

Knuser mytar om h

Noreg har ikkje eit stort overforbruk av sjukehusenester, slik regjeringa har hevda. Noreg er dessutan langt frå å ha verdas høgste ressursbruk av helse-tenester pr. innbyggjar.

VIDAR YSTAD
vidar@dagogtid.no

Dette slår Bjarne Jensen ved Høgskolen i Hedmark fast overfor Dag og Tid. Jensen er professor i forvaltningsøkonomi og har laga ein detaljert studie av helseutgiftene i Noreg samanlikna med andre land. Konklusjonane hans kolliderer med fleire av premissane som helseministeren og regjeringa byggjer helsepolitikken sin på. Det gjeld både totalforbruket av helse-tenester, sysselsetjinga i sektoren og viktige delar av samhandlingsreforma.

EIN MYTE

Det er ein myte at Noreg har hatt ein sterk og sterkare vekst i helseutgifter enn mange andre land det er naturleg å samanlikne seg med. Tal frå OECD viser at Noreg hadde ein auke i helseutgiftene pr. innbyggjar på 2,4 prosent i åra 2000–2009, medan gjennomsnittet i OECD i same periode var på 4,0 prosent.

Ser ein på utgifter til helseutgifter som prosent av brutto nasjonalprodukt og held utgifter til langtidspleie utanom, ligg Noreg lågast av 16 OECD-land med 6,9 prosent, medan Frankrike ligg på topp med 10,4 prosent. Alle dei andre nordiske landa brukar ein større del av BNP på helse enn Noreg. Det gjer også land som Slovakia, Spania, Tsjekia, Ungarn og Polen.

Jensen har også rekna ut samla helseutgifter pr. innbyggjar i absolute tal, der langtidspleie er halden utanom og ein tek omsyn til kjøpekrafta i kvart land. Tala viser då at Sveits, Nederland, Tyskland, Frankrike, Sverige og Austerrike har høgare helseutgifter pr. innbyggjar enn Noreg.

– UNDERFORBRUK

– OECDs tal kan ikkje nyttast til å seie noko om nivået på den samla ressursbruken til helse-tenester i Noreg samanlikna med andre land utan at ein korrigerer for langtidspleie og kjøpekraft, seier Jensen. «I stedet for et overforbruk av helseutgifter indikerer sammenligningene et vesentlig underforbruk. Derfor burde det heller ikke overraske at vi sliter med for høye ventelister på viktige områder (...) og at befolkningens misnøye med de offentlige

helsetjenester er så store at stadig flere skaffer seg private helseforsikringer eller kjøper sine spesialisthelsetjenester hos private leverandører», heiter det i rapporten hans.

Den såkalla samhandlingsreforma til Helse- og omsorgsdepartementet har som grunnleggjande premiss at det er eit overforbruk av sjukehusenester i Noreg. Dette «overbruket» skal reduserast ved at meir av helse- og omsorgstenestene blir utført i helse- og omsorgssektoren i kommunane.

– Samhandlingsreforma er ei retningsreform for å flytte ressursar frå sjukehusa til kommunehelsetenesta. Det skal gje kvalitativt betre helsetenester. Men går ein grundig inn i talmaterialet her, samanliknar med andre land med høge inntekter og utviklinga i ressursinnsats i sjukehusa, indikerer dette at ein går i heilt feil retning, seier Jensen.

«UNØDVENDIGE INNLEGGELSER»

I ein tale i januar i år sa helseminister Jonas Gahr at vi bør unngå «unødvendige sykehusinnleggelseser» av «eldre personer med kroniske sykdommer». Målet må vere at flest mogleg får «behandling og oppfølging i nærmiljøet», sa Støre.

Men dette synet er det lite grunnlag for i ein rapport om helse-tenester til sjuke eldre frå 2011. Rapporten var laga av Helsedepartementets eiga ekspertgruppe. Om ein endrar helsetenestene ut frå ein premiss om at det skjer grunnlause sjukehusinnleggingar av eldre, er det stor fare for at sjuke eldre vil få pleie og omsorg i staden for rett diagnose og behandling, heitte det i rapporten. Grappa tok sterkt til orde for at det måtte etablerast tett kontakt mellom kommune- og spesialisthelsetenesta som i fellesskap måtte avgjere behandling, observasjon, pleie og omsorg for pasientane.

I ein leiarartikkel i 2009 i Tidsskrift for Den norske legeförening slo professor i geriatri ved Oslo universitetssjukehus Torgeir Bruun Wyller fast at «det er for tiden umåtelig mye mer politisk korrekt å omtale de unødvendige innleggelsene enn de innleggelsene som burde vært iverksatt, men som ikke ble det».



Ein sjuk, eldre mann får ekstra oksygen gjennom eit nasekateter. Foto: NTB scanpix

– Dei som særleg blir taparar, er eldre med komplekse eller diffuse sjukdomsbilete.

Torgeir Bruun Wyller, professor i geriatri ved Oslo universitetssjukehus

– SEGLAR UNDER FALSKT FLAGG

I dag seier Wyller til Dag og Tid at han ser på ideen om å spare pengar gjennom samhandlingsreforma som å segle under falskt flagg. Det handlar i røynda om ansvarsflytting og pengeflytting frå spesialisthelsetenesta, meiner Wyller.

– Konsekvensen blir at ein hevar terskelen for å leggje inn pasientar på sjukehus. Dei som særleg blir taparar, er eldre med komplekse eller diffuse sjukdomsbilete. Dei må ta til takke

med lågteknologiske, billige løysingar. Det er ikkje godt nok. Desse pasientane må undersøkjast grundig før ein kan konkludere med kva som er fornuftig behandling. Og det er meiningslaust å konkludere i ettertid med at innlegging ikkje var turvande, for svara har ein ikkje før undersøkingane er gjennomførte, seier Wyller.

Ekspertgruppa til Helsedepartementet vart leidd av professor Ivar J. Aaraas, som er leiar for Nasjonalt senter for distriktsmedisin ved Universitetet i Tromsø.

Med i grappa var også professor Wyller. Tilrådingane frå grappa fall ikkje i smak i departementet.

– Det var tydeleg at departementet mislika innhaldet i rapporten vår, seier Aaraas til Dag og Tid.

LOVBROT I DEPARTEMENTET

Eit teikn på dette er at rapporten aldri er blitt journalført i arkivet til Helsedepartementet. Rapporten vart overlevert til departementet 24. januar i 2011. Ekspertgruppa vart oppnemnd i brev datert 5. november 2010. Men oppnemningsbrevet til medlemene av ekspertgruppa vart først journalført i postjournalen i departementet i desember 2012, meir enn to år på overtid. Ei rad andre dokument i saka er heller ikkje journalførte i departementet, viser gjennomgangen Dag og Tid har gjort. Dette er klart i strid med arkivlov og arkivinstruks, og altså lovstridig praksis. Dag og Tid har bede departementet om

elsevesenet



ei forklaring utan å få svar.

Rapporten frå ekspertgruppa vart likevel tilgjengeleg ved at utvalsteiaren, professor Aaraas, sytte for å publisere rapporten på heimesida til Nasjonalt senter for distriktsmedisin.

Samstundes publiserte avisa Nordlys ein kronikk forfatta av Aaraas der han omtalar rapporten frå ekspertgruppa og mellom anna skriv at konklusjonar i rapporten er «delvis i uoverensstemmelse med regjeringens høringsdokumenter» om samhandlingsreforma. Han åtvarar mot eit «svarteperspel og uverdige overflyttingar» for å hindre at dei sjukeaste eldre blir kasteballar mellom kommune og stat.

FLEIRE FEIL FRÅ STATSRAÐEN

I 2011 hevda daverande helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen at 20 prosent av dei sysselsette i Noreg arbeider i helse- og sosialsektoren. Ho hevda

at om ein ikkje gjorde endringar, ville snart ein tredjedel av alle sysselsette arbeide i denne sektoren.

Bjarne Jensen har gått grundig inn i talmaterialet. Han påviser at tala til helseministeren byggjer på talet på *personar* som har arbeid i helse- og sosialsektoren. Men på grunn av den store bruken av deltidstillingar i sektoren, gjev dette eit heilt feil bilete. Ein må i staden byggje på talet *årsverk*. Han konkluderer med at arbeidet i helse- og sosialsektoren i røynda utgjer vel 11 prosent av samla årsverkinnsats i Noreg.

Det er heller ikkje slik at helseutgifter utgjer ein stadig større del av det samla forbruket i Noreg. Tvert om: Frå 2003 til 2011 gjekk reine helseutgifter ned som del av det innanlandske forbruket, frå 8,6 til 7,6 prosent. Den nedgangen meiner Jensen heng saman med ei nedprioritering av spesialisthelsetenestene etter at staten overtok sjukehusa.

Bakgrunn

■ **Føretaksreforma:** Stortinget vedtok i 2001 å overføre ansvaret for sjukehusa frå fylkeskommunane til staten. Landet vart delt inn i fem regionale helseføretak som fekk ansvar for all sjukehusdrift i kvar sin region. Sjukehusa vart føretak med kvart sitt styre. Reforma vart sett i verk frå 1.1.2002.

■ **Samhandlingsreforma:** Prinsippet er at kommunane får ansvaret for å dekkje behovet innbyggjarane har for helsetenester, uavhengig av om det skjer i kommunen eller i statlege sjukehus. Ein hovudidé var å auke innsatsen for førebyggjande helsetenester for å redusere behovet for innlegging og behandling i sjukehus og slik spare pengar. Reforma vart sett i verk frå 1.1.2012.