



Tidsskriftet
DEN NORSKE LEGEFORENING

Resept for en bedre helsetjeneste?

ESSAY

JAN C. FRICH

E-post: jan.frich@medisin.uio.no

Jan C. Frich (f. 1970) er professor ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, og overlege ved Nevrologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Høye kostnader, kvalitetsutfordringer og økte forventninger er problemer helse-systemene globalt står overfor. Er det noe å lære av erfaringene fra verdens største og mest innovative helsepolitiske laboratorium? Legen Ezekiel J. Emanuel deler sine refleksjoner og perspektiver i boken *Prescription for the future*.



Ezekiel J. Emanuel (f. 1957) er amerikansk lege og spesialist i onkologi. Han er tidligere leder for Avdeling for bioetikk ved National Institutes of Health, og er nå professor i medisinsk etikk og helsepolitikk ved University of Pennsylvania. Emanuel var tungt involvert i arbeidet med den amerikanske helsereformen som ble innført i 2010. Foto: Nation Books

Prescription for the future føyer seg inn i lang rekke artikler og bøker fra Ezekiel J. Emanuels penn om etiske spørsmål, lege-pasient-forhold og helsepolitikk (1–3). Emanuel skriver at den amerikanske helsereformen, i tillegg til å øke forsikringsdekningen, også skulle fremme nyskapingen med hensyn til utforming, organisering og finansiering av tjenestene. Det ble opprettet et eget føderalt senter for tjenesteinnovasjon for å utvikle og prøve ut nye tjenestemodeller (4). Emanuel har under arbeidet med boken vært på jakt etter «nyskapende praksiser» (transformational practices) i den amerikanske helsetjenesten.

Helsetjenestens Kodak?

Det første kapitlet handler om Paige Harris, en eldre kvinne, som følges opp av en rekke leger og andre, men som verken deler felles journalsystem eller har en helhetlig plan. Kvinnen utsettes for unødvendige medisiner og tiltak, og helsesystemet fremstår som en rekke fragmenterte og dårlig koordinerte initiativ. Lav kvalitet og for høyt kostnadsnivå er to helt grunnleggende problemer med det amerikanske helsevesenet, fastslår Emanuel. Han peker på to viktige årsaker: «Fee-for-service» som betalingsmekanisme, som belønner aktiviteter og ikke kvalitet, og manglende måling av kvalitet på og forbedringer av kliniske prosesser. Vi har bare sett begynnelsen på omveltningene i helsevesenet, mener Emanuel, og skriver at de som ikke forholder seg til utviklingen risikerer å ende opp som «the Kodaks of healthcare». Emanuel presenterer så det han oppfatter som 12 nyskapende praksiser – dette er kjernen i hans helsepolitiske resept.

Tilgang og måling av kvalitet

Noen slike praksiser handler om endringer i infrastruktur, med etablering av større systemer som har ansvar for pasientene. Han mener eksempelvis at timebestilling bør sentraliseres i større systemer slik at pasienter lettere får tilgang til time når de trenger det. Han er ikke imot kontinuitet i lege-pasient-forholdet, men mener lang ventetid er uheldig og at tilgang til kyndig helsepersonell kan være viktigere enn kontinuitet. Han mener man må forenkle papirarbeidet knyttet til administrativ håndtering av pasienter, noe som nok er en større utfordring i et system med ulike helseforsikringsordninger enn i et land som Norge. Videre mener han at man systematisk må måle kvaliteten på legers arbeid og at oppfølgingen av pasienter må standardiseres slik at man unngår uønsket praksisvariasjon. Han foreslår også at det innføres egne koordinatorene for personer med kroniske sykdommer.

Medvirkning og «deinstitusjonalisering»

Forholdet mellom pasienter og aktører i systemet er et annet område hvor Emanuel mener at det trengs store endringer. Pasienter og brukere må i større grad enn i dag involveres i beslutninger, og man må utvikle beslutningsverktøy som fremmer pasienters mulighet til å fatte egne beslutninger i helsespørsmål. Helsesystemene må dessuten dimensjoneres på en slik måte at forholdet mellom ulike typer helsepersonell blir hensiktsmessig og spesialister brukes riktig. Han mener man må ta initiativ til «deinstitusjonalisering», ved å redusere omfanget av sykehusinnleggelse og å tilby bedre oppfølging i pasienters lokalsamfunn og hjem.

Emanuel ønsker en utvikling av helsetjenestene hvor det legges større vekt på atferdsendringer og livsstilsendringer. Han ivrer derfor for økt bruk av andre yrkesgrupper enn leger. Videre må helsetjenesten tilby bedre palliativ omsorg i hjemmet, og det må satses mer på helsefremmende tiltak i lokalsamfunnet.

Kunstig medisin?

Emanuel mener at ny teknologi vil ha stor betydning for utviklingen av helsetjenestene. Han bruker konsekvent begrepet «virtual medicine» om digital teknologi og advarer mot for store forhåpninger når det gjelder e-helse, helseapper og digitalisering av sektoren. Han maner til sunn skepsis og mener at teknologien ikke vil erstatte møtene mellom klinkere og pasienter, men at ny digital teknologi først og fremst vil kunne bedre diagnostiske og behandlingsmessige muligheter.

Folkehelseperspektivet

Primært retter Emanuel blikket mot leverandørsystemene, og han omtaler i liten grad hvordan strukturelle forhold, sosial ulikhet og tiltak på andre samfunnsområder innvirker

på befolkningens helse. Andre akademikere, slik som Elizabeth H. Bradley og Lauren A. Taylor, har til sammenligning argumentert for at man ville oppnå større helsegevinster i USA om man omfordelte noen av ressursene fra helsesektoren til andre samfunnsområder (5). Emanuel skriver dessuten mest om helsesystemer som er vertikalt integrert, altså uten et entydig skille mellom sykehusbasert helsetjeneste og primærhelsetjeneste.

Noe å lære?

Emanuel vil, som mange andre, være enig i at helsesystemet i USA langt fra er optimalt og at tilgangen til helsetjenester er ulikt fordelt. Samtidig er USA et land hvor vi finner helsetjenester i verdensklasse, og hvor nye tjenester, modeller og finansieringsordninger kontinuerlig utvikles og utprøves. Er det noe å lære av *Prescription for the future*? Bør vi prøve hans medisin?

Forskjellene mellom USA og Norge er mange: Helsevesenet i Norge er i hovedsak offentlig eid med en sterk primærhelsetjeneste og en veletablert fastlegeordning. Hele befolkningen har tilgang til helsetjenester av god kvalitet. De nyskapende praksisene Emanuel rapporterer om, er langt fra ukjente. Standardisering av pasientforløp, brukermedvirkning og involvering i beslutninger, måling av kvalitet, bedre koordinering og endret oppgavefordeling er høyt på den helsepolitiske dagsordenen også i Norge.

Han rapporterer fra helsesystemer som er vertikalt integrerte – er en slik helhetlig og sammenhengende tjeneste noe vi burde prøve ut i Norge? Forfatteren understreker hvordan velfungerende samarbeid mellom leger og administrative ledere er avgjørende for å utvikle tjenestene. Har kliniske ledere i Norge tilstrekkelig administrativ støtte til å bidra til fagutvikling og tjenesteutvikling? Når det gjelder digitalisering av sektoren, er nok mange i Norge noe mer offensive enn Emanuel, og ser muligheter for at kontakten mellom bruker og system i økende grad vil skje gjennom nye digitale medier.

Prescription for the future er en bok som er egnet til å inspirere leseren, og som gir nye perspektiver på utviklingen av helsetjenesten. Boken har ikke referanser i tradisjonell forstand, men det er oppført en kort liste over litteratur knyttet til hvert kapittel. Teksten søker å overbevise leseren gjennom historier og eksempler, snarere enn ved henvisninger til original forskning. Det kunne ha vært ønskelig å få presentert kunnskapsgrunnlaget for resepten på en mer eksplisitt måte, men man får ta boken for det den er – en stemningsrapport og et mylder av ideer, eksempler og refleksjoner fra verdens største helsepolitiske laboratorium.

PRESCRIPTION *for* THE FUTURE

THE TWELVE TRANSFORMATIONAL
PRACTICES *of* HIGHLY EFFECTIVE
MEDICAL ORGANIZATIONS



EZEKIEL J. EMANUEL

Aktuell bok: Ezekiel J. Emanuel. Prescription for the future. The twelve transformational practices of highly effective medical organizations. New York, NY: Public Affairs, 2017.

LITTERATUR:

1. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA 1992; 267: 2221 - 6. [PubMed][CrossRef]
2. Emanuel EJ. Reinventing American health care: how the affordable care act will improve our terribly complex, blatantly unjust, outrageously expensive, grossly inefficient, error prone system. New York, NY: Public Affairs, 2014.
3. Liao JM, Emanuel EJ, Navathe AS. Six health care trends that will reshape the patient-provider dynamic. Healthc (Amst) 2016; 4: 148 - 50. [PubMed][CrossRef]
4. The Center for Medicare & Medicaid Innovation. The Center for Medicare & Medicaid Innovation. <https://innovation.cms.gov/>
5. Bradley EH, Taylor LA. The American health care paradox: why spending more is getting us less. New York, NY: Public Affairs, 2013.

Publisert: 4. september 2017. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0495
© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no