggende arbeid. Folkehelse

På 1960-tallet var det ganske stor aktivitet i det forebyggende arbeidet både i offentlig regi og blant frivillige. Sunnhetsloven påla kommunene plikt til å drive sykdomsforebyggende arbeid. Arbeidet ble organisert gjennom Helserådet og statlig tilsatt lege (distriktslege, stadslege eller stadsfysikus) som var helserådets formann. Helserådet hadde som regel høy prestisje. At folkehelsearbeidet i de fleste kommunene fungerte bra, skyldtes ikke minst helsesøstrenes innsats.

Helsedirektør Karl Evang satte et sterkt preg på helseforvaltningen på denne tiden. For ham var forebygging viktig. Han la stor vekt på at distriktslegen og helsesøster sammen skulle utgjøre et folkehelsesteam. Det var naturlig at det forebyggende arbeidet konsentrerte seg om å bekjempe smittsomme sykdommer, særlig tuberkulose, men også miljøet. Helserådene hadde sterkt fokus på hygiene, knyttet opp mot rent drikkevann, avløp og næringsmidler.

På 1950- og 1960-tallet var vi inne i slutfasen av kampen mot tuberkulosen. Endret sykdomsbilde knyttet til livsstil og miljø skapte nye utfordringer for folkehelsearbeidet. Statens institutt for folkehelse (Folkehelsa) bygget opp kompetanse på de nye satsingsområdene. Den nye strategien førte til etablering av organer som Statens ernæringsråd, Tobakkskaderådet

og Sentralrådet mot narkotika. Det var også en betydelig frivillig innsats for bedre folkehelse. En eller flere av de tre store frivillige organisasjonene Nasjonalforeningen for folkehelse (tidl. mot tuberkulosen), Norske Kvinners Sanitetsforening og Røde Kors hadde foreninger i de fleste kommunene.

Kommunehelsetjenesteloven førte til store forandringer for den lokale helsetjenesten. Etter at sykehjemmene ble kommunale, fikk kommunene et helhetlig ansvar for folkehelsearbeid, kurative tjenester, sykehjem og hjemmebasert omsorg. Sunnhetsloven ble opphevet, distriktslegen forsvant som statlig offentlig lege. Helsesøstrene som tidligere ble ansatt og lønnet av fylkeskommunen, ble kommunalt ansatte. Kommunens økonomi ble anstrengt. Det er mye som tyder på at folkehelsearbeidet er blitt taperen i kampen om ressursene i mange kommuner.

Helsedirektoratet har vist stor aktivitet for å fremme folkehelsearbeidet. Departementet fulgte opp med Folkehelsemeldingen 2013 (13) og kom med ny melding i 2015. En rekke kommuner har kommet godt i gang og har fått betegnelsen «folkehelsekommuner». Bevegelsen «Sunne kommuner» har også en rekke medlemmer. Folkehelseloven legger opp til samarbeid på fylkesnivå og mellom kommunene, koordinert av fylkeskommunen.

## 6. Sentral helseforvaltning

Det overordnede ansvaret for helsetjenestens kapasitet og kvalitet ligger hos Regjeringen og den sentrale helseforvaltningen ved departement og Helsedirektorat. Utover i 1970-årene kom det klart fram at den sentrale helseforvaltningen ikke var tidsmessig organisert. Den var heller ikke handlekraftig nok. Det var behov for forandring. Fra 1983 til 2002 ble det gjennomført tre omfattende omorganiseringer med ca. 10 års mellomrom.

### *Helsedirektoratet skilt ut fra departementet i 1983*

Fram til 1983 var Helsedirektoratet både et direktorat og en avdeling i Sosialdepartementet. I 1983 ble Helsedirektoratet skilt ut fra departementet som et eget fagdirektorat. Samtidig ble det etablert en egen helseavdeling i departementet. Dette ble ikke noen lykkelig løsning. Det oppsto kompetansestrid og samarbeidsproblemer mellom departementet og direktoratet.

### *Omorganisering av sentral helseforvaltning. Norbomutvalget 1991*

En ny omorganiseringsprosess startet i 1990. Departementsråd Jon Ola Norbom spilte en sentral rolle. Departementet la høsten 1991 (14) fram innstilling til Stortinget som 1. juni 1992 fattet vedtak om omorganiseringen. Stortingets vedtak avvek fra departementets innstilling. I den nye helseforvaltningen ble det ble lagt stor vekt på å styrke tilsynsfunksjonen.



Helsedirektoratet skiftet navn til Statens helsetilsyn som fra 1. januar 1994 skulle ivareta både tilsynsfunksjonen og forvaltningsoppgaver.

### *Ny omorganisering 2001-02*

Ved den nye omorganiseringen i 2002 ble mange små sentrale institusjoner samlet i en enhet, *Helsedirektoratet*. Det nye Helsedirektoratet ble en stor organisasjon med over 500 ansatte og mange særinteresser som skulle samordnes. Som ansatt i Helsedirektoratet 2002–12 opplevde jeg organisasjonen som en god arbeidsplass med godt samarbeid både internt og med eksterne miljøer. Daværende helsedirektør Bjørn-Inge Larsen fortjener stor ros for sin gode ledelse av direktoratet og evne til å samarbeide.

### **Diskusjon**

Kapasitetssvikt er nært knyttet til ressursknapphet. Det dreier seg om utilstrekkelig økonomi, mangelfullt utbygde tjenester og mangel på kvalifisert helsepersonell. Behovet for helsetjenester kan virke bunnløst, og tilgangen på penger vil alltid være en begrensende faktor. Prioritering og effektivisering er derfor nødvendig.

Fordeling av penger er et av myndighetenes viktigste styringsverktøy. I lang tid har det vært et argument at Norge, nest etter USA, bruker mest penger på helsetjenester. Nyere dokumentasjon viser at dette ikke er riktig. *Helseregnskapet fra Statistisk sentralbyrå 2013* (15) viser at helseutgiftene for Norge var 9,3 % av BNP, det samme som gjennomsnittet for OECD-landene. USA brukte 18 %, Nederland 12 %. Frankrike, Tyskland, Danmark og Sverige bruker også en større andel enn Norge. Norge bruker, sammen med Nederland og Danmark, en relativt sett stor andel av helsebudsjettet (27,5 %) på pleie og omsorg. Dette henger sammen med at i disse landene har det offentlige det formelle ansvaret for eldre og hjelpetrequende. Med våre høye lønninger og kostnader ville det være rimelig at Norge bruker en høyere del enn gjennomsnittet. Det er et paradoks at det finnes andre europeiske land som kan tilby nordmenn både behandling og utdanning av helsepersonell. En høy prosent av våre leger har de siste 50 årene fått sin utdanning i utlandet.

Sykehusenes anstrengte økonomi ble synliggjort på slutten av 1970-tallet. Sentrale helsemyndigheter, med regjeringer av flere farger, har gjennom årene gjort tapre forsøk og utvist stor fantasi for å håndtere problemene. Det er produsert tallrike stortingsmeldinger, utredninger, endring av lover og forskrifter, omfordeling av ressurser og overføring av ansvar mellom forvaltningsnivåene. Eksempler på gjennomførte tiltak er innføring av ventelistergaranti, fritt sykehusvalg og lov om pasientrettigheter.

Krav om økt effektivitet, økt produksjon, økonomisk innstramming og overgang til rammefinansiering skulle bli redningen. Effektivisering har vært nødvendig og har økt produksjonen. Økonomiske innstramminger har bidratt til reduserte utgifter, men bremset utviklingen. Rammefinansieringen synliggjorte problemene. Reduksjon av ansatte og stengte sykehusposter har redusert kostnader, men også redusert kapasitet og ført til økt ventetid.

I etterpåklokskap er det nærliggende å konkludere med at det er brukt for lite penger på utbygging av helsetjenesten. Å redusere utgiftene har fått høyere prioritet enn å øke kapasiteten. Flere års underskudd har resultert i forsømt vedlikehold, mangelfull anskaffelse av tidsmessig utstyr, redusert sengetallet og lengre ventelister. Dette har skjedd i en periode hvor behovet for å styrke sykehusenes produksjon tvinger seg fram som en følge av nye avanserte behandlings- og undersøkelsesmetoder.

Det har vært fokusert sterkt på lederskap. Mange hevet at sykehusene måtte lære av næringslivet hvordan en organisasjon drives økonomisk og effektivt. Helsetjenesten hadde tradisjonelt blitt ledet av leger og jurister. Økonomene gjorde sitt inntog på siste halvdel av 1970-tallet. (16) Det ble bygget opp nye administrasjoner med «profesjonelle ledere». Omfattende systemer for økonomistyring og rapportering er innført. Rammefinansieringen ble erstattet med Innsatsstyrt finansiering (ISF). Det lyktes i noen grad å øke produktiviteten, men sykehusenes problemer med å holde budsjettet vedvarte. Mange hevder at sykehusene nå har en altfor omfattende administrasjon og et kostbart byråkrati.

En mye brukt metode av myndighetene har vært å «vise handlekraft» ved å overføre problemer fra ett nivå til et annet, for eksempel fra stat til kommune. Samhandlingsreformen som hadde ambisiøse målsettinger, ser ut til å kunne bli et nytt eksempel på slik feilvurdering. Reformen kan være gunstig for sykehusene. For at det skal lykkes, må helsetjenesten i kommunene settes økonomisk i stand både til investeringer og framtidig drift. Den helsefaglige kompetansen må også styrkes. Øremerking av midler til kommunene bør vurderes.

Medisinske framskritt utvikles i gode fagmiljøer. Helsetjenesten er et system i hurtig endring. Ledende fagpersoner er ofte utålmodige. De ønsker å bidra til framgang i helsetjenesten og å ta i bruk nye behandlings- og undersøkelsesmetoder. Vi har erfaringer for at sentrale myndigheter kan ha en mer statisk tilnærming til utviklingen og er avventende. Det finnes eksempler på at Norge har vært sent ute med å ta i bruk nye legemidler og behandlingsmetoder. Dette er vanskelige avveielser, og det er lett å være etterpåklok. Fra sykehusleger blir det ofte hevdet at de opplever det proble-

matisk at de strenge kravene til økonomistyring skjer på bekostning av god behandling.

Mangelfull utvikling av datasystemer i sykehusene er i dag kanskje den største hindringen for en effektiv og faglig trygg sykehusdrift. I stedet for å satse på en samlet utvikling, ble det ved statlig overtakelse av sykehusene i 2002 satset på flere systemer, blant annet fordi det ble antatt at konkurranse ville fremme utviklingen. Etablering av et enhetlig IKT-system er kanskje den oppgaven dagens helsepolitikere bør gi høyest prioritet.

Tilgangen på allmennleger har med unntak av noen korte perioder vært et vedvarende problem. Fastlegeordningen har stabilisert allmennlegetjenesten i sentrale områder, mens det fortsatt er rekrutteringsproblemer i utkant-Norge. Ut fra min erfaring fra Nord-Norge er det mye som taler for at ordningen med fastlønte leger er å foretrekke fram for fastleger med driftsavtaler. Blant yngre leger, og særlig blant kvinner, synes det for tiden å være en økende interesse for fastlønte stillinger. Mange ønsker ikke å binde seg til å organisere egen praksis og ønsker å arbeide i et bredere faglig miljø. Dersom ordningen med fast lønn skal kunne konkurrere om fastlegene, må lønnsforskjellen mellom de to gruppene utjevnes.

Til tross for stort engasjement er det mye som tyder på at folkehelsearbeidet er blitt taperen i kampen om ressursene. Kommunene er sterkt presset på å skaffe sykehjemsplasser og å yte hjemmebasert omsorg. Dette kan føre til nedprioritering av folkehelsearbeidet. Selv om Samhandlingsreformen har forebygging med i sitt program, kan reformen ha bidratt til å forsterke nedprioriteringen. Fylkeslegenes tilsyn har påvist at alt for mange kommuner mangler både faglig kompetanse og økonomi til å bygge opp et fullverdig folkehelsearbeid. Kommunene har også behov for tilgang til ekspertise som har spesialkompetanse på veiledning i praktisk folkehelsearbeid.

Vi står overfor utfordringer med å ta igjen et etterslep, samtidig som det må sørges for nødvendige investeringer for at helsetjenesten kan holde tritt med den hurtige utviklingen i medisinen og et økende antall eldre. I dag er mulighetene gode til å gi riktig og ofte livreddende behandling. Konsekvensene av manglende tilbud og lang ventetid kan gi alvorlige resultater. Kreftsykdommene er et eksempel på dette.

## Konklusjon

Norge har utviklet en helsetjeneste som holder et høyt faglig nivå, men det er fortsatt betydelige kapasitetsproblemer. Landet bør ha økonomisk evne til å ta et krafttak for å rette opp mange års etterslep. God prioritering og sterkere økonomisk satsing er nødvendig både for investeringer og styrket framtidig daglig drift. En ny nasjonal helseplan må være langsiktig og for-

pliktende på at det stilles nødvendige ressurser til disposisjon for opprustning av folkehelsearbeidet, kommunale helse- og omsorgstjenester og sykehusene.

## Litteratur

1. *Lov om tilsyn med helse- og omsorgstjenesten* av 30 mars 1984. Helse- og omsorgsdepartementet. 1984.
2. *Lov om Sundhedscommissioner og om Foranstaltninger mod epidemiske, endemiske og smittsomme Sygdomme* av 16. mai 1860 (Sunnhetsloven).
3. *Lov om helsetjenesten i kommunene* av 19. november 1982. Iverksatt 1984. Endret 24. juni 2011 til *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. Helse- og omsorgsdepartementet. 2011
4. Stortingsmelding 85 (1970 -71). *Om helsetjenesten utenfor sykehus*. 1971.
5. Schiøtz A. *Folkets helse – landets styrke 1850–2003*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
6. *Midlertidig lov om regulering av legetjenester* 1979. Opphevet 1984.
7. Haugsbø A. Legemangelen i Nord-Norge gjennom tre tiår. *Tidsskr Nor Legeforen* 1988; 108:1809-10.
8. *Lov om sykehus med mer* av 19. juni 1969. Helse- og omsorgsdepartementet. 1970
9. *Norske gerontologiske skrifter*. Norsk Gerontologisk Selskap. Publikasjon nr. 3-1957: *De eldres problemer*. Publikasjon nr 9- 1963: *De eldres sosiale problemer*.
10. *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie*. Helse- og omsorgsdepartementet. 1988
11. St.meld. nr 44 (1995–1996). 31. mai 1996. *Ventetidsgarantien – kriterier og finansiering*. Kapittel 7.4. Innsatsstyrt finansiering av somatiske sykehus. 1996
12. Fylkeslegen i Vestfold. Ref. 99/779. 2002. *Rapport om overbelegg og korridorpasienter i somatiske sykehus*. Ref. 2000/1814. 2002. Kapasitetsproblemer i psykiatrien.
13. *Folkehelsemeldingen* St. Meld.34 (2012–2013) Helse og omsorgdepartementet, 2013.
14. Innst. O. nr. 88 (1991-92). *Stortingets premisser for omorganisering av den statlige helseforvaltningen*. 1992.
15. Statistisk sentralbyrå. *Helseregnskap 2013* Publisert 13. mars 2014
16. Berg O. 1809–1983 *Den gamle helseforvaltning. Spesialisering og profesjonalisering Helsetilsynet*. Rapport fra Helsetilsynet. 2009.

Asbjørn Haugsbø  
pensjonert fylkeslege  
aoddhaug@online.no