

23

Det 21. århundrets velferdssamfunn

Espen Dahl



HELSE

Hvor går
helsevesenet?

Hvor går helsevesenet?

Om likhet og effektivitet i norsk helsetjeneste

Espen Dahl

Fafo

© **Forskningsstiftelsen Fafo 1999**

ISBN 82-7422-269-5

Omslagsillustrasjon: Jon S. Lahlum

Omslagsdesign: Kåre Haugerud

Trykk: Centraltrykkeriet AS

Innhold

| | |
|--|----|
| Forord | 5 |
| Sammendrag | 7 |
| 1 Innledning | 7 |
| 2 Et samfunnsmedisinsk bakteppe | 8 |
| 3 Likhet: Mål og målkonflikter | 12 |
| 4 Prioritering: Fra behov til nytte | 14 |
| 5 Kunnskapsbasert medisin: Fra tro til vitenskap? | 18 |
| 6 Nye styringsgrep: Fra normer til incentiver | 22 |
| 7 Privatisering | 26 |
| 8 Noen avsluttende refleksjoner | 33 |
| Litteratur | 36 |
| Publikasjoner fra Det 21. århundrets velferdssamfunn | 40 |

Forord

Denne rapporten er et av sluttproduktene i prosjektet Det 21 århundrets velferds-samfunn. Prosjektet er finansiert av Landsorganisasjonen i Norge og Det norske Arbeiderparti i forbindelse med LOs hundreårsjubileum i 1999. Det er stor tematisk og faglig bredde i prosjektet, det spenner over temaer innenfor økonomi og arbeidsliv, hverdagslivet og det sivile samfunn, velferdsstatens tjenester, trygd og fordeling. I en rekke publikasjoner diskuteres hvordan det norske samfunn har utviklet seg de siste tiårene, og hvilke utfordringer og mulige veivalg vi står overfor på terskelen til et nytt årtusen.

Prosjektet inneholder bidrag fra forskere i Norge og fra utlandet. Det er stor variasjon i rapportenes omfang og dybde. Noen er basert på seminarinnlegg, mens andre resultatet av lengre utredningsarbeid. En fortegnelse over alle publikasjonene i prosjektet – til sammen 44 rapporter og hovedboka *Mellom frihet og felleskap* – finnes bakerst i rapporten.

Arbeidet på Fafo har vært organisert i en prosjektgruppe med Ove Langeland som prosjektleder. Prosjektgruppen har ellers bestått av Torkel Bjørnskau, Hilde Lorentzen, Axel West Pedersen, samt Jardar E. Flaa og senere Reid J. Stene. I arbeidet med prosjektet har vi mottatt nyttige og konstruktive kommentarer fra flere kollegaer på Fafo og fra andre miljøer. Jon S. Lahlum har på en profesjonell måte sørget for at rapportene kommer ut i en presentabel form. Prosjektgruppen takker oppdragsgiver som har gjort dette arbeidet mulig.

Oslo, april 1999

Ove Langeland

Espen Dahl er Forskningsleder ved Forskningsstiftelsen Fafo. Dahls forskning er særlig knyttet til felt som ulikhet, levekår, helse, sosialhjelp, forløpsanalyse og sosialpolitisk intervensjon. Han har publisert blant annet: Sosial ulikhet i helse: Artefakter eller seleksjon? Fafo 1994 og Ensom og ulykkelig? Levekår og livskvalitet blant eldre i Norge, Fafo 1996

Takk til kollega Siv Øverås for nyttige kommentarer til en tidligere versjon denne rapporten

Sammendrag

Denne rapporten tar for seg fem aktuelle problemområder i den somatiske helse-tjenesten i Norge: likhet, prioritering, kunnskapsbasert medisin, nye styrings-redskaper, og privatisering. Et utgangspunkt er hvordan disse problemene og løs-ningene på dem formes i spenningsfeltet mellom tilbud av og etterspørsel etter helsetjenester. Den røde tråden i framstillingen er forholdet mellom de likhets-, og rettferdighetsverdier som ligger til grunn for helsepolitikken, og om de fremmes eller undermineres av de endringer og reformer som har sett dagens lys i den sene-re tid. Som kjent kjennetegnes disse av målsettinger om å fremme effektivitet og produktivitet. En sentral tese er at likhetsverdiene er under press, men at det er usikkert i hvor sterk grad det øves vold på dem fordi det finnes sparsomt med fors-kning på området. Avslutningsvis ser vi litt framover og drøfter noen sider ved det såkalte gentestingssamfunnet. I et slikt samfunn vil medisinenes potensiale være større enn noen gang tidligere i historien, men høyst sannsynlig uten at behovet for og etterspørselen etter helsetjenester vil avta – snarere tvert imot. Antakelig vil vi heller ikke føle oss bedre. Sosial ulikhet i helse vil trolig forsterkes. Det er vanskelig å se noen enkel løsning på denne utviklingen av samfunnet generelt og medisinen spesielt.

1 Innledning

I dette arbeidet er vi opptatt av den somatiske helsetjenesten i Norge. Rapporten tar opp noen utvalgte spørsmål i helsepolitikken – spørsmål som er viktige i dag og som etter alt å dømme vil være det inn i neste århundre. Til grunn for utvalget av problemområder ligger en uhøytidelig enquete blant sju kjennere av norsk helsepolitikk og helsetjeneste. Disse har ulik erfaring, yrkestilknytning og utdan-ningsbakgrunn som spenner over forskning, forvaltning, undervisning og helse-tjeneste. Medisin, økonomi, sosiologi, statsvitenskap, og filosofi er representert. Enkelte temaer som prioritering, likhet-ulikhet, og kunnskapsbasert medisin har gått igjen. Utover disse få samlende kjerneområdene har problemdefinisjonene sprikt i flere retninger. De hovedproblemene som tas opp her er et minste felles multiplum av de reaksjoner vi fikk. I tillegg har vi brukt eget skjønn og fag og

utmyntet noen problemer som er interessante i samfunnsmedisinsk og samfunnsfaglig perspektiv og som hever seg litt over de hverdagslige konkrete problemer og løsningsforslag.

Flere aktuelle temaer faller derfor utenfor rammen av dette arbeidet. Viktige eksempler er knapphet på helsepersonell, utdannings-, og rekrutteringsproblemer, profesjonsspørsmål, pasientrettigheter, og ledelses-, organisasjons- og styringsproblemer i konkret forstand. Det siste innebærer at flere offentlige utredninger som antakelig vil få innflytelse på helsepolitikken i nær framtid ikke drøftes. Eksempler er utredninger om hvem som skal eie sykehusene, organisering av sykehusene, og om spesialisthelsetjenesten (NOU 1997:2, NOU 1996:5, NOU 1991:7). På den andre siden vil vi avgrense oss mot filosofiske spørsmål. I helsepolitikken står vi overfor en rekke spørsmål av filosofisk og etisk art: Hva er en rettferdig fordeling? Er det riktig å kloner mennesker? Slike overordnede etiske spørsmål vil antakelig i økende grad bli debattert i takt med voksende teknologiske og medisinske muligheter. I liten grad vil vi komme inn på slike spørsmål her. Diskusjonen begrenses også til somatiske helsetjenester, det vil si at psykiatri og pleie- og omsorgsspørsmål ikke berøres.

Vi skal drøfte fem problemområder i denne rapporten: likhet, prioritering, kunnskapsbasert medisin, nye styringsredskaper, og privatisering. Et gjennomgående tema er hvordan disse kan ses som svar på spenningen mellom tilbud av og etterspørsel etter helsetjenester, og hvordan de fire siste utviklingstrekkene influerer på verdier knyttet til likhet og rettferdighet i helsetjenesten. Framstillingsformen er drøftende og problematiserende heller enn problemløsende. Et viktig formål er å gi en innføring i en løpende diskusjon om vanskelige og kompliserte problemstillinger. Ambisjonen er på ingen måte å foreslå løsninger på sammensatte problemer. Mange problemer har da heller ingen entydig løsning. Før jeg går løs på de fem problemområdene, vil jeg skissere et analytisk perspektiv som vil danne rammen for den påfølgende diskusjonen.

2 Et samfunnsmedisinsk bakteppe

Den moderne medisins hovedproblem er det kroniske spenningsforholdet mellom befolkningens behov og moderne medisins muligheter. Helsemyndighetenes hodepine er det vedvarende motsetningsforholdet mellom ressursmobilisering på den ene side, og etterspørselen etter helsetjenester på den andre. Helsetjenester er,

eller framstår som, knappe goder, og denne knappheten er det av flere grunner vanskelig å bøte på. De siste 10–15 år har helsepolitikken fokusert på hvordan helsetjenesten skal finansieres, organiseres og styres. Den rivende medisinsk-teknologiske utviklingen står i motsetning til den økonomisk veksten, som har vansker med å holde tritt. Denne motsetningen kommer til uttrykk i det vedvarende gapet mellom det medisinsk mulige og det økonomisk forsvarlige; i spenningen mellom tilbud og etterspørsel.

På etterspørselssiden framheves endringer i behov, og da i første rekke eldrebølgen og endringer i sykdomspanoramaet. Vi står foran en kraftig vekst i tallet på mennesker over 80 år, og med den en økning i behovet for behandling, pleie og omsorg. Sykdomspanoramaet er og i ferd med å forskyve seg fra akutte sykdommer, for eksempel, infeksjonssykdommer, og skader mot kroniske og mer sammensatte psykosomatiske lidelser, såkalte samsykdommer. I tillegg til veksten i reelle behov blir det også hevdet at vi står overfor en forventningskrise: Publikum har urealistisk høye forventninger til hva moderne medisin er i stand til å oppnå. Stikkordet er kulturell endring i retning av tiltakende medikalisering (Illich 1975). Kjennetegn ved moderne kultur er dyrkingen av individuelle verdier, med vekt på individuelt ansvar, personlig kontroll, valgfrihet, subjektiv livskvalitet og utforming av egne livssjanser. Legesøkingstersklene blir lavere, folk klager oftere på mindre plager og symptomer, og i økende grad oppleves og defineres sosiale vansker og motgang som helsemessige problemer. Helse,- og sykdomsbegrepet ekspanderer stadig, og medisinen legger under seg stadig nye områder av liv og samfunn. Zola (1978) trekker særlig fram tre sosiale områder som den medisinske kultur er i ferd med å kolonisere. For det første hva i livet som gjøres relevant for medisinsk intervensjon, for eksempel dagligdagse problemer, forebyggende tiltak og personlige bekymringer. For det annet trenger medisinen inn på livets tradisjonelle tabuområder, som for eksempel aldring, alkoholisme og svangerskap. For det tredje tillegges helse stadig større vekt i politiske og sosiale spørsmål, for eksempel toppolitikeres helsetilstand, og krav om ikke-røyking ved ansettelser og forfremmelser. Illich (1975) framhever at denne kulturelle «iatrogenesen» bryter ned kulturelt overleverte kunnskaper om og forklaring på, smerte, sykdom og død. Denne undermineringen av tradisjonell kultur svekker den kunnskap og uavhengighet som tidligere fungerte som buffer mot sykdom, som evne til å bekjempe sykdom, og, viktigst, som ressurs til å mestre et liv i kronisk smerte og sykdom. Zola mener at den grunnleggende drivkraften bak medikaliseringen er hvert enkelt individs forventning om hvor uendelig mye som kan gjøres for å få en til å føle seg bedre, se bedre

ut, og å fungere bedre. Dette «klassiske» sosiologiske synet på medikaliseringens dynamikk må i dag suppleres av det nye synet på helse og sykdom som vil dukke opp i kjølvannet av gentesting. Det kommer vi tilbake i avslutningskapitlet.

Som forklaring på en tilsynelatende umettelig etterspørsel etter helsetjenester vil helseøkonomene dessuten legge til at siden prisene på helsetjenestene ikke reflekterer kostnadene ved å produsere dem – mange er til og med gratis – vil etterspørselen alltid overstige tilbudet.

På tilbudssiden er sysselsettingsveksten i helsevesenet en drivende faktor. Tensen er at tilbudet genererer sin egen etterspørsel: Flere helsearbeidere «skaper» flere pasienter. Men enda mer etterspørselsdrivende er den raske teknologiske utviklingen av medisinsk utstyr og nye behandlingsmetoder. Medisinske nyvinninger er fordyrende av minst tre grunner: Ny teknologi er ofte dyrere enn den som blir erstattet; den fører til at lidelser som tidligere var utilgjengelige for behandling nå kan behandles; forbedrede diagnostiske metoder fører til at sykdom eller sykdomsrisiko kan oppdages der intet tidligere var å finne. Aktuelle eksempler på det siste er såkalt genetisk kartlegging, prediktiv diagnostikk og oppsøkende medisinsk virksomhet. Det dannes ingen pasientkø foran et tilbud som ikke eksisterer. Ei heller oppstår det kø foran tilbud som er for dyre for folk flest. Både køer og priser er rasjoneringsmekanismer for knappe goder, men bare køer er synlige. I en viss forstand er derfor helsekøer et positivt trekk fordi de uttrykker at det tross alt finnes behandlingstilbud som er tilgjengelige for folk flest. Vi er også vitne til en systematisk senking av indikasjonsgrensene for flere sykdommer. For å bli definert som behandlingstrengende skal det mindre til av plager og funksjonsnedsettelse, eller måleverdiene senkes. Smerter og plager av hjerte-karlidelser og blodtrykk er eksempler på det.

Flere mener at de problemer og spenningsforhold vi har påpekt egentlig ikke lar seg løse innafor rammen av moderne kapitalisme eller industrialisme; de lar seg bare glatte over, eller utsette på kort sikt (Navarro 1986). Det tradisjonelle, offisielle «sosialadministrative» synet på helsetjenesten er imidlertid mer optimistisk og instrumentelt: den moderne medisinske problemer kan overkommes ved å feste de riktige teknisk-økonomiske og organisatorisk-administrative grep. Vi skal ta for oss en del av disse grepene.

Helsepolitikken er således møtestedet for en rekke overraskelser, spenninger, motsetninger og paradokser. For det første har vi «The paradox of health» som betegner at utviklingen har gått *både* mot bedre og dårligere helse i befolkningen

(Barsky 1988). Mer presist ser vi en tendens i retning av bedre objektiv helse, det vil si lavere dødelighet og høyere levealder, men dårligere subjektiv helse, det vil si mer sykdom, flere plager og mer uførhet. En annen motsigelse er «The health care paradox: Doing better – feeling worse» (Wildawsky 1980) Jo mer penger som brukes på helsetjenester og forbedrede behandlingsmuligheter, jo flere helseproblemer kommer for dagen, og jo mer klager vi. I epidemiologiske termer fører lavere insidens av premature dødsfall til høyere sykdomsprevalens. Et aktuelt eksempel på dette er de livsforlengende effektene av nye metoder for behandling av AIDS-pasienter. En spesialkomponert cocktail av medisiner har vist seg svært effektiv til å stagge sykdommen slik at mange pasienter kan leve lenge og i hvert fall i perioder tilnærmet normalt. Å behandle, pleie, og integrere kroniske AIDS-pasienter stiller moderne samfunn overfor nye utfordringer. Ved at moderne medisin kan behandle flere sykdommer enn tidligere, senkes indikasjonsgrensene, og samtidig omdannes tidligere dødelige sykdommer til kroniske. Det fører til at helsetjenesten faller som offer for sin egen suksess. En tredje pussighet kommer til uttrykk når en årsaksforklarer store folkehelseproblemer individuelt: Helse kan velges, og du får den helsa du velger deg. Motsigelsen i en slik livsstilsmoralisme ligger i å oppheve individuelle valg, fordi «You are dangerous to your health!» (Crawford 1977). Et fjerde tankekors er at helsetjenestens innvirkning på folkehelsen er begrenset. Det er hevdet at helsetjenesten gir lite helse; noen har sagt ti prosent. Selv om dette kanskje er å undervurdere moderne medisins potensial (Tudor Hart 1998), er det likevel mye som taler for at det som i størst grad skaper helse (og uhelse) er sosioøkonomiske kår, livsstil og sosial tilhørighet. For å skape helse og å forebygge sykdom er helsetjenesten ikke særlig effektiv. Kanskje er det andre samfunnsmessige funksjoner helsetjenesten først og fremst fyller? I et velferdsperspektiv er vissheten om at helsetjenesten er der og kan hjelpe når behovet melder seg viktig. Om moderne medisin ikke gir så mye helse, så gir den trygghet for alle, slik andre velferdstjenester og ytelser gir. I et sosiologisk avviksperspektiv kan en si at kontrollfunksjonen er sentral. Sykdom er avvik, og avvik må kontrolleres. Helsetjenesten er den samfunnsinstitusjon som sørger for det.

3 Likhet: Mål og målkonflikter

Helsepolitikken søker å fremme to overordnede målsettinger som ikke uten videre er forenlige: likhet og effektivitet. Økes likheten går det ut over effektiviteten og omvendt. Dette er kalt «the big trade-off» (Okun 1975). Den generelle begrunnelsen er at en egalitær velferdspolitik ikke gir incentiver til innsats. I helsepolitikken består motsetningsforholdet i at satsingen på økt produktivitet – for eksempel flere behandlinger for samme pengesum, kan føre til at tilbudet ikke blir likelig fordelt.

I norsk helsepolitisk retorikk er forholdet mellom likhet og effektivitet omtrent som følger. Nær sagt ethvert offentlig helsepolitisk dokument åpner med å skissere de overordnede målsettinger for helsetjenesten. Hvilke mål som vektlegges varierer en del fra utredning til utredning. Likevel er det enkelte mål som går igjen i helsepolitiske dokumenter de siste ti år eller så. Likhet er en slik gjenganger. Som vi nevnte innledningsvis, er likhet også et sentralt anliggende for majoriteten i vårt ekspertpanel. Det er flere former for likhet. Det første er målet om tilbudslikhet, eller lik tilgjengelighet (equity). Som det heter i Regjeringens siste helsemelding til Stortinget: «Regjeringens mål er å sikre hele befolkningen, uavhengig av alder, kjønn og bosted, god tilgang på helse- og omsorgstjenester av god kvalitet ...» (Innst.S. nr.165, 1994–95:5). Og alle partiene på Stortinget har sluttet seg til følgende erklæring: «Et godt offentlig helsevesen må organiseres slik at det kan tilby rask og god behandling for alle uansett økonomi, bosted kjønn og alder» (Innst.S. nr. 165, 1994–95:6). Vi står her overfor et sentralt liberalt statsrettslig prinsipp: Alle samfunnsborgerne står likt overfor det offentlige. Her rår prinsippet om likebehandling; at like tilfelle skal behandles likt – equity på engelsk. Dette målet sier imidlertid ikke noe om resultatet, det vil si helsa og hvordan den blir fordelt, bare at tilbudet skal være likt eller likeverdig for alle.

Et spørsmål er om idealet om tilbudslikhet står like så sterkt som før og om det leves opp til. Det er enkelte tegn til at målet om tilbudslikhet er i ferd med å utvannes. I utredningen om sykehus tjenester fra 1987 heter det for eksempel: «Helse-tjenestene skal være like lett tilgjengelige for alle, uansett bosted, *sosioøkonomisk status*, alder, kjønn, etnisk tilhørighet mv.» (min utheving). Dette målet er blitt gjentatt i omtrent samme ordelag i en rekke viktige dokumenter om helsepolitikk (Dahl 1995), så også i den siste Helsemeldingen som DNA-regjeringen la frem høsten 1994 (St.meld. nr. 50 1993–94) Her gjenfinner vi den samme

målformuleringen allerede i den første setningen, men med den viktige forskjell at termen «sosioøkonomisk status» er utelatt.

Det finnes også en målsetting om resultatlikhet – equality. Den opptrer i to varianter. Den første og vanligste målsettingen er at helsetjenestene skal fordeles slik at alle skal kunne bli så friske som de etter sine muligheter har forutsetning for (St.meld. nr. 50 1993–94). Modifiseringen «etter sine muligheter har forutsetninger for» er viktig fordi den inneholder en erkjennelse av at det er urealistisk å tro at alle mennesker kan ha samme (gode) helse. En annen form for resultatlikhet er innskrevet i WHO's målsetting om at innen år 2000 skal forskjellen i helsetilstand: «mellom befolkningsgrupper være redusert med 25% .Dette skal skje ved å bedre de dårligst stilte gruppens helsetilstand» (Helsedirektoratet 1987). Den sistnevnte målsettingen er noe mer realistisk enn den førstnevnte. Imidlertid er målsettingen om utjevning av helseforskjeller mellom sosiale grupper i liten grad nedfelt i konkrete og forpliktende resultatmål og handlingsplaner (Dahl 1995). Nasjonal Helseplan fra 1988 (St.meld. nr. 41 1987–88) definerer målet om helseutjevning nærmest ut av den kurative helsepolitikken og ser problemet først og fremst som et anliggende for helsefremmende og forebyggende arbeid. Den siste Helsemeldingen (St.meld. 50 1994–95), stadfester dette ved knapt å drøfte temaet overhodet. I Forebyggingsmeldingen (NOU 1991:10) er målet gitt i undertittelen: Flere gode leveår for alle, og ikke *utjevning* av gode leveår, som ville vært den logiske omformuleringen av WHO's utjevningmålsetting. Meldingen omtaler for øvrig sosial ulikhet i helse kun sporadisk og overflattisk. Like fullt er det i Forebyggingsmeldingen vi finner de forebyggingsstrategiene som også er relevante for ulikhet i helse. Forebygging fordrer sektorovergripende innsats på alle administrative nivåer. Det viktigste nivået for implementering er likevel lokalnivået, det vil si kommunen. Her er helse- og sosialtjenesten tildelt den nøkkelrolle å overvåke helseutviklingen, holde andre sektorer orientert, og å koordinere aktiviteten mellom sektorene.

Målsettingene om behandlingslikhet og resultatlikhet kan stå i motstrid til hverandre. Lik behandling kan gi ulikt helseresultat fordi mennesker med færre ressurser og mindre mestringsevne og kontroll over omgivelsene ikke evner eller er i stand til å rette seg etter den informasjon og de behandlingsregimer helsevesenet anbefaler. Dette poenget har særlig vært framhevet i forbindelse med helseopplysning. Grupper med høy status har raskt adoptert budskapet om sunn livsstil, mens grupper med lavere status er blitt hengende etter. Her gjelder formelen: Ulikt utgangspunkt + lik behandling= ulikt resultat.

Mens likhetsverdiene løftes fram i første kapittelet i offentlige utredninger, dreier resten av kapitlene seg om effektivitet, eller strengt tatt om produktivitet, det vil si større produksjon med samme ressursinnsats. Dette er selvsagt en spissformulering, men ikke uten hold. LEON-prinsippet, det vil si at behandlingen skal foregå på laveste effektive omsorgsnivå, er en variasjon over dette temaet. Nedenfor vil vi mer inngående drøfte bestrebelsene på å øke produktiviteten i det norske helsevesenet i de siste ti årene, og ikke minst drøfte hvordan nye ideer og reformer i helsetjenesten kan påvirke tilbudslikhet og resultatlikhet i helse.

4 Prioritering: Fra behov til nytte

I vår uhøytidelige enquete er det samstemmighet om at prioritering er et helt sentralt spørsmål i norsk helsepolitikk i dag og i overskuelig framtid. I en situasjon med (relativ) knapphet på helsetjenester må det prioriteres. Og, hevdes det til kjedsommelighet, å prioritere betyr å si nei. To innflytelsesrike offentlige utvalg har vært sving i løpet av de siste ti år, begge ledet av teologiprofessor Inge Lønning. Det første, «Lønning I», la fram sin utredning i 1987 (NOU 1987:23). Utredningen la ikke bare premissene for den offentlige debatten i åra som fulgte, men den fikk også direkte innflytelse på den faktiske prioriteringspraksisen til norske sykehus i de påfølgende åra. Det andre utvalget, «Lønning II», leverte sin sluttrapport i 1997 (NOU 1997:18). I det følgende vil jeg gjøre rede for hovedpunktene i disse utredningene og deretter drøfte en del av de problemene de reiser.

Lønning I foreslår fem prioriteringsnivåer. Første prioritet: Tiltak som er nødvendige i den forstand at det har umiddelbart livstruende konsekvenser dersom de ikke settes i verk umiddelbart. Annen prioritet: Tiltak som er nødvendige i den forstand at svikt får katastrofale eller svært alvorlige følger på lengre sikt. Tredje prioritet: Tiltak med dokumentert nytteeffekt hvor konsekvensene er klart uønskede, men uten å være så alvorlige som under første og annen prioritet. Fjerde prioritet: Etterspurte tiltak med antatt helse- og livskvalitetsfremmende effekt, der svikt ikke er like alvorlige som under de tre første prioriteringsnivåene. Oppgaver under dette prioriteringsnivået kan overlates til private aktører og er ikke nødvendigvis et offentlig ansvar.

Utvalget uttaler eksplisitt at det tilgrunnliggende kriteriet er behov for helsetjenester: «Det er en hovedoppgave for helsetjenesten å gi tilbud om helsetjenester til dem som har de største helseproblemer og de største behov for hjelp».(NOU

1987:23). Alvorlighetskriteriet trekkes fram av utvalget som «den viktigste dimensjon som må avklares før man kan prioritere enkeltpasienter og pasientgrupper» (NOU 1987:23:73). Likevel avviser ikke utvalget andre kriterier som for eksempel effektivitet.

De fire prioriteringskategoriene Lønning I skisserte ble senere lagt til grunn for sykehusenes prioriteringer gjennom det såkalte ventelistesystemet. På denne måten fikk utvalget langt større praktisk innflytelse enn det hadde tenkt seg. I ventelistesystemet rangeres pasientene på ventelistene avhengig av hvilket prioriteringsnivå de plasseres på. Ventelistesystemet er både et planleggingsinstrument og et prioriteringsinstrument. Den såkalte ventetidsgarantien som gjaldt inntil juli 1997, omfattet pasienter på annet nivå. I forskriften heter det at «Annen prioritets behandling er tiltak som er nødvendige i den forstand at svikt får katastrofale eller svært alvorlige konsekvenser på lengre sikt for pasientene» (Forskriften SHD:5). Eksempler er kreft, hjertesvikt, psykoser, og alvorlige syns- og hørselslidelser. I forskriften er ordlyden i «garantien» som følger: «Pasienter på annet prioritetsnivå [...] som blir stående på venteliste for undersøkelse og/eller behandling, skal registreres særskilt dersom de ikke har fått behandling innen seks måneder». Formelt sett innebærer garantien altså kun en særskilt registrering. Pasienter på de øvrige tre prioriteringsnivåene (3, 4 og 0), må i følge ventelisteordningen vente til behandlingstilbud foreligger.

I 1997 ble det innført en ny garantiordning som avløste den gamle. Den nye inneholder en vurderingsgaranti og en behandlingsgaranti. Førstnevnte forsikrer at pasienter skal vurderes innen 30 virkedager etter at de er henvist til offentlige sykehus eller spesialistpoliklinikk. Behandlingsgarantien gir tilbud om undersøkelse og eventuelt behandling innen tre måneder etter henvisning såfremt a) sykdommen er alvorlig, b) behandlingen er effektiv, og c) resultatene står i rimelig forhold til kostnadene (Forskriften SHD). På ny har Lønningutvalgets anbefalinger blitt til praktisk helsepolitikk.

Det har ikke manglet på kritiske kommentarer verken til prioriteringskriteriene som Lønning I formulerte, eller til deres praktiske anvendelse i ventelistesystemet. La oss se på en del av disse kommentarene.

Kriteriene gir opphav til store variasjoner i tildeling av behandlingsgaranti. Andelen av dem som venter på innleggelse og som får ventelistegaranti, varierer betydelig mellom fylkene. Spesialundersøkelser viser dessuten at det stor uenighet leger imellom i vurdering av hvorvidt pasienter med utvalgte lidelser skulle få behandlingsgaranti (Guldvog 1997).

Prioriteringsnivåene og de kriteriene som ligger til grunn for dem synes med andre ord ikke egnet til å sikre et ensartet og likeverdig tilbud landet over. Som nevnt er dette et viktig mål i norske helsepolitikk. Dermed overlates beslutningene i høy grad til legenes medisinske skjønn. Åpenbart er det ikke faglig enighet om hvordan dette skal utøves innenfor den medisinske profesjon, jamfør diskusjonen om «evidence based medicine», som vil komme til nedenfor. På denne bakgrunn har Sosial- og helsedepartementet sagt at det vil intensivere arbeidet for å bidra til en mer ensartet praksis. Til nå har dette arbeidet dels foregått gjennom ventelistekonferanser, besøk på utvalgte sykehus, brev til samtlige sykehus og samarbeid med Den norske Lægeforening og Statens helsetilsyn. Fire av spesialforeningene i Den Norske Lægeforening (psykiatri, ortopedi, revmatologi og pediatri) har startet et arbeid med å utarbeide mer detaljerte kriterier for hvilke pasienter som skal omfattes av garantien.

Et ankepunkt er at kravet om dokumentert behandlingseffektivitet er meget strengt sett i lys av medisinens kunnskapsnivå (Christie 1997). Poenget er at dette kravet bare sjelden lar seg imøtekomme, og at det vil kunne føre til at en rekke behandlinger vil måtte flyttes fra 1. prioritet og nedover på lista. Dette kravet vil vi drøfte grundigere i neste avsnitt.

Ventelistesystemet og garantiordningen gir perverterte incentiver, hevdes det. Ved at prioriteringsnivåene er knyttet til ventelistegaranti blir klassifiseringen av pasienter strategisk. Sykehusene hadde tidligere incentiver til å konstruere lange ventelister for å mest mulig penger fra staten/fylkeskommunen. Ventelistesystemet, slik det inntil nylig ble praktisert premierte udugelighet. I dag er dette endret. Nå er garantibrudd blitt en belastning for sykehusene, men incentivvirkningene er fremdeles uheldige: I dag gir systemet sykehusene incentiver til å unnlate å gi pasienter garanti av frykt for å måtte bryte den. I dagens klima får ikke pasienter garanti, slik de ellers ville ha fått, hevder Guldvog (1997).

Enkelte leger hevder også at den nye tremånedersgarantien er så innskjerpet at de pasientene som kommer inn under den, ville fått behandling uansett fordi de er så syke. Den styrkede behandlingsgarantien er derfor overflødig.

Medisinere hevder også at det medisinske rasjonalet som ventelistesystemet bygger på, er svakt faglig fundert (Guldvog 1997, Christie 1997). «Ventetidsgarantien er en politisk konstruksjon, ikke en medisinsk», sier Guldvog (1997) i en kritisk kommentar. Avgrensede perioder på tre måneder eller seks måneder har ingen medisinsk begrunnelse. For noen pasienter, for eksempel med kreftlidelser kan tre

måneder være for lenge. For andre pasienter kan seks måneders ventetid være for kort.

Lønning I er blitt beskyldt for nærsynthet og for å stirre seg blind på helse-tjenesten (Christie 1997). Utvalget drøfter prioritering innen en bestemt sektor, men ikke mellom sektorer. Spørsmålet om å fordele ressursene mellom sektorer blir dermed definert ut. Dette argumentet understøttes av at Norge ikke bruker særlig mye på helsetjenester sammenlignet med mange andre OECD land, og at veksten i helsesektoren de siste åra har vært mindre enn i andre sektorer. Mot dette kan det innvendes at utvalgets mandat var helsesektoren og at en drøfting av prioriteringsproblemene så absolutt har sin verdi også innen en avgrenset sektor.

Lønning II tar et selvkritisk oppgjør med Lønning I. Lønning II skiller seg fra Lønning I særlig på to punkter. Det første og viktigste punktet er at sykdommens alvorlighet ikke lenger skal være det eneste prioriteringskriteriet. For det andre omdefineres prioriteringsgruppene fra hvor nødvendige de er til hvor grunnleggende de er. Mens Lønning I la avgjørende vekt på behov i betydningen sykdommens alvorlighetsgrad, legger Lønning II i tillegg også vekt på *nytt* av behandlingen og at behandlingen er kostnadseffektiv, det vil si at kostnadene står i et «rimelig» forhold til tiltakets nytte. Utvalget sier om dette: «Sammenlignet med tidligere retningslinjer mener utvalget at tiltakets nytte og kostnadseffektivitet må tillegges større vekt» (NOU:1997:18:16). Til erstatning for de tidligere prioriteringsnivåene basert på nødvendighet, foreslår Lønning II å dele inn prioritetsgruppene etter hvor grunnleggende helsetjenestene er (s103): Grunnleggende helse-tjenester. For eksempel grunnleggende pleie og omsorg, lindrende behandling og effektive tiltak ved livstruende tilstander. Utfyllende helsetjenester. For eksempel behandling for tilstander som gir forventet prognosetap, nedsatt funksjonsnivå eller smerter. Lavt prioriterte helsetjenester: Tilbud som ikke hører hjemme innenfor det offentlig finansierte helsetilbud.

I begge utredninger gjøres kravet om forventet nytte og kostnadseffektivitet gjeldende. Lønning II erkjenner likevel at kriteriene er for vage til å tjene som retningslinjer for praksis. Derfor foreslår utvalget å sette ned faggrupper som skal følge opp med å utarbeide konkrete retningslinjer for prioritering innafor de enkelte fag, og dessuten å institusjonalisere prioriteringsutvalget på permanent basis.

Sammen med en rekke andre utredninger og reformer i norsk helsepolitikk de senere åra bekrefter Lønning II at økonomiske lønnsomhets- og effektivitetsvurderinger så å si har vunnet ideologisk hegemoni i norsk helsepolitikk. Hvilke følger dette får for likhetsverdiene i helsevesenet vil vi komme tilbake til i avsnitt 6.

5 Kunnskapsbasert medisin: Fra tro til vitenskap?

Ett tema som de seinere år særlig har opptatt legene er kunnskapsbasert medisin. Betegnelsen er en oversettelse av det engelske uttrykket «evidence based medicine». Denne diskusjonen henger også sammen med prioriteringsdebatten. Lønning I tok til orde for at kun behandlingstilbud som en kunne dokumentere var virkningsfulle skulle prioriteres. Behandlingsalternativer uten dokumentert effekt skulle ikke gis topp prioritet. Noen vil antakelig undre seg over at det skal være nødvendig å hevde at legegjerningen bør være basert på kunnskap, som om den i dag var basert på kunnskapsløshet. Uenigheten bunner selvsagt i at det er snakk om ulike former for kunnskap.

For analytiske formål kan den rene medisinske kunnskapen deles i fire komponenter: etiologi, diagnostikk, effekt av behandling/forebygging og prognose (Bjørndal og Flottorp 1997:982). Tilhengerne av kunnskapsbasert medisin mener at særlig kunnskap om behandlingseffekter i beste fall er mangelfull og i verste fall feilaktig. Kunnskap basert på egen (anekdotisk) erfaring eller kunnskap basert på samtaler med kolleger anses som usystematisk og upålitelig. Det er den «vitenskapelige» kunnskapen som framheves. Enkelte har da også argumentert for å erstatte ordet kunnskapsbasert med vitenskapelig. Men som kjent er heller ikke vitenskapsbegrepet entydig. Av mulige kunnskapsformer basert på vitenskap står den vitenskap som er skapt gjennom randomiserte klinisk kontrollerte forsøk i en særstilling, selv om den ikke betraktes som eksklusiv (Bjørndal 1993:3669). Det er flere problemer med den medisinske kunnskap leger i dag besitter, hevdes det. Produksjonen av vitenskapelig medisinsk litteratur er i dag enorm. Det er ingen enkeltperson – og særlig ikke travle behandlende leger – som makter å holde oversikten, og å følge med i det nye som strømmer på. For det annet er ikke leger flest trent i å skille snørr fra barter i det som produseres; hva er solid og pålitelig forskning og hva er det ikke? Kort sagt, det hevdes at mange leger ikke vet hva som virker, hva som ikke virker, og hva som er direkte skadelig.

Programmet til kunnskapsbasert medisin går ut på å gjøre leger oppdatert på tilgjengelig kunnskap, og til å trene leger til kritisk vurdering av forskningsresultater. Programmet erkjenner at ingen enkeltperson har kapasitet til å overskue og holde seg oppdatert i den kontinuerlige strømmen av nye forskningsresultater. Derfor er det initiert et samarbeid mellom forskere og klinikere med det formål å sammenfatte resultater fra klinisk kontrollerte forsøk på en rekke medisinske fagfelter, «The Cochran Collaboration» (Bjørndal 1993, 1995), som også har en

avlegger ved Statens institutt for folkehelse. Denne startet med å gi en oversikt over perinatale behandlingsmetoder, men har etterhvert utvidet sitt felt til også å omfatte blant annet brystkreft, slag, smertelindring og allmenntilmedisin (Bjørndal 1993).

Et viktig poeng for tilhengerne av kunnskapsbasert medisin er å øke bevisstheten om hva som er fakta og hva som er verdier i den kliniske beslutningsprosessen. Tanken er at vitenskapelig kunnskap sammen med pasientens verdier skal inngå i vurderingen av mulige behandlingsformer: «Hvilken vektskål som tipper ned, er ikke bare avhengig av medisinsk kunnskap, men av kvinnens verdier, synspunkter, meninger, opplevelser» (Bjørndal og Flottorp 1997:982). Tilhengerne av kunnskapsbasert medisin framholder dessuten at leger i sin yrkesutøvelse ikke skal «degenerere» til teknokrater: Legerollen skal inneholde både kyndighet og innlevelse – både «competence and compassion» (Bjørndal og Flottorp 1997, Bjørndal 1995). Også respekt og medfølelse for pasienten oppfattes som en verdi i seg selv, og dessuten som et middel, nemlig til å «lette informasjonsinnhentingen og bedre tilhelingen» (Bjørndal og Flottorp 1997:983).

Selv om ingen selvsagt hevder at medisinen bør være kunnskapsløs – i motsetning til kunnskapsbasert, har det ikke manglet på kritiske røster.

En type kritikk retter seg mot klinisk kontrollerte forsøk som metode. Ankepunktet er at kontrollerte forsøk ikke gir fasitsvaret på mange av de spørsmål klinikerne stiller. Det stilles spørsmålsteget ved metodens interne og eksterne validitet. Kristiansen og Thelle (1998) peker på at den kunnskap klinisk kontrollerte forsøk frambringer ikke uten videre kan overføres til klinisk praksis. Det har derfor vært tatt til orde for at «medicine based evidence» er en forutsetning for «evidence based medicine» (Geert 1997). I klinisk praksis vil pasientene ofte ha flere sykdommer og de vil være eldre enn i et typisk forsøk (Geert 1997), og effektene kan være variere mellom ulike pasientgrupper. Dessuten vil mulige langtidseffekter og langtidsbieffekter være viktige for allmennpraktikeren, og disse fanges sjelden opp i randomiserte forsøk. Andre spørsmål som sjelden besvares er knyttet til doseringen og varigheten av intervensjonen. Klinikerne står dessuten stadig oftere overfor spørsmålet om hva som vil skje dersom pasienten slutter å ta medisinen hun/han har tatt i lang tid, og det finnes knapt noe forsøk som sier noe om det (Geert 1997). Endelig svekkes overføringsverdien av den velkjente Hawthorne-effekten som for eksempel stor entusiasme i forsøks situasjonen. Kristiansen og Thelle (1998) tar derfor til orde for å utnytte også annen kunnskap som epidemiologiske observasjoner og kvalifisert skjønn. Det hevdes også at oppsummeringene (meta-

analysene) ikke alltid er pålitelige. Norske tilhengere av kunnskapsbasert medisin er også påpasselige med å understreke at bruk av vitenskapelig kunnskap på ingen måte fritar legene fra å bruke sitt kliniske skjønn og til å opptre respektfull overfor pasienten (Bjørndal og Flottorp 1997).

En annen bekymring er knyttet til de mulige uheldige følgene av en for sterk betoning av klinisk kontrollerte forsøk. Den filosofiske konsekvensialisme som ligger til grunn for tenkningen omkring kunnskapsbasert medisin kan ha uheldige og uønskete bivirkninger av ulike slag (Kerridge mfl. 1998). Metoden impliserer at det målbare overbetones. Effekter som er vanskelige å tallfeste, som er vanskelige å måle, eller som det ennå ikke finnes (kvantitative) mål på, kommer ufortjent i skyggen. Eksempler på viktige størrelser som bare med stort møye lar seg tallfeste er rettferdighet, likeverd, smerte og livskvalitet. Førde (1998) hevder at begrepet «medisinsk effekt» ofte vil være for snevert, og skiller skarpt mellom nytte og effekt. Hun peker på at nytten av en behandling kan være betydelig selv om effekten kan være liten eller fraværende. Det kan for eksempel være nyttig for både lege og pasient at «alt» er prøvd selv om behandlingseffektene er vanskelig å påvise. Dette eksemplet illustrerer også at det ikke er uvesentlig hvem som definerer effekten. Hva som defineres som effekt vil antakelig avhenge av om det overlates til medisineren, pasienten, den pårørende eller politikerene. En kritikk som er rettet mot kunnskapsbasert medisin er således at effekten som hovedregel vil være definert av medisineren. I forskningen er pasienten og legmannen som regel fraværende. I denne forstand bygger derfor kunnskapsbasert medisinsk på et udemokratisk fundament (Kerridge mfl. 1998).

Det pekes videre på at kunnskapsbasert medisin kan medvirke til å styre ressursene i helsevesenet utelukkende mot behandlinger med dokumentert effekt. For noen vil det være gledelig. For andre er det betenkelig. Begrunnelsen er selvsagt at det vil gå på bekostning av andre områder der solid dokumentasjon (ennå) ikke finnes. Dette vil kunne styre forskningen mot behandlingsformer som det er lettere å dokumentere effekten av, mens andre lovende alternativer vil bli oversett. I sin tur vil dette kunne føre til at behandlingsregimer som er lette å dokumentere vinner innpass i helsetjenesten heller enn regimer med potensielt høy nytteverdi. I verste fall får vi en forveksling av behandling uten dokumentert virkning med behandling uten dokumentert verdi. Dette er en kortslutning: En terapi kan ha verdi selv om dens virkning ikke lar seg dokumentere med harde fakta (Kerridge mfl.1998). Tilhengerne av kunnskapsbasert medisin framstiller sin tillit til

vitenskapelige kunnskap som verdiuavhengig. Imidlertid, vil kritikerne hevde, er det et verdistandpunkt at det dokumenterbare er viktigere enn alt annet.

Etiske betenkeligheter har også vært reist. Kerridge m. fl. (1998) trekker fram at en del klinisk kontrollerte forsøk er av tvilsom etisk verdi, for eksempel når det gjelder inklusjons- og eksklusjonskriterier, sammenblanding av legerollen og forskerrollen, informert samtykke og annet Kerridge m. fl. stiller derfor spørsmål ved etikken ved anvendelsen av kunnskap som er framkommet på en slik tvilsom måte.

Anvendelsen av kunnskap basert på kontrollerte forsøk reiser flere uavklarte spørsmål. For eksempel hevder Kerridge m. fl. (1998) at oversettelsen av empiriske funn til råd om behandling i lege-pasient-relasjonen er et forsømt område. Kerridge m. fl. hevder at den vanlige framgangsmåten er å foreta en sammenligning av den pasienten de har foran seg med dem som har deltatt i det kontrollerte forsøket. Dette er for enkelt og dessuten ikke ufarlig hevder Kerridge m. fl. Hovedresultatet fra et forsøk er en gjennomsnittseffekt. Det betyr at effekten for noen er bedre, for andre dårligere, og for enkelte negativ. Det betyr selvsagt at råd om en bestemt behandling overfor enkelte pasienter kan gjøre mer skade enn nytte (Kerridge m. fl. 1998). Et annet aspekt ved dette er at hvis statistisk informasjon fra forsøk skal formidles til pasienter, er det ikke uvesentlig hvordan risiko utlegges (Skolbekken 1998, Kristiansen og Thelle 1998). For eksempel framstår relative forskjeller i risiko (som framkommer ved å dele et prosenttall på et annet) som større og langt mer betydningsfulle enn forskjeller i absolutte risikoer (som framkommer ved å trekke et prosenttall fra et annet). Denne typen statistisk informasjon skiller seg igjen fra en type som sier noe hvor mange pasienter med en bestemt type lidelse som må behandles med et bestemt medikament for å bli frisk. Poenget er at framstillingen av «harde fakta» kan gjøres på flere måter, og at måten det gjøres på – som vil være opp til legen og hennes vurderinger – kan ha avgjørende innflytelse på pasientens beslutninger. Et siste poeng i denne diskusjonen gjelder nytten av kvalitativ kunnskap. Kvalitativ forskning om lege-pasientforholdet har nettopp sin styrke der statistikken og epidemiologien kommer til kort, for eksempel når det gjelder å forstå oversettelsen av vitenskapelig kunnskap til lett forståelig budskap for pasienten, manglende lydhørhet fra pasientens side, og forskjeller i verdier og preferanser mellom lege og pasient (for en diskusjon av slike spørsmål, se for eksempel Green og Britten 1998).

Kunnskapsbasert medisin er på vei inn i Norge. Tilhengernes påstand er at medisinske beslutninger i større grad enn i dag bør hvile på vitenskapelig dokumentasjon,, det vil si resultater fra randomiserte forsøk. Skeptikerne hevder at dette

ofte er vanskelig og at det i verste fall kan få mange og store utilsiktede og uønskete konsekvenser. Imidlertid har kritikerne problemer med å legge fram fullgode alternativer til kunnskapsbasert medisin. Vi gjør antakelig lurt i å erkjenne at *all* kunnskap – også kunnskap fra klinisk kontrollerte forsøk – er mangelfull og ufullkommen. Men dersom dette erkjennes, er det fristende å spørre litt retorisk: Hva slags kunnskap er overlegen kunnskapen fra klinisk kontrollerte forsøk når det gjelder å få svar på om en behandling virker? Faren består først og fremst i å opphøye denne kunnskapsformen til en fetisj, det vil si at bare det målbare er verd å strebe etter. Hva skjer da med vanskelig målbare verdier som rettferdighet og likeverd?

6 Nye styringsgrep: Fra normer til incentiver

Sommeren 1997 ble det innført ny finansieringsordning i norske somatiske sykehus som kom i tillegg til rammeoverføringene. Den kalles innsatsstyrt finansiering. Det blir gitt en bonus for hver pasient som behandles. Bonusen er bestemt av hvilke ressurser som går med til å behandle pasienter med nærmere avgrensede diagnoser. Det er utarbeidet et eget diagnosesystem, DRG som står for diagnoserelaterte grupper. I DRG er det beregnet gjennomsnittskostnader for hver diagnosegruppe. Gjennomsnittlig liggetid er den viktigste ressurskomponenten (Pettersen 1997:5). Fra 1998 vil den innsatsstyrte finansieringen omfatte 45 prosent av sykehusenes utgiftsramme, det vil si 7–9 milliarder kroner (Pettersen 1997). Målet er å øke behandlingsskapiteten og produktiviteten i sykehusene. DRG er ment å gi helsepersonellet og spesielt legene incentiver til større produktivitet og mer rasjonell atferd ved å synliggjøre de kostnader deres kliniske beslutninger har.

En generell karakteristikk av den rådende tenkning i norsk helsepolitikk er at den klassiske medisinske behovstenkning i løpet av de siste årene er blitt supplert med økonomisk tankegods (Lian og Midre 1996). Vi har fått det som Lian (1994) kaller en management-orientert styringsfilosofi. I en analyse av sju effektiviseringstiltak i det norske helsevesenet mener Lian (1995) å påvise at kun ett hadde likeverdig fordeling som mål. Tidligere på 1990 tallet var disse på forsøksstadiet, men en etter en er de blitt innført og gjort til alminnelig helsepolitikk. Diagnoserelaterte grupper og innsatsstyrt finansiering er viktige eksempler.

Innsatsstyrt finansiering basert på DRG er omdiskutert. Riktignok kan ordningen ha gunstige effekter på produktiviteten ved sykehusene, men den kan også

skape uønskete og utilsiktede bivirkninger. La meg ta fram noen mulige perverteringer som særlig angår likhetsverdiene i helsetjenesten.

Grupperingssystemet opererer med syktilfelle som enhet og gir incitamenter til å redusere kostnaden per syktilfelle. En sykdomsepisode omfatter flere sykdomstilfelle Systemet kan føre til flere innleggelser per pasient fordi det gir høyere inntekter for sykehuset. Resultatet er selvsagt ikke samfunnsøkonomisk gagnlig.

Et annet og mye diskutert, men lite avklart spørsmål er hvorvidt den kliniske kvaliteten blir skadelidende ved innsatsstyrt drift.

Det er uttrykt bekymring for at DRG kan føre til prioritering av lønnsomme pasienter. Meningen med DRG-systemet er at det kun skal influere på hvordan oppgavene utføres, og ikke på hvilke oppgaver som utføres. Det kan imidlertid ikke utelukkes at DRG også kan virke inn på hvilke oppgaver som blir utført og hvilke pasienter som blir prioritert (Lian 1994, 1995). Gjennom evalueringer av DRG-forsøkene er det kommet fram at sentrale beslutningstakere frykter at sykehusene kan komme til å prioritere sykdommer og behandlingsformer som kan effektiviseres, uavhengig av de helsepolitiske prioriteringene og faktiske behov (Lian 1994:25). Pasienter med lang liggetid står i fare for å bli vurdert som ulønnsomme og derfor bli nedprioritert (Pettersen 1997) Lian (1995) skriver: «Reformtiltakene vil kanskje gi oss et effektivt helsevesen, men vil det bli rettferdig når fordelingsspørsmål underordnes nyttemaksimeringen?» (Lian 1995:20). Lønnsomhetsfokuseringen kan gå ut over pasienter med lav sosial status. Studier fra USA viser at pasienter med lav sosial status ligger lenger på sykehus og legger beslag på flere ressurser enn pasienter med høy sosial status, også innen samme diagnosegruppe (Epstein m. fl. 1988, Epstein m. fl. 1990). Hvis det er slik også her i landet, kan DRG-stykkpris-systemet gi de offentlige sykehusene økonomiske incentiver til å nedprioritere pasienter med lav sosial status. De såkalte sykepengeprosjektene (Nord 1990) har vist at det er penger å spare på å ta sykmeldte arbeidstakere ut av køen og få dem raskt behandlet og hurtig tilbake i jobb. Et problem med et slikt tiltak er at yrkesaktive tillates å gå utenom køen. Dermed brytes prinsippet om likebehandling (equity), at like tilfeller skal behandles likt. Å gjøre unntak for yrkesaktive kan være tvilsom praksis for en «nøytral» stat, selv om det lønner seg økonomisk.

Diagnoseglidning er også en mulig følge av DRG. I vanskelige og uoversiktlige tilfelle frister systemet til å stille diagnoser som gir størst økonomisk uttelling, for eksempel ved å bytte om på bi- og hoveddiagnose.

I en del sammenhenger brukes ofte effektivitet når det siktes til produktivitet. Hvis vi holder oss til etabler økonomisk terminologi, angår produktivitet forholdet

mellom produksjon og ressurser og kan for eksempel måles som kostnad per pasient. Effektivitet er et mer omfattende og ambisiøst begrep som også innbefatter resultatindikatorer som helse, for eksempel målt som vunne leveår, eller forbedret livskvalitet, eller begge deler som i QUALY-tilnærmingen. QUALY står for kvalitetsjusterte leveår på norsk (Grund 1991:131, Nord 1992). Populært sagt dreier produktivitet seg om å gjøre tingene riktig det vil si på den mest kostnadseffektive måten, mens effektivitet dreier seg om å gjøre de riktige tingene, for eksempel å få flest mulig kvalitetsjusterte leveår for pengene. I dagens helsepolitikk er imidlertid fokuset innstilt på kostnadseffektivitet, det vil si at oppgavene gjøres på den rette måten. Det viktige spørsmålet blir da selvsagt om de nye helsepolitiske tiltakene medvirker til at de rette oppgavene blir utført og om likhetsidealene ivaretas på en betryggende måte.

Den sterkere vektleggingen av de økonomiske sidene ved helsearbeidernes faglige virksomhet kan over tid skape en kultur- og holdningsendring, som bare vil forsterkes når helseøkonomi opptar en større plass på helsefagenes pensumlister. Leger og annet helsepersonell læres til økonomisk mål-middelrasjonalitet og sosialiseres inn i rollen som economic man. Satsingen på økonomiske incentiver uttrykker en tro på et menneskebilde som er annerledes enn bildet av et menneske som orienterer seg etter normer, plikter og etiske regler slik legene tradisjonelt har gjort med katekismen til Hippokrates i handa. Denne tiltroen til og forventningen om at helsearbeiderne faktisk opptrer som økonomisk rasjonelle aktører kan gå troll i ord. Effekten vil forsterkes ved at slik atferd belønnes symbolsk, pekuniært og karrieremessig. Hva slags anseelse og hvilke framtidsutsikter har en avdelingsleder ved et sykehus som ikke får økonomien til å gå i balanse? Det kan altså være at satsingen på økonomiske insentiver og ledsagende symbolske signaler over tid sosialiserer helsepersonellet inn i tankebanene til «the economic man».

Men er «economic man» i legefrakk så ille da? La meg i hvert fall peke på to uheldige konsekvenser. For det første: Disse «nye» helsearbeiderne lar seg i første rekke styre av økonomiske incentiver; de vil være mindre opptatt av normer og sosiale verdier. Økonomiske mål overordnes andre mål, og etter hvert er det kun økonomiske incentiver som har effekt på handling og atferd. For å sette det på spissen: høy lønn blir viktigere en prestisje, ære stolthet, lojalitet og dyder. Sosiale normer og verdier underordnes økonomiske hensyn. Å styre helsearbeidernes handlinger i framtida vil dermed måtte baseres på økonomiske virkemidler. Appeller om lojalitet, solidaritet og felles normer og verdier vil falle mer og mer på

steingrunn. Dette er neppe en ønskelig utvikling. For det andre går nyorienteringen ut over relasjonene til pasientene: Omsorgs- og pleierasjonaltet som nettopp er del av en pliktetikk, og ikke en konsekvensetikk, kan bli skadelidende. Innlevelse, medfølelse og lignende varme sider ved sosiale relasjoner blir satt under press. Den økonomiske kalkylen erstatter omsorgen. Denne utviklingen vil selvsagt ikke skje brått og radikalt, men gradvis og over tid.

Også ut fra økonomisk teori kan det reises spørsmål ved hvor langt produktivitetssøkningen i helsetjenesten kan strekkes. Produktivitetstilhengerne har en tendens til å overse arbeidstakernes arbeidsvilkår og tjenesteytingens natur. Det er en grense for produktivtetsvekst i tjenesteyting, og særlig for medisinsk behandling og pleie,- og omsorgstjenester. Produktivtetsargumentet er overbevisende for tradisjonell industriproduksjon. I industrisektoren kan produktiviteten øke nær sagt over alle grenser (dog ikke de økologiske) ved å erstatte menneskelig arbeidskraft med maskiner. Menneskelig arbeidskraft er substituerbar og er bare én av flere innsatsfaktorer. Annerledes er det i tjenesteytingssektoren. Her er ikke menneskelig arbeid bare ett middel, men et mål i seg selv. Arbeidets hensikt, mening og kvalitet er en umiddelbar funksjon av den tid som går med. Å bruke tid er selve hovedpoenget med mye tjenesteytende arbeid. I mange tilfelle vil det dessuten være meningsløst å erstatte mellommenneskelig kontakt med kontakt mellom menneske og maskiner, eller å gjøre arbeidsoppgaver raskere, for eksempel i terminal pleie. Et særlig talende eksempel på dette er en strykekonserter: En halvtimes konsert av en kvintett tar to og et halvt timeverk. Ethvert forsøk på å øke produktiviteten til kvintetten vil oppfattes som absurd både av publikum og kritikere (Baumol 1966). Mye, men selvsagt ikke all, medisinsk behandling og pleie,- og omsorgsarbeid har nettopp slike «kunstneriske» kvaliteter: arbeidet er et mål i seg selv og ikke bare et middel. Her gjenkjenner vi Webers klassiske skille mellom formålsrasjonalitet og verdirasjonalitet. Den økonomisk-rasjonelle tenkningen omkring mål og midler strekker ikke til, men taper et vesentlig poeng. Det likhetstegn som økonomisk tenkning setter mellom industrielt produksjonsarbeid og tjenesteytende medisinsk arbeid er ikke udelt holdbart. Dette argumentet tilsier at det er grenser for produktivtetsvekst i tjenesteyting. Nøyaktig hvor grensene går, er det likevel umulig å si.

Avslutningsvis i dette avsnittet vil vi peke på ett problem perverterte incentiver som ulike finansieringskilder gir opphav til. Ansvaret for kontantutbetalinger som uførepensjon, attføring og uføretrygd ligger hos staten, mens ansvaret for medisinsk behandling av syke ligger hos kommuner og fylkeskommuner. Dette finansieringssystemet fører til at sykehuseierne, det vil si fylkeskommunene, ikke

har incentiver til å korte køene eller øke gjennomstrømningshastigheten når de økonomiske kostnadene bæres av staten.

I dette avsnittet har vi argumentert for at DRG, innsatsstyrt finansiering og andre tiltak for å høyne produktiviteten i den norske helsetjenesten kan medvirke til å true likhetsverdiene i tida som kommer.

7 Privatisering

Privatisering er kalt et troll med mange hoder (Kielland 1986). Tre av dem er: produksjon, kontroll, og finansiering. Det er særlig på finansieringssiden at det er skjedd en overgang fra offentlig til privat de siste åra. Flere leger, særlig spesialister ser ut til å drive privat praksis uten offentlig støtte. I tillegg skyter private legesentre, som tilbyr stadig mer avansert medisinsk behandling opp som paddehatter. Private sykehus har også utvidet virksomheten. Denne utviklingen medfører at pasientene må betale mer av egen lomme (Bogen m. fl. 1996). Siste skudd på privatiseringsstammen er forslagene om å omdanne offentlige sykehus til aksjeselskaper. Imidlertid vil det antakelig ikke ha konsekvenser for forholdet mellom privat og offentlig finansiering. Utviklingen mot mer privat produksjon og finansiering (pasientbetaling) er ikke prinsipielt ny, men at omfanget av slik virksomhet ser ut til å øke, er likevel noe kvantitativt nytt. Dette gjør det selvsagt mulig i større grad enn før å få hjelp for dem som har råd.

Utviklingen av private avanserte helsetjenester vil kunne skyte fart siden både «push» og «pull» faktorer virker i samme retning. Dersom den angivelige legeflukten fra offentlige sykehus fortsetter og legeknappheten vedvarer, kan konsekvensen bli enda lengre ventelister og flere brudd på ventetidsgarantien. I sin tur kan dette for eksempel føre til at fylkeskommunene kjøper enda flere tjenester fra de private sykehusene. Det gir de private sykehusene ytterligere ekspansjonsmuligheter og gjør at de kan ansette enda flere leger og annet helsepersonell. En institusjonell endring kan føre til økt aktivitet ved private sykehus og klinikker: Den nye og utvidete ventetidsgarantien. Kapasitetsbegrensninger i offentlige sykehus kan føre til flere oppdrag for de private. Det er grunn til å vente voksende etterspørsel med et økende antall eldre, og ikke minst eldre med god råd.

I privatiseringsspørsmålet øyner vi en klar høyre-venstre dimensjon. Denne dimensjonen kommer tydelig fram i partienes merknader til Helsemeldingen (Innst.S. nr. 165 1994–95). Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti

og Kristelig folkeparti fylket seg bak erklæringer om behov for en helhetlig helsepolitikk med politisk styring basert på likeverdighet, rettferdighet, og kostnadskontroll. Det er blant annet uttalt frykt for at økt privatisering skal føre til et klas-sedelt helsevesen. En annen allianse bestående av Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig folkeparti uttalte i sine kommentarer til helsemeldingen: «... private helse-tilbud utgjør et viktig supplement til de offentlige tilbud, og at den private og offentlige innsatsen i helsevesenet utfyller hverandre. Ved siden av å øke det totale helsetilbudet, og øke valgfriheten til pasientene, gir privat virksomhet det offentlige nyttig konkurranse og er med på å utvikle større brukerinnflytelse i helsevesenet».

Hva kjennetegner den privatiseringspolitikk som har vært ført i Norge de siste åra? I Nasjonal helseplan fra 1988 er konklusjonen at helsetjenester bør være offentlige, og at private helsetilbud kan «stimuleres» dersom det inngår i en offentlig plan og fungerer som et «supplement eller korrektiv til tjenester i offentlig regi» (St.meld. nr. 41 1987–88). I den siste Helsemeldingen (St.meld. nr. 50 1993–94) nøyer regjeringen seg med å holde fast at «utviklingen av helsetjenesten fortsatt skal være underlagt offentlig styring». Og: «For å kunne opprettholde en rettferdig og likeverdig tilgang på helsetilbudene, må hoveddelen av helse- og omsorgstjenestene fortsatt finansieres av fellesskapet». Regjeringen framholder at: «Et begrenset tilbud av kommersielle, private helsetjenester, skal fortsatt bare være et supplement til det offentlige helsetilbudet, og vil først og fremst være aktuelt på områder som har lav prioritet» (St.meld. nr. 50 1993–94:13). Det standpunkt at det private skal være et supplement og bare ta oppgaver med lav prioritet går igjen i flere helsepolitiske dokumenter. Dette er som nevnt også et syn som forfektes av Lønning II.

La oss drøfte de viktigste argumentene for og mot privatisering av helsetjenester. På det ideologiske plan er det, ifølge (Hjort 1987), to overordnede motsetningsfylte hensyn som er involvert på hver sin side i privatiseringsdebatten, det er hensynet til likhet og hensynet til valgfrihet. Likhets- og frihetsargumentene er begge ideologiske argumenter som ikke direkte og konkret knytter an til debatten om privatisering av avanserte helsetjenester i Norge. Få eller ingen har tatt til orde for et fullt ut kommersialisert helsevesen her i landet, heller ikke gründerne av private sykehus. Deres uttalte ambisjon har vært å etablere private tilbud som et supplement til det offentlige. La oss først se nærmere på likhetsargumentet.

Det tyngste ideologiske argumentet mot privatisering er likhetsargumentet, det vil si lik tilgjengelighet til helsetjenester. Private helsetjenester bryter med dette

grunnleggende likhetsprinsippet, fordi det som er privat ikke er for alle (Hjort 1987). Likhet i helse og helsetjenester kan begrunnes på flere måter. En viktig begrunnelse er at lik fordeling av helse er en forutsetning for like muligheter i livs-sjanser. Det blir påstått at private helsetjenester kan forsterke ulikheten innen fire aspekter ved helsetjenesten: a) den geografiske, siden private tilbud ikke lokaliseres i utkantstrøk, b) den sosiale, siden ressursvake grupper ikke slipper til, c) den aldersmessige siden geriatri gis liten eller ingen oppmerksomhet, d) medisinsk, siden sammensatte, kroniske sykdommer og tunge psykiatriske lidelser blir ned-prioritert i et privat system. «Det er finansielle og ikke filantropiske interesser som er drivkraften», skriver Hjort (1987:171).

Tilhengerne av privat helsevesen vil ikke nødvendigvis avvise at slike skjevheter blir opprettholdt eller vil oppstå, men mange vil likevel legge større vekt på den valgfrihet, og de positive konsekvenser privatisering kan ha. Selvsagt finnes de som argumenterer for at ulikhet ikke skal være en overordnet verdi. Noen hevder i det minste at det finnes akseptable ulikheter i helsetjenesten. Likevel brukes likhet ofte som argument for privatisering her i landet. Flere kritikere hevder at det offentlige helsevesenet ikke selv er i stand til å etterleve sine egne likhetsidealer. Legen Jens Moe for eksempel hevder at: «Folk med penger og makt har alltid kunnet skaffe seg fordeler – også i helsevesenet. For å unngå et klassesdelt helsevesen, må vi komme frem til ordninger hvor det offentlige og private samarbeider til beste for pasientene. Og vi må finne frem til forsikringsordninger som gir alle samme rettigheter uansett inntekt» (Aftenposten 7.2.1996). Moe hevder også at pasienter med bekjenskaper i helsevesenet uten problemer kan snike i køen og på den måten får rask og god behandling (Aftenposten 14.11.1990). På den annen side bestrider Moe at alle brukerne av private tjenester kommer fra Oslos vestkant og er velbemidlede (Aftenposten 14.11.1990).

Flere helsetjenesteforskere hevder også at likebehandlingen i det offentlige helsevesenet er illusorisk. Jensen og Bomann-Larsen (1991:27) konkluderer for eksempel at det er en tendens til sosial skjevfordeling og tilfeldige variasjoner i tilbudet. I sin bok om det medisinske klassesamfunnet hevder Fugelli:

...De ressurssterke, foruten å være friskest, [...] vet å betjene seg mest effektivt av helsevesenet, og omvendt, de med armod på penger, utdanning og helse er også fattigst på evner og mulighet til å nyttiggjøre seg helsetjenesten [...] Nå har det lenge, uavhengig av penger, men mer betinget av sosio-kulturell bakgrunn, funnet sted en forskjellsbehandling av pasienter i norsk

medisin. Jeg påstår dette med bestemthet, selv om det ikke finnes tallmessig belegg for anklagen i undersøkelser fra vårt eget land.» (Fugelli 1982:133).

I disse utsagnene hører vi ekkoet av det som Tudor Hart har kalt «the inverse care law». Denne loven innebærer: «that the availability of good medical care tends to vary inversely with the need of the population served» (Tudor Hart 1975:205). Men, som også Fugelli vedgår er det empiriske belegget for disse påstandene ikke alltid like overbevisende (Dahl 1994). Dersom det er slik at likhetsidealene ikke etterlevs i det offentlige helsevesenet, er det da gitt at løsningen er et privat tilbud? Gründeren av private sykehus i Norge, legen Jens Moe mener naturligvis ja, mens sosialmedisineren Fugelli mener nei: «Styrkemidler til den offentlige helse-tjenesten er den eneste medisin mot et privat helsevesen på siden av det offentlige» (Fugelli 1984). Selv om Moe og Fugelli er enige om diagnosen, for å holde oss til medisinsk terminologi, er de ikke enige om behandlingen.

Likhetsargumentet kan også utvides til å inkludere de helsepolitiske konsekvensene av et todelt helsevesen. Hvis de private sykehusene og klinikkene trekker til seg det beste og mest taleføre helsepersonellet og de mest høyrøstede pasientgruppene, vil kravet om et bedre offentlig helsevesen antakelig stilne eller være uten appell i mediene og hos bevilgende myndigheter. I Norge er det er antakelig svært langt fram til et slikt scenario. Det er likevel mulig at det foreligger en fare for at ansatte i det offentlige helsevesenet vil velge «exit» framfor «voice». Dette vil i verste fall kunne føre til et todelt og klassedelt helsevesen som opererer i tråd med «the inverse care law». Denne sammenhengen mellom tjenestenes kvalitet og kjennetegn ved den befolkningen som betjenes er vel kjent fra sosialpolitikken: «Poor services are poor people's services».

Ressurstappingsargumentet går ut på at private klinikker og sykehus vil tappe det offentlige helsevesenet ytterligere for nøkkelpersonell, og føre til enda større geografiske skjevheter i det helsetjenestetilbudet. I Nasjonal helseplan (St.meld. nr.41 1987–1988:71) kommer dette argumentet klart fram: «Både mangelen på personell i den offentlige helsetjenesten og den skjeve geografiske fordelingen av helsepersonellet antas å forsterkes ved en utvidelse av private og kommersielle helsetjenestetilbud». Meldingen peker særlig på at det i Utkant-Norge er stor mangel på det personell (operasjonssykepleiere, anestesisykepleiere, og intensivsykepleiere) som er ansatt i de private klinikkene og sykehusene. Dette pragmatiske argumentet svekkes i det øyeblikk det ikke lenger er knapphet på helsepersonell. Selv i en periode med knapphet på ulike typer personell er argumentet ikke

uangripelig. Dersom dette var et avgjørende og alvorlig ment argument, burde det offentlige sørge for å utdanne flere spesialsykepleiere og leger, eller importere den nødvendige arbeidskraften fra andre land. Nord og Forsèn (1987:106) fant på midten av 80-tallet at sykepleierne i de private klinikkene ikke var rekruttert fra sykehus i Utkant-Norge. Det betyr at private sykehus og klinikkers tapping av helsepersonell i så fall er indirekte, ved at det frigjøres ledige sykehusstillinger i sentrale strøk som helsepersonell fra distriktene kan søke. Dessuten, selv om det private tapper det offentlige for ressurser, bør næringsfriheten gjelde i helsevesenet slik den gjelder ellers i arbeidslivet. Det kan hevdes at det må være opp til den enkelte helsearbeider om hun vil arbeide i det private eller i det offentlige.

Hjort (1987) framholder at det klassiske forsvaret for et privat marked for helsetjenester er frihetsargumentet. Folk må få lov å bruke sine penger på hva de vil, enten det er mat, luksusgoder eller helsetjenester. På samme vis må leger få lov til å etablere privat praksis og behandle pasienter hvis det offentlige ikke møter etterspørselen. Til legenes egeninteresse av fri etableringsrett kan vi dessuten tilføye den plikt leger har etter legeloven og etiske retningslinjer til å hjelpe mennesker. Dette liberale argumentet kan virke besnærende. Standardargumentet mot er at den reelle friheten kun gjelder for de få, det vil si de mektige og velbemidlede. Friheten gjelder ikke for de fattige, de kronisk syke, de funksjonshemmede, og de som bor i grisgrendte strøk. Dessuten bygger det liberale argumentet på problematiske forutsetninger om pasienten som velinformert og fornuftig konsument som fritt kan velge helsetjenester på et marked (Iversen 1985). For at et privat helsemarked skal fungere etter hensikten, er det visse forutsetninger som må være tilstede: a) Individene må være godt informert om markedsforholdene, hvor tjenesten kan skaffes, hvor mye de koster og hvor god kvalitet de har b) det må eksistere flere uavhengige tjenestetilbydere, c) det må være relativt enkelt å måle kvaliteten på tjenesten, og d) tjenestene må være relativt billige og forbrukes ganske ofte slik at pasientene kan lære av erfaring og få mulighet til å sammenligne tjenester og eventuelt skifte tjenesteleverandør. Når det gjelder forbruk av mange helsetjenester er ikke disse forutsetningene innfridd. Særlig problematisk er den, tidvis stilltjende, forestillingen om pasienten som velinformert konsument. Mellom lege og pasient foreligger det som kalles asymmetrisk informasjon. Legen vet mye om det pasienten vet lite om. Pasienten er ofte usikker på sin egen helsetilstand, hun vet ikke hva som er galt, når hun skal gå til lege, hvem hun skal gå til, og hvordan hun skal mestre sykdommen. Hun vet heller ikke alltid hvilken retning sykdomsforløpet tar, hva utfallet av ulike behandlingsformer er, og hvordan etterspørselen

etter helsetjenester vil bli i framtida. Heller ikke vet hun hvilke kriterier hun skal legge til grunn for å kvalitetsvurdere legen (Iversen 1985:23). I tillegg vil helsetjenestetilbydere i et fritt marked neppe etablere virksomhet i grisgrendte strøk der pasientgrunnet er lite. I et land der lik tilgjengelighet til helsetjenester er en målsetting, er det selvsagt en alvorlig svakhet. Men hvis private helsetjenestetilbydere likevel etablerer seg i Utkant-Norge, er det fare for monopolisering med høyere priser og suboptimal effektivitet som resultat (Iversen 1985).

Kjernen i avlastningsargumentet er at private avlaster det offentlige ved å behandle pasienter i de offentlige helsekøene (Hjort 1987). Dermed kortes ventetiden ned for dem som står i kø foran de offentlige sykehusene. Grå stær-operasjoner er et godt eksempel på det. Alternativt kan det hevdes at private sykehus vil kunne avlaste de offentlige ved å ta de lettere og enklere tilfellene slik at de offentlige kunne konsentrere seg om de tyngre og mer kompliserte tilfellene. Et spesialtilfelle av private tilbud som kan gi stor avlastningsverdi er i de tilfelle der privat innsats settes inn for å bli kvitt aktuelle køer, for eksempel ved at sykehus leies ut til personalet på kveldstid. Et annet spesialtilfelle er offentlige kjøp av privat behandling av sykmeldte som står i offentlig sykehuskø. En innvending mot privat avlastning er at det kan bli behandlet flere i gråsonen som ikke trenger det så sterkt eller så raskt. Et annet problem som de fleste moderne industriland har erfart er at tilbudet skaper sin egen etterspørsel. Økte behandlingsmuligheter demper ikke forventninger og etterspørsel press, snarere tvert imot. At flere kan behandles, kan for eksempel medvirke til å senke indikasjonsgrensene slik at enda flere enn før blir behandlet. Dette er for øvrig et godt argument for at køene aldri vil forsvinne. På sikt er det derfor ikke sikkert at private tilbud vil korte køene. Hvorvidt en slik mulig økt etterspørselseffekt er et godt argument for det offentlige til å holde igjen på de private tilbudene, kan diskuteres. Dersom argumentet strekkes litt lengre, leder det at all behandling – både offentlig og privat – bør innskrenkes for å redusere forventninger og etterspørsel. Nok et problem med avlastningsargumentet er at det kan oppstå et press for at det offentlige skal ta i bruk de tilbud og metoder som private gir, men som det offentlige har bestemt seg for ikke å prioritere. En mulig uønsket og utilsiktet konsekvens er at det blir reist krav om at også det offentlige skal yte slike tjenester (f.eks. mammografi) av hensyn til likhetsprinsippet. Endelig kan det pekes på at private tilbydere ikke avlaster det offentlige med de virkelig tunge og kostnadskrevede oppgavene som monner noe, for eksempel tjenester rettet mot eldre, og det svekker avlastningsargumentets generelle gyldighet.

«Effektivisering» har vært framhevet som kanskje den største fordelene ved privatisering av offentlige tjenester generelt. Helsetjenester produsert av private tilbydere ved siden av de offentlige hevdes å ha flere positive konsekvenser. For det første kan private sykehus og klinikker produsere mer kostnadseffektivt enn de offentlige og dermed gi større samfunnsmessig gevinst. På denne måten kommer det private supplementet hele samfunnet til gode. Ledere av de private klinikkene mener de har et fortrinn når det gjelder utnyttelse av ressurser: Seleksjonen av bestemte typer operasjoner og fraværet av akuttberedskap gjør det mulig for dem å optimisere pasientgjennomstrømningen på en måte som er umulig i offentlige sykehus. Fra de offentlige sykehusenes side hevdes det imidlertid at det er begrenset hvor «effektive» de kan være fordi de er pålagt å holde akuttberedskap. Et annet argument er at konkurransen om «kundene» fører til at det offentlige må skjerpe seg og produsere mer effektivt. Større konkurranse kan imidlertid være et tveegget sverd. Konkurranse mellom offentlige og private sykehus kan også virke som en pressfaktor som øker ressursbehovet i det offentlige helsevesenet, for eksempel ved at de private klinikkene betaler høyere lønninger og tar i bruk nye og dyre, men ikke alltid like høyt prioriterte, behandlingsmetoder. Iversen (1985:38–39) peker på at leger som er ansatt i begge sektorer ikke har økonomiske incentiver til å korte køene i det offentlige, dersom de er avhengig av de samme køene for å fylle aktiviteten der de er privat ansatt. For det andre, dersom myndighetene mener at de private sykehusene driver mer effektivt enn de offentlige, kan de komme til å skjære ned bevilgningene til de offentlige. Resultatet kan bli at det blir behandlet færre pasienter i det offentlige, og ikke flere.

Innovasjoner kan være et biprodukt av konkurranse. Siden de private sykehusene står friere, kan de også tillate seg å være mer innovative enn de offentlige. Dermed har de noe å lære bort. Hjort (1987) mener at den offentlige helsetjenesten har utviklet seg til en stor organisasjon som er stiv, tung og ofte preget av problemer med både effektivitet og servicevilje. Han, som ellers er skeptisk til kommersielle sykehus, kan godta et begrenset innslag av privat sykehusdrift hvis det tilfører fellesskapet noe «nytt og nyttig». Han nevner nye metoder og tilbud som det offentlige forsømmer, mer effektive driftsformer som kan tjene som korrektiv til det offentlige, spesielle oppgaver og endelig bedre service. Hjort tror derfor at det offentlige helsevesenet vil ha noe å lære av denne formen for konkurranse. Her får han følge av flere. Konkurranse antas å fremme kvalitet, brukerinnflytelse, bedre pasientkontakt og dermed større tilfredshet blant pasientene. Talsmenn for private sykehus mener selv at de er flinkere enn de offentlige sykehusene til å gi

pasientene personlig oppfølging. Konkurransen kan gi offentlige sykehus en spore til å eksperimentere med nye ledelses,- organisasjons,- og styringsformer, nye finansieringsformer, nye behandlingsmetoder, og ikke minst gi impulser til bedre pasientbehandling (Grund 1991:225). Effektiviseringstiltak er selvsagt ikke ukjent i offentlige sykehus, selv om de ikke er utsatt for konkurranse (Grund 1991, Lian 1994).

Framveksten av private avanserte helsetjenester reiser mange spørsmål. Virkningene av ulike privatiseringsformer er flere, og mange er uoversiktlige eller uoverskuelige. Ett og samme privatiseringsframstøt kan ha både positive og negative konsekvenser, eller positive på kort sikt og negative på lang sikt, eller omvendt. Hvorvidt et tiltak virker i gunstig eller ugunstig retning vil avhenge av en lang rekke rammebetingelser og institusjonelle forhold. Det er tegn til, og det er kanskje det største tankekorset, at likhetsverdiene ikke ivaretas adekvat verken i det offentlige eller det private helsevesenet.

8 Noen avsluttende refleksjoner

I denne rapporten har vi drøftet fem aktuelle spørsmål i norsk helsepolitikk: likhet, prioritering, kunnskapsbasert medisin, nye styringsredskaper, og privatisering. En rød tråd i denne framstillingen har vært forholdet mellom de likhets- og rettferdighetsverdier som ligger til grunn for helsepolitikken, og om de fremmes eller undermineres av de endringer og reformer som har sett dagens lys i den senere tid. En sentral tese er at likhetsverdiene er under press, men det er usikkert i hvor sterk grad det øves vold på dem fordi det finnes sparsomt med forskning på området.

I dette avslutningsavsnittet vil vi se litt framover. Til grunn for analysen i denne rapporten ligger en påstand om at det er en kronisk spenning mellom tilbud og etterspørsel etter helsetjenester. På hver side av denne «ligningen» befinner det seg determinanter av ulike slag: sosiale, demografiske, tekniske, og kulturelle. Disse inngår i gjensidige vekselspill. Er det grunnlag for å tro at pressproblemene i helsevesenet vil løses av de reformer og endringer vi i dag er vitne til? Uttrykket «Doing better – feeling worse» gjenspeiler det syn at det ikke er mulig å bevilge seg, eller organisere seg ut av problemene i helsepolitikken. Uttrykket ble til for drøyt 25 år siden, da helsetjenesten ikke kunne utrette på langt nær det samme som nå, og da ressursene var langt under dagens nivå. Uttrykket er bare blitt mer treffende med åra. Vår antakelse er at i framtida kommer helsetjenesten til å gjøre

det enda bedre enn i dag, men vi kommer til å føle oss enda dårligere. Det store paradokset er at det nettopp er medisinen suksess som er årsak til elendigheten. Tesen er at ny medisinsk viten og teknologi vil ha dyptpløyende kulturelle konsekvenser: Både helse- og sykdomsbegrepet vil bli omdefinert. I tillegg vil etiske spørsmål blir enda mer påtrengende enn i dag. Mens dagens helsedebatt kan analyseres i spenningsfeltet mellom det medisinsk mulige og det *økonomisk* forsvarlige, er det ikke utenkelig at framtidens helsepolitiske ordskifte vil finne sted i spenningsfeltet mellom det medisinsk mulige og det *etisk* forsvarlige. Stadig oftere tørner medisinen mot etiske grenser, noe som særlig aktualiseres ved kloning av mennesker. Det foreligger nå norsk forbud mot menneskekloning, som i mange andre land. I framtida kan vi vente at de etiske grensene for hva helsetjenesten kan gjøre blir et like viktig diskusjonstema som de økonomiske barrierene. Men dette lar jeg ligge.

La meg i stedet gjøre greie for tesen om «doing better – feeling worse». Gentesting er i rivende utvikling. Det er bare snakk om få år før hele det menneskelige arvematerialet – genomet – er kartlagt i minste detalj (Skjæraasen 1998). Den moderne genteknologien bedrer forståelsen av sammenhengen mellom sykdom og feil i arvestoffet radikalt. (Skjæraasen 1998). Gentesting gjør de mulig å stille sikrere diagnoser ved enkelte sykdommer. Viktigere er det at gentester kan påvise genetiske feil som med sikkerhet vil føre til sykdom hos ennå friske mennesker, eller de kan påvise disposisjon for sykdom som kan bli utløst av miljøpåvirkninger. Gentester kan foretas når som helst i livet, også på fosterstadiet (Skjæraasen 1998). Gentester åpner derfor for nye og store medisinske muligheter når det gjelder diagnostikk, behandling og forebygging. Imidlertid er fallgruvene mange og dype, og mange sosiale og kulturelle konsekvenser av gentestingssamfunnet er langt fra lystige.

Sirnes (1998) peker på at gentestene vil kunne føre til at vi får et nytt skille mellom genetisk syke og genetisk friske, og at den siste gruppa trolig vil bli svært liten fordi mange sannsynligvis bærer på defekte gener. Hvis så å si alle er potensielt syke, hvilken nytte har vi da av sykdomsbegrepet for prioriteringsformål. Som nevnt argumenterer Lønning II for at helsevesenets oppgave er å behandle sykdom – ikke å fremme helse. Helse er alt for omfattende og diffust til å tjene som veiviser for helsetjenestens virksomhet. I framtida kan vi si det samme for sykdomsbegrepet. Individens økte kunnskap om sine defekte eller sykdomsskapende gener vil med stor sannsynlighet også føre til større hyppighet av medisinske kontroller. Det kan til og med tenkes at det blir reist krav om dette fra arbeidsgiveres og

forsikringsselskapers side. Enkeltindividers kunnskap om sine risikoprofiler kan også føre til at livsløp skreddersys med utgangspunkt i denne kunnskapen. Vår levemåte, yrkeskarriere, livsprosjekter og livsløp blir medikalisert på en helt ny og endimensjonal måte. Medikaliseringen får en helt ny dimensjon i tillegg til dem vi drøftet innledningsvis. Det er åpenbart at slike risikoorienterte livsprosjekter krever økonomiske og sosiale ressurser, framtidsorientering, kompetanse og ferdigheter som ikke er likt fordelt. Med andre ord, kan det tenkes at gentestingssamfunnet vil føre til større ulikhet i helse mellom sosiale grupper enn dem vi kjenner i dag.

Det er heller ingen dristig påstand at oppmerksomheten omkring sykdom, eller kanskje helst sykdomsrisiko vil nå ukjente høyder i et slikt samfunn. Dette vil forsterkes ytterligere hvis genteknologiens evne til forutse sykdom overgår dens evne til å forebygge sykdom, eller behandle sykdom hvis den bryter ut. Større kunnskap om vår framtidige skjebne vil trolig slå tilbake og påvirke vår tenkning og våre handlinger i dag. En sterkere følelse av usikkerhet og engstelse kan oppstå (Thelle 1998), og en hel bekymringskultur kan vokse fram (Solbakk 1998). På denne måten gir gentestingssamfunnet, paradoksalt nok, opphav til mindre – ikke mer – subjektiv helse og helserelatert livskvalitet. Thelle (1998) påpeker at gentestene er i ferd med viske ut skillet mellom forebygging og behandling. Forebyggingen blir også medikalisert og ikke minst individualisert ved at det er den enkeltes gener som settes i fokus. Dette vil sannsynligvis øke presset på helsevesenet, for eksempel med krav om hyppige og nitidige kontroller. I dag har ikke helsevesenet kapasitet til å ta unna for en slik etterspørselsøkning blant ennå friske mennesker, og er helt uforberedt på en slik vekst. Dette reiser også spørsmålet om finansiering av helsetjenestene med ny styrke: Hvor mye av den økte etterspørselen av helsetjenester som kommer i kjølvannet av gentesting skal det offentlige betale, og hvor mye skal den enkelte betale? Et større innslag av privat betaling vil svekke tilbudet til folk med dårlig råd, og dermed forsterke den eksisterende sosiale ulikheten i helse.

Kort sagt: i gentestingssamfunnet vil medisinens potensial være større enn noen gang tidligere i historien uten at behovet for og etterspørselen etter helsetjenester vil avta – snarere tvert imot. Vi vil antakelig heller ikke føle oss noe bedre. Sosial ulikhet i helse vil antakelig øke. Helsetjenesten og samfunnet er fangt i en ond spiral som det er vanskelig å se noen utgang på.

Litteratur

- Barsky, A. J. (1988), «The paradox of health». *The New England Journal of Medicine*, 318:414–418.
- Baumol, W. (1967), «The macroeconomics of unbalanced growth». *American Economic Review*, 57.
- Bjørndal, A. (1993), «Hvilke av de helsetjenester vi tilbyr, er effektive?» *Tidsskrift for den norske lægeforening* 113:3669–3670
- Bjørndal, A. (1995), «Evidence based practice». *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 13:1–2.
- Bjørndal, A. og Flottorp S. (1997), «Cum scienta caritas». *Tidsskrift for den norske lægeforening* 117:981–4
- Bjørndal, A. (1998), «Mer helse for milliardene». Kronikk i *Dagbladet* 2. januar.
- Bogen, H. m. fl. (1996), *Privatisering av helsetjenester*. Fafo rapport 196: Oslo: Fafo
- Christie, W. (1997), «Har vi råd til et godt helsevesen?» *Tidsskrift for den norske lægeforening* 117:21–55
- Crawford, R. (1977), «You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming». *International of Health Politics* 7, 663–80.
- Dahl, E. (1994), *Sosial ulikhet i helse: Kunnskapsstatus og forskningsbehov*. Arbeidsrapport nr.6/199. Oslo: Folkehelse
- Dahl E. (1995), «Hva bør gjøres med sosial ulikhet i helse?» *Tidsskrift for den norske lægeforening* 115:1126–1129.
- Epstein m. fl. (1988), «The association of patients' socioeconomic characteristics with the length of hospital stay and hospital charges within diagnosis-related group». *The New England Journal of Medicine*, 318:1579–1585.
- Epstein m. fl. (1990), «Do the poor cost more? A multihospital study of patients' socioeconomic status and the use of hospital resources». *The New England Journal of Medicine*, 322: 1122–1128.

- Fugelli, P. (1982), *Det medisinske klassesamfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Førde, R. (1998), «Kven definerer nytteløs behandling – pasienten eller legen?» *Tidsskrift for den norske lægeforening* 118:2652–2654
- Geert J. D. (1997), «Medicine based evidence, a prerequisite for evidence based medicine. Editorials», *BMJ*, 315:1109–1110.
- Green, J. og Britten, N. (1998), «Qualitative research and evidence based medicine». *BMJ*, 316:1230–1232.
- Grund, J. (1991), *Helsepolitikk i 90-årene*. Oslo: Tano
- Guldvog, B. (1997), «Meningsløse ventetidsgarantier». *Tidsskrift for den norske lægeforening* 117:3–29
- Helsedirektoratet (1987), *Helse for alle i Norge?* Oslo: Kommunalforlaget.
- Hjort, P. F. (1987), «Samlet vurdering», i Nord E. (red.), *Privatisering av helsevesenet*. Oslo: GHF Folkehelse
- Illich, I. (1975), *Medisinsk nemesis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Innst.S. nr.165 (1994–95), *Innstilling fra sosialkomiteen om samarbeid og styring-mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*
- Iversen T. (1985), *Privatisering. Markedets muligheter i helsetjenesten*. GHF-skriftserie nr. S 1/85. Oslo: GHF Folkehelse.
- Jensen, T. Ø. og P. Boman-Larsen (1991), «Pasienterfaringer med helsevesenet». I Piene H. (red.) *Helsevesen i knipe*. Oslo: Ad Notam
- Kerridge, I. m. fl. (1998), «Ethics and evidence based medicine». *British Medical Journal* 316:1151–1153.
- Kielland, E. (1986), «Privatisering – troll med mange hoder». *Tidsskrift for samfunnsforskning*, nr. 3: 195–216.
- Kristiansen I. S. og Thelle D. (1998), «Bruk av risikotall ved kroniske sykdommer. Number needed to cheat?» *Tidsskrift for den norske lægeforening* 118:29–38.
- Lian O. (1994), *DRG-finansiering og fordelingsrasjonalitet, eller hvorfor sykehus ikke kan styres som bedrifter*. LOS-senter Notat 94:12. Bergen: LOS

- Lian O. (1995), *Hvilke verdier styrer og legitimerer det «reformerte» norske helsevesen?* LOS-senter Notat 95:14. Bergen: LOS
- Lian, O. og G. Midre (1996), «Økonomismens hegemoni». *Sosiologisk tidsskrift* 4:91–117.
- Navarro, V. (1986), *Crisis, health and Medicine. A social critique*. New York: Tavistock.
- Nord, E. (1990), *Sykepenger og behandling. Virkninger av økte bevilgninger til behandling av ventelistepasienter*. Rapport 3/90. Oslo: Folkehelse.
- Nord, E. (1992), *Bedømming av pasienters livskvalitet. En litteraturstudie*. Forskningsrapporter 1/92. Oslo: Folkehelse.
- Nord, E. og Forsén L. (1987), «Kampen om helsepersonellet». I Nord E. (red.) *Privatisering i helsevesenet*. GHF-rapport nr 1/87. Oslo: Folkehelse.
- NOU 1987:23 *Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste «Lønning I»*. Oslo: Universitetsforlaget
- NOU 1991:10, *Flere gode leveår for alle. Forebyggingstrategier*. Oslo: Statens trykning
- NOU 1991:7, *Spesialisthelsetjenesten m.m.* Oslo: Statens trykning
- NOU 1996:5, *Hvem skal eie sykehusene?* Oslo: Statens trykning
- NOU 1997:2, *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. Oslo: Statens trykning
- NOU 1997:18, *Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste «Lønning II»*. Oslo: Statens trykning
- Okun, A. (1975), *Welfare and efficiency: The big trade-off*. Washington: Brookings.
- Pettersen, I. J. (1997), «Reisen til markedet. Om økonomisk styring i sykehussektoren». *Sosialøkonomen* nr 2: 2–9.
- Sirnes, T. (1998), *Sosiale konsekvenser av genetisk testing*. <http://www.bion.no>
- Skjæraasen J. (1998), *Human bioteknologi i et ti-års perspektiv*. <http://www.bion.no>

- Skolbekken, J. A. (1998), «Communicating the risk reduction achieved by cholesterol reducing drugs». *British Medical Journal*; 316: 1956–1958.
- Solbakk, J. H. (1998), *Er vi på vei inn i testesamfunnet?* Intervju. <http://www.bion.no>.
- St.meld. nr. 41 (1987–88), *Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan*.
- St.meld. nr. 50 (1993–94), *Samarbeid og styring. «Helsemeldingen»*
- Thelle, D. (1998) «Genetikk eller helsekampanjer?» Kronikk i *Dagbladet* 30. april
- Tudor Hart, J. (1975), «The inverse care law». I Cox, C. og Mead, A. (red.) *A sociology of medical practice*. London: Collier-Macmillan.
- Tudor Hart, J. (1998), *Where are the agents of natural justice? Social functions of medicine in uncontested capitalism*. Paper framlagt på IAHP-conference i Perugia 23–26 september.
- Wildawsky, A. (1980), «Can health be planned?» I Mechanic D. (red.) *Readings in medical sociology*. New York: Free Press.
- Zola I. K. (1978), «Medicine as an institution og social control». Ehrenreich J. (red.) *The cultural crisis of modern medicine*. New York: Montly Review Press.

Publikasjoner fra Det 21. århundrets velferdssamfunn

Publikasjonen kan bestilles fra Fafo, Postboks 2947 Tøyen 0608 Oslo.
Telefon 22 08 86 00, Faks 22 08 87 00. E-post publikasjon@fafo.no

Ove Langeland (red.), Torkel Bjørnskau, Hilde Lorentzen og
Axel West Pedersen

Mellom frihet og fellesskap. Det 21. århundrets velferdssamfunn

Fafo-rapport 270. Fafo/Tiden. Kr. 348,-

- 1 Jon Erik Dølvik: Farvel solidaritet?. Internasjonale utfordringer for den norske arbeidslivsmodellen. Fafo-rapport 271. 60 sider. Kr 91,-
- 2 Victor D. Norman: Globalisering Betingelser for lønnsom næringsdrift og sysselsetting i Norge. Fafo-rapport 272. 26 sider. Kr 74,-
- 3 Steinar Holden: Frie kapitalkrefter. Noen konsekvenser for nasjonal økonomisk-politisk styring. Fafo-rapport 273. 30 sider. Kr 79,-
- 4 Alexander Wright Cappelen: Globalisering Utfordringer for norsk skatte- og fordelingspolitikk. Fafo-rapport 274. 30 sider. Kr 77,-
- 5 Morten Bøås: Norsk miljø- og ressurspolitikk mot tusenårsskiftet. Fafo-rapport 275. 48 sider. Kr 86,-
- 6 Keith Smith: Økonomisk vekst og «lavteknologi». Aktuelle spørsmålsstillinger for Norge. Fafo-rapport 276. 28 sider. Kr 75,-
- 7 Knut Arild Larsen: Utdanningsbasert kompetanse i dagens og morgendagens arbeidsmarked. Fafo-rapport 277. 40 sider. Kr 83,-
- 8 Lars-Henrik Johansen: Bak de store ord. Sammenlikninger av etter- og videreutdanning mellom bransjer og internasjonalt. Fafo-rapport 278. 132 sider. Kr 135,-
- 9 Per Kleppe: Solidaritetsalternativet - fortid og framtid. Fafo-rapport 279. 40 sider. Kr 82,-
- 10 Per Kleppe: Arbeidslinjen og de svake gruppene på arbeidsmarkedet. Fafo-rapport 280. 74 sider. Kr 107,-
- 11 Trond Petersen: Kjønnsspørsmålet. Hvor står vi i arbeidslivet. Fafo-rapport 281. 47 sider. Kr 83,-
- 12 Gunn Birkelund: Deltidsarbeid. Fafo-rapport 282. 36 sider. Kr 79,-
- 13 Jean Louis Laville: Arbeidets framtid. Den franske debatten. Fafo-rapport 283. 70 sider. Kr 91,-
- 14 Gerhard Bosch: Differensiering og fleksibilisering av arbeidstiden. På leting etter et nytt arbeidstidsparadigme. Fafo-rapport 284. 48 sider. Kr 83,-
- 15 Ove Langeland og Reid J. Stene: Holdninger til arbeid, lønn og fagbevegelse. Resultater fra en spørreundersøkelse. Fafo-rapport 285. 48 sider. Kr 83,-
- 16 Eli Feiring: Er noen fordelingsprinsipper mer rettferdige enn andre?. Fafo-rapport 286. 36 sider. Kr 77,-
- 17 Eli Feiring: Beskrive for å vurdere?. Om evaluering av fordelingsordningers verdigrunnlag. Fafo-rapport 287. 32 sider. Kr 75,-
- 18 Lars Fjell Hansson: Man skal ikke plage andre.... Om grenser for offentlig maktutøvelse for å redusere skader og død. Fafo-rapport 288. 70 sider. Kr 100,-

- 19 Kristin Hoff: Rettferdig skattlegging. En analyse av det normative grunnlaget for rettferdig fordeling av skattebyrden. Fafo-rapport 289. 112 sider. Kr 126,-
- 20 Kristin Hoff: Rettferdighet og effektivitet i det norske skattesystemet. Fafo-rapport 290. 44 sider. Kr 85,-
- 21 Hilde Lorentzen og Reid J. Stene: Holdninger og deltakelse i nærmiljø og organisasjonsliv. Resultater fra en spørreundersøkelse. Fafo-rapport 291. 47 sider. Kr 83,-
- 22 Espen Dahl: Solidaritet og velferd. Grunnlaget for oppslutning om velferdsstaten. Fafo-rapport 292. 62 sider. Kr 96,-
- 23 Espen Dahl: Hvor går helsevesenet?. Om likhet og effektivitet i norsk helsetjeneste. Fafo-rapport 293. 44 sider. Kr 82,-
- 24 Espen Dahl og Gunn Birkelund: Sysselsetting, klasse og helse 1980–1995. En analyse av fem norske levekårsundersøkelser. Fafo-rapport 294. 44 sider. Kr 79,-
- 25 Kåre Hagen: Den nordiske velferdsstaten. Museumsgjenstand eller bærekraftig samfunnsmodell?. Fafo-rapport 295. 47 sider. Kr 83,-
- 26 Kåre Hagen: Utviklingen i de skandinaviske velferdsstater. Fra krise til konsolidering?. Fafo-rapport 296. 47 sider. Kr 83,-
- 27 Per Kleppe: Bedre tjenesteyting i kommunene?. Fafo-rapport 297. 72 sider. Kr 100,-
- 28 Heidi Gautun: Endringer i familieomsorgen til eldre?. Fafo-rapport 298. 82 sider. Kr 103,-
- 29 Neil Gilbert: Selvhjelpsstaten. Et nytt paradigme for sosial trygghet. Fafo-rapport 299. 36 sider. Kr 75,-
- 30 Torkel Bjørnskau og Reid J. Stene: Holdninger til helse- og omsorgstjenester. Resultater fra en spørreundersøkelse. Fafo-rapport 300. 41 sider. Kr 79,-
- 31 Gunn Birkelund: Marginalisering i en velferdsstat. Fafo-rapport 301. 30 sider. Kr 75,-
- 32 Aksel Hatland: Nordisk alderspensjon under ombygging. Fafo-rapport 302. 32 sider. Kr 74,-
- 33 Tone Fløtten: Fattigdom i Norge. Problem eller bagatell?. Fafo-rapport 303. 114 sider. Kr 125,-
- 34 Anne Britt Djuve: Etniske minoriteter og de nordiske velferdsstatene. Fafo-rapport 304. 46 sider. Kr 86,-
- 35 Jardar E. Flaa og Axel W Pedersen: Holdninger til ulikhet, pensjon og trygd. Resultater fra en spørreundersøkelse. Fafo-rapport 305. 60 sider. Kr 91,-
- 36 Jon Erik Dølvik og Torgeir Stokke: Den norske forhandlingsmodellen. Et tilbakeblikk. Fafo-rapport 306. 46 sider. Kr 88,-
- 37 Keith Smith: Economic growth and "low-tech" industries. Issues for Norway. Fafo-rapport 307. 37 sider. Kr 77,- (Norsk utg. nr. 6)
- 38 Gunn Birkelund: Part-time work in a welfare state. Fafo-rapport 308. 30 sider. Kr 73,- (Norsk utg. nr. 12)
- 39 Jean Louis Laville: The future of work. The debate in France. Fafo-rapport 309. 80 sider. Kr 103,- (Norsk utg. nr. 13)
- 40 Jean Louis Laville: Le futur du travail. Le debat Francais. Fafo-rapport 310. 80 sider. Kr 103,- (Norsk utg. nr. 13)
- 41 Gerhard Bosch: Differenzierung und Flexibilisierung der Arbeitszeit. Die schwierige Suche nach einem neuen Arbeitszeitparadigma. Fafo-rapport 311. 67 sider. Kr 95,- (Norsk utg. nr. 14)
- 42 Neil Gilbert: The Enabling State. An Emerging Paradigm for Social Protection. Fafo-rapport 312. 35 sider. Kr 76,- (Norsk utg. nr. 29)
- 43 Bernard Enjolras: Labour-market regulation and economic performance. A review. Fafo-rapport 313. 44 sider. Kr 82,-
- 44 Bernard Enjolras: Welfare state and disincentives effects. Theoretical perspectives. Fafo-rapport 314. 51 sider. Kr 86,-

Espen Dahl

Hvor går helsevesenet?

Om likhet og effektivitet i
norsk helsetjeneste

er en av publikasjonene fra rapportserien i prosjektet Det 21. århundrets velferdssamfunn. Det er en omfattende serie med stor faglig spennvidde og flere bidrag fra forskere i inn- og utland. Sentrale temaer som dekkes i rapportserien er:

arbeidslivet med vekt på globalisering, næringsutvikling og sysselsetting; kompetanse, etter- og videreutdanning; forhandlinger og trepartssamarbeid

hverdagslivet med vekt på familie, nærmiljø og frivillige organisasjoner; normer, holdninger og verdier

velferdstjenester med vekt på helse, omsorg og sosial trygghet; velferdsstat, privatisering og levekår

velferdsytelser med vekt på pensjoner, inntektssikring og fordeling; økonomisk ulikhet og fattigdom



Fafo
Forskningstiftelsen Fafo
Borggata 2B/Postboks 2947 Tøyen
N-0608 Oslo
<http://www.fafo.no>

Det 21. århundrets velferdssamfunn 23
Fafo-rapport 293
ISBN 82-7422-269-5