

# HELSEPOLITIKK OG FAGUTVIKLING

Samhandlingsreformen som skissert i egen stortingsmelding skulle etter planen vedtas av Stortinget i april i år. Den er nå utsatt i påvente av at et utvalg av statssekretærer blant annet skal utrede finansieringen av reformen. Modellen for hvordan spesialisthelsetjenesten skal kunne forbruke "mindre mer" til fordel for økt satsning på primærhelsetjenesten synes ikke å ha tilstrekkelig oppslutning i Stortinget slik forslaget foreligger nå. Den overordnede helsepolitiske målsetningen om å redusere kostnadsveksten i helsesektoren står imidlertid fast.

At overordnede helsepolitiske føringer har som mål å redusere kostnadsveksten innen helsetjenesten er ikke nytt. Gudmund Hernes ønsket i sin periode som helseminister å modernisere spesialisthelsetjenesten. Med NOU "Pasienten først" i 1997 banet han veien for de fire nye helselovene der blant annet pasientens rettigheter ble førende for utviklingen av spesialisthelsetjenesten. En annen visjon var å øke utdanningskapasiteten ved å redusere utdanningstiden fram til ferdig spesialistgodkjenning for vår profesjon. At denne visjonen har lyktes i løpet av den nå snart halve mannsalder som er gått siden han delte sine tanker med oss under helsepolitisk sesjon på vårmøtet til NCS i 1997 er vel å ta for hardt i. Riktig nok er en endring av turnustjenesten på gang av andre årsaker. Fra vårt faglige ståsted er det fortsatt en betydelig bekymring at utdanningskapasiteten for vår spesialitet generelt er for lav, og at utdanningssystemene ikke holder tritt med den faglige utviklingen. Særlig gjelder denne bekymringen for intervensjonsbehandling av kransåresykdom og ablasjonsbehandlingen av arytmier.

Tore Tønnes eierreform har fra 2002 og frem til i dag fått mange pseudonyme betegnelser. Den har vært fremstilt som ledelsesreformen med ändelt ledelse der medisinsk skolerte ledere skulle bli foretrukket. Reformen har også vært fremhevet som en kvalitetsreform med innføring

av kvalitetsindikatorer. Dessverre har dette ført til at målt kvalitet først og fremst er fokusert rundt forhold som kan telles, uten at dette nødvendigvis blir oppfattet som gode kvalitetsmål. At reformen også har vært en økonomisk reform er

det vel få som er i tvil om. Regnskapslovens gyldighet for helseforetakene har gitt god grobunn for økonomer som rådgivere og trendsettere i spesialisthelsetjenesten, som om et sykehus er å betrakte som en produksjonsbedrift i hovedsak styrt av markedsøkonomiens krefter. Langsomt har språk og kultur blant våre ledere beveget seg i retning av økonomenes verden; det er det mest markante inntrykk vi så langt sitter igjen med. Sykehusenes behov for kontroll over aktivitet og faglig utvikling var vårt viktigste argument for å ønske en

eierreform velkommen. Dette behovet synes nå å drukne i detaljeringsgraden i styringssignalene og rapporteringskravene ovenfor de enkelte helseforetak. For mange oppleves dette forsterket av en stadig strammere økonomisk styring fra den samme eier.

Nå er altså den etter sigende mest gjennomgripende helsereform i nyere norsk historie, samhandlingsreformen, satt på vent. I en kommentar fra leder i Helse- og omsorgskomiteen, Bente Høie, heter det at statssekretærer fra fire departementer skal tenke nytt om de sentrale elementene som Bjarne Håkon Hansen la frem<sup>1</sup>. I denne tenkeperioden utformes det detaljerte innholdet i reformen. Den helsepolitisk styrte utviklingen er avhengig av tunge medisinskfaglige aktører som rådgivere for at reformen skal lykkes. Denne mulighet for påvirkning må utnyttes slik at kloke råd med edruelige, men ambisiøse faglige mål når fram til dem som nå former rammene for vår faglige framtid.

<sup>1</sup> Tine Dommerud. Samhandlingsreformen utsatt. Dagens Medisin nr 6-2010 s. 4.

Stein Samstad

