

Når jeg antyder overfor mine sønner at mer tid kan brukes på lekser, møtes jeg oftest med en blanding av oppgitthet og irritasjon. Hvordan kan jeg hevde at de ikke gjør nok? De gjør det samme som kameratene – kanskje mer! Dessuten er dagens skole en annen enn min var. Og undervisningsopplegget er tilpasset elevene – og ingen leser passer alle.

Med andre ord, om mine sønner ikke har lest leksene, har de lært noen viktige lekser: Det gjelder å velge seg et komfortabelt sammenlikningsgrunnlag. Videre, hvis man ikke vet hva andre gjør, slipper man å bedømme egne prestasjoner, og uten felles målestokk kan alle være best. Ved å velge hvem det er «naturlig å sammenlikne seg med» eller ved å fremholde at man unik og ikke kan sammenliknes med noen som helst, blir det fort typisk norsk å være god. Med samme logikk kan Norge ha verdens beste helsevesen.

Kikker man over landegrensene, oppdager man fort at verden er forskjellig. Lange køer og ventetid er et problem bare i noen ganske få land (1, 2). Tyske og taiwanske pasienter har i gjennomsnitt ti legekonsultasjoner per år, mens norske har fire (2). Og mens sjansen for å få utført en angiografi hvis du er innlagt med et akutt hjerteinfarkt er omtrent 5 % i Norge, så får halvparten av amerikanske pasienter dette tilbudet, og i land som Italia, Frankrike, Belgia, Australia og Israel har andelen økt fra 15–20 % tidlig i 1990-årene til 30–40 % i dag (1). Slike forskjeller gir ikke nødvendigvis forbilder, men de gir rom for ettertanke.

Man blir også slått av et annet fenomen: Helsevesenet tenker globalt, men handler lokalt. Biomedisinsk kunnskap og teknologi er felles i den forstand at medisinske eksperter leser de samme tidsskrifter, de samme elektroniske sammendrag og stort sett har tilgang til de samme medikamenter og redskaper, iallfall innen rammen av noen få år. Ledende klinikere samarbeider på tvers av landegrensar, legemiddelfirmaer averterer de samme botemidler jorden rundt og pasienter klikker seg frem på Internett. Likevel er helsetjenesten på viktige områder forblitt en hjemmeindustri. Det er økende belegg for at medisinsk praksis ikke konvergerer, selv om teoribasen er ens (1). Selv om den felles, gjerne vitenskapelige og globale kunnskapen lovprises, er pasientene i stor grad prisgitt lokale tradisjoner.

Andre trekk er påtrengende like. Helsebudsjettene vokser, debatten øker og politikerne strides. Helsepolitiske valg flytter velgere mellom partiene. Likevel, land som beveger seg langs disse samme akser, har svært ulike måter å organisere, finansiere og regulere sitt helsevesen på. Ja, helsepolitikken

varierer atskillig mer enn politikken på flere andre sentrale områder.

Det finnes en rekke nasjonale og internasjonale organisasjoner som rapporterer makrotrender og helsestatistikk, f.eks. om utgifter til helsetjenester, ressursbruk når det gjelder leger eller senger eller populasjonsbaserte indikatorer som forventet levealder eller dødelighet. Men slik statistikk er ikke ment for – eller egnet til – å si noe om selve helsetjenesten, om tilbudene er gode eller dårlige og om resultatene for pasientene står i forhold til ressursene som settes inn. Makrosammenlikninger av helsetilstand kompliseres av at genetiske, atferdsmessige og sosiale forhold er vel så avgjørende for befolkningens helse som helsetjenesten. Og det er viktig å være klar over at når helseøkonome snakker om «kostnadeffektivitet», så snakker de vesentlig om ressursutnyttelse – ikke om resultatoppnåelse (3, 4), mens medisinerne oftest vil tenke på helsegevinst per krone når de bruker et slikt begrep (5).

For å bedømme norsk helsevesen, må vi først og fremst ha kunnskap og data om hva som foregår i norsk helsevesen og om kvaliteten på tjenestene. Det hjelper lite å vite at et visst antall pasienter kommer gjennom sykehusene med en viss ressursinnsats. Poenget er ikke antall senger eller antall liggedager, men det som skjer med pasientene mens de ligger der. I vårt norske system kan et sykehus se ut som om det er «effektivt» hvis det tar inn en pasient med hjerteinfarkt, ikke gjør noe som helst, skriver ham ut etter fem dager – og legger ham inn til videre undersøkelser en uke senere.

Nylig beskrev Mangschau og medarbeidere god effekt på sykkelighet og dødelighet hos hjerteinfarktpasienter som ble tilbudt primær angioplastikk (6). Omtrent 2,5 % av norske hjerteinfarktpasienter under 65 år fikk dette tilbudet i 1998 etter at metoden ble tatt i bruk for alvor i 1996. Til sammenlikning fikk 20 % av pasientene i California primær angioplastikk allerede i 1990 og nærmere 30 % i dag. I Norge har vi ikke vært alene om å være sene og tilbakeholdne med å tilby pasienter denne nye behandlingsmetoden. Noen andre land som finansierer og organiserer helsevesenet omtrent som oss, f.eks. Finland og England, har hatt en liknende utvikling. Danmark innførte en egen satsing på hjertepasienter tidlig i 1990-årene. Tilbudet til danske pasienter likner derfor mer på det f.eks. franske, belgiske, australske og kanadiske pasienter får. I disse landene har andelen som får primær angioplastikk ved akutt hjerteinfarkt økt fra 5–10 % i 1990 til 10–15 % i dag (1).

Skal man forstå seg selv, er det bedre å se

på andre enn å se i speilet. Sammenlikninger vil si å åpne seg for innsikt. Det kan gi ubehag – eller uventet glede. Det viktigste er imidlertid at sammenlikninger gir innsikt og sporer til handling – om hvem vi er, om hva vi får og om hva vi bør gjøre. Mye medisinsk innsikt er basert på sammenlikninger. Bare ved å kjenne normalverdier kan vi bedømme hva som er for høyt eller for lavt. Når det gjelder helsepolitikk, velger vi mer uvitenhet enn nødvendig fordi vi ikke systematisk og i tilstrekkelig detalj skaffer oss kunnskap om det andre gjør. Men bare andres innsats, ytelser og resultater kan gi oss målestokken for vår egen politikk.

Charlotte Haug

charlotte.haug@unimed.sintef.no
SINTEF Unimed
0314 Oslo

Charlotte Haug (f. 1959) er dr.med. fra Universitetet i Oslo og MSc i helsetjenesteforskning fra Stanford University, USA. Hun arbeider for tiden blant annet med komparativ helsepolitikk ved SINTEF Unimed, Norsk pasientregister.

Litteratur

1. The TECH Research Network. Differences in technological change around the world. Evidence from heart attack care. Health Affairs 2001; akseptert for publisering.
2. Global Healthcare Productivity Research Network. Healthcare System Financing and Organization. <http://healthpolicy.stanford.edu/GHP/>
3. Kjekshus LE. Om å sammenlikne sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3035–9.
4. Hagen TP, Iversen T, Magnussen J. Sykehusenes effektivitetsutvikling 1992–1999: hvilke effekter ga innsatsstyrt finansiering? HEROs skriftserie 2001; 5. Oslo: Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo, 2001. www.sv.uio.no/hero/
5. Gold MR, Siegel JE, Russel MC, red. Cost-effectiveness in health and medicine. New York: Oxford University Press, 1996
6. Mangschau A, Bendz B, Eritsland J, Stavnes S, Müller C, Brekke M et al. Ett hundre pasienter behandlet med primær angioplastikk ved akutt hjerteinfarkt. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 775–9.