

Det utrygge finanssjukehuset

Sjukehusreformane verkar kostnadsdrivande. Det er konklusjonen i ein artikkel av Julie Kjelvik, rådgivar i Statistisk sentralbyrå. På nettsidene deira ser ein også at kostnadane i spesialisthelsetenesta auka i 2007, medan talet på behandlingar gjekk ned. Helseministeren sa til tidsskriftet "Sykepleien" i oktober at målet ikkje er å redusere utgiftene generelt, men helsereformane må likevel må halde fram; å vere i ro er å sakke akterut. Men kva er målet? Og korfor er det likevel heile tida snakk om pengar?

Då Staten tok over i 2002, vart sjukehusa organisert som bedriftsøkonomiske føretak og pålagt å drive i balanse. Med dei nye måla følgde nye rekneskapsreglar. Sjukehusdrift har til alle tider vore prega av økonomistyring og tronge budsjett. No er dei bedriftsøkonomiske måla uttrykkeleg overordna tryggleiken for pasientane.

Offentleg sjukehusdrift kostar. Å bruke ressursar til å ta seg av sjuke og skadde menneske er ei samfunnsetisk prioritering som er med å gjere samfunnet til samfunn – at ein kan ha håp om å få hjelp når ein er i naud. I det fattige Nord-Noreg var det elleve offentlege heilårs akuttsjukehus i 1910, finansiert av avgifter på fiskeomsetjinga – utan bidrag frå Staten. Sjukehusa i Mosjøen, Narvik og Mo vart reist av frivillige foreiningar for å gi befolkninga tryggleik. Natt og dag kom akutt sjuke og skadde inn og vart behandla og pleid gjennom sjukdommen. I vår tid samla folk inn til MR-maskinar på sjukehusa sine. Historikarar hevdar at helsevesenet var kjernen i den velferdsstaten som har forma identiteten vår som nasjon.

Dette er historie. Før var det realøkonomien som sette grenser. Dei fleste av oss tenker framleis realøkonomisk: Ein kan ikkje bruke meir pengar enn det som finst på budsjettet. Men i det tjuetførste hundreåret spelar ein annan økonomi inn i sjukehusa, nemleg den finansøkonomien som akkurat no revnar over heile verda.

Fleire forskarar har vist at utgiftene vart større fordi nye rekneskapsreglar vart innført med reformen. Fanny Voldnes spør i boka "Dårlig medisin" (Attac, 2008) om politikarar og innbyggjarar veit at underskotta til sjukehusa i hovudsak har opphav i rekneskapsreglane. No blir administrasjonsutgifter inkludert som før låg til fylkesbudsjetta. Viktigare er det at avskrivningar på bygningar og utstyr i helseregionane blir ført til kostnad, med mange milliardar årleg. Voldnes forklarar at dette er ei form for avskrivning som ikkje dreier seg om bruk og slitasje, og som ikkje går til vedlikehald. Avskrivningane er ein "beregnet størrelse" for avkastning av investeringane, ut frå prinsippet om at kapital skal forrente seg, skriv ho. Det er altså tenkte finanstop. Dei skal ikkje betalast, men skaper budsjettunderskott med svært verkelege konsekvensar for sjukehusdrifta. Denne blandinga av fiktiv finansøkonomi og realøkonomi gjer sjukehusdrifta vanskeleg å forstå og kontrollere.

Til grunn for dei nye reglane ligg internasjonale Public Sector Accounting Standards (IPSAS), utarbeidd av den internasjonale revisorforeininga, med støtte frå mellom andre Verdsbanken. Ut frå nettsidene deira har IPSAS som strategi at rekneskapsstandardane for alle offentlege verksemdar skal tilnærmast det finansøkonomiske regelverket. Begrepsmessige rammeverk med teknisk support blir utvikla, og budskapen spreidd på konferansar. Nasjonen med oljefondet får god omtale: I Noreg, heiter det, går regjeringa i spissen for å innføre standardane. Voldnes fortel at Senter for statleg økonomistyring under Finansdepartementet, med 320

tilsette, tilpassar dei finansøkonomiske reglane til norske forhold gjennom omfattande utprøving i statlege verksemdar. Er det denne prosessen helseministeren meiner ikkje må sakke akterut? Krisa i sjukehusøkonomiane heng altså saman med aktive politiske prioriteringar. Voldnes, som sjølv er revisor, meiner at private revisorar har tilnærma kunnskapsmonopol i Noreg på desse reglane. Og det er sant at det er ikkje godt for ein ikkje-økonom å forstå årsmeldingane til eit helseføretak. Dei ser ut til å vere gjennomsyra av finansøkonomiske begrep.

Midt i finanskrisa trer finanssjukehuset fram, fiktivt og verkeleg på same tid. Vi hugsar visjonane frå Thatcher: Samfunnet finst ikkje, det er inga anna løysing enn marknaden. På 1990-talet utvikla det offentlege Noreg ein kunstig ”indre marknad”, der Staten kjøper tenester att og fram av seg sjølv, avdelingar vegg i vegg fakturerer til kvarandre, sjukehusa konkurrerer, logistikken myldrar og byråkratiet veks.

Den fiktive sjukehusøkonomien er frå 1997 driven fram av innsatsstyrt delfinansiering (40% dei siste åra). Sinnrike internasjonale måltall-system er utvikla. Pasientopphalda blir koda og sortert av eit dataprogram i 680 diagnoserelaterte grupper (DRG), i all hovudsak ut frå diagnose og behandlingsprosedyrer, slik at gruppa omfattar ein bestemt type operasjon eller behandling. Ut frå gjennomsnittleg aktivitet og ressursbruk i kvar gruppe blir det rekna ut DRG-poeng, som blir vekta økonomisk. Gjennom dette finansieringssystemet kan sjukehuset ”tene pengar” på behandlingar. Systemet er kritisert av forskarar og fagfolk, og ingen ting tyder på at det verkar innsparande. (NOU 2008:2 føreslår forresten at også kapitalkostnadane skal fordelast på DRG’ane.) I politisk sjargong blir DRG-poeng kalla for ”helse”. Ein snakkar om ”helseproduksjon” og meiner summen av inntektsgivande behandlingar. Som føretak blir sjukehuset sitt eige fokus, og sitt eige mål.

Derfor må sjukehusa konkurrere om det pasientmaterialet som gir mest poeng. Ut frå Helse Nord sine planar skal lokalsjukehusa, altså dei aller fleste sjukehusa, legge hovudvekta på store pasientgrupper som gamle og langvarig sjuke. Dei kan også utføre enklare kirurgi. Elles skal pasientane inn i ein ”behandlingskjede” frå instans til instans, frå sjukehus til sjukehus. Det blir viktig å få til ”helhetlige forløp”, som altså ikkje er sjukdomsforløpet til pasienten, men logistikken gjennom kjeden.

I haust skreiv 30% av befolkninga i Lofoten og Vesterålen under på eit krav om å behalde leinga ved sjukehusa på Gravdal og Stokmarknes, og fleire tusen slo ring om dei to sjukehusa. Kampane om lokalsjukehusa over heile landa handlar ikkje minst om *tid*, om kritiske timar og dagar i menneskeliv. Sett frå pasienten si side vil funksjonsdelinga mellom sjukehusa gå rett gjennom sjukdomsforløpet. Gamle og langvarig sjuke som må opererast, skal att og fram eksempelvis til Tromsø, fortrinnsvis på dagen, fortrinnsvis med rutegåande skyss. Prinsippet liknar det ein i økonomien kallar for levering ”just in time”, altså at ein skal unngå å halde varar på lager. Men her dreier det seg altså om sjuke folk.

Eldre sjuke kan trenge lengre tid for å komme seg, og har oftare fleire sjukdommar som kompliserer forløpet. Alderdom er ikkje ein faktor i DRG-utrekninga, så eit sjukehus kan tape på at andelen eldre aukar. I 2007 hadde pasientar over 60 58 % av liggedagane på sjukehus, dei fleste med kreft, hjarte-kar-sjukdommar eller større skader. Gamle over 80 var ei stor gruppe, med kvar femte liggedag.

Poliklinisk behandling og dagbehandling aukar sterkt på grunn av betre behandlingsmåtar og politisk prioritering, men det er likevel døgn drifta som dominerer sjukehusa. I 2007 var det på landsbasis 6, 88 millionar opphaldsdøgn i spesialisthelsetenesta, ti gongar talet på dagbehandlingane. (Tala bygg på opplysningar frå Statistisk sentralbyrå.) Det er sjukepleiarar og hjelpepleiarar som dekker opp døgnnet, veka og året. Saman med vakthavande legar har dei ansvaret for dei sjuke når dei fleste andre er gått heim. Mellom anna på grunn av tidskontinuiteten utgjer sjukepleietenesta meir enn 40% av årsverka i Helse Nord. Var alle pasientar ute kl.16, ville pengar vore spart!

Pasientar som kjenner seg bra etter eit inngrep, er oftast glade for å komme seg ut på dagen. Andre treng eit tett samspel av medisinsk behandling og sjukepleie gjennom eit lengre forløp, og det veit ein ikkje alltid på førehand. I følge helseministeren er utskrivingsklare pasientar på sjukehus dårleg butikk; dei har ikkje noko der å gjere. Men kva tid er ein ”utskrivingsklar”? Er det nok at sjukehuset har utført behandlinga? Når ein nyoperert åttiåring blir sendt heim åleine ti mil i drosje, er det ein sjukehustabbe, eller god økonomistyring?

Pasienten sitt liv blir irrelevant. Sjukepleie blir ei urasjonell lagerdrift som ikkje gir uttelling og blir prioritert ned. Norske sjukehus har ikkje overordna fagleg sjukepleieleiing lenger; sjefssjukepleiarane med ansvar for sjukepleietenesta er borte. Offisielt har sjukehusa berre fire hovudoppgåver: behandling, forskning, utdanning og opplæring. Sjukepleien har stort omfang, men er nærpå usynleg i offentlege dokument, i DRG-systemet og i media. Ein brukar av og til uforpliktande begrep som helse eller omsorg.

Sjukepleie handlar mykje om tid – om pasienten si tid gjennom opphaldet. I samarbeid med hjelpepleiarane sørgjer sjukepleiarane kontinuerleg for livsopphaldet hos pasienten, før, under og etter behandling. Pasientane skal klare seg best mogleg gjennom kortvarige inngrep, stadige behandlingar, eller langvarige kritiske sjukeleie. Kontinuiteten i sjukepleien er nødvendig for å fange opp det uregelmessige og individuelle: teikn til komplikasjonar eller biverknader, smerter, plagar, ønske og bekymringar. Kontinuiteten bergar liv, og er nødvendig for informasjonsflyt til og frå pasienten, og om pasienten. Det er ikkje logisk mogleg å kode, telle og vekte det usikre og opne. Finanssjukehuset fangar altså ikkje opp strukturen i sjukepleien. Det er like fullt ein struktur som er rasjonell og nødvendig.

Sjukepleiar- og hjelpepleiarstillingar blir no innskrenka eller overført til vikarbyrå, og her er det ingen krisepakke. Sengetalet skal reduserast ytterlegare, avdelingar blir lagt ned og fagmiljø brotne opp. Sjukehusa tar framleis inn alvorleg sjuke, for kven elles kan gjere det? Sjukepleien kan neppe bli borte, men han kan bli nødtørftig, oppstykkja og upålitande. Eit sjukehus kan vere ein trygg plass å komme til. Det kan også bli ein farleg plass å vere.

Ingunn Elstad,
Førsteamanuensis,
Universitetet i Tromsø.