

Helsepolitikken bestemmes også av de temaene vi ikke diskuterer

Det vi ikke snakker om

Norge har verdens beste helsevesen. Det interessante er at det har Frankrike også – og Argentina. Det spørs bare hva man velger som kriterier på suksess og hvem man snakker med. Og det avhenger kanskje enda mer av hva man velger ikke å løfte frem.

Verdens helseorganisasjon kåret det franske helsevesenet til «verdens beste» i sin helse rapport i år 2000 (1). Grunnlaget for rangeringen kan selvsagt diskuteres, men var likevel forståelig (2). Frankrike kunne skilte med høy pasienttilfredshet, et likeverdig tilbud til alle, lave egenandeler, stor grad av valgfrihet, og ventelister fantes ikke. Ikke rart franskmenn var stolte og verden for øvrig misunnelig. Hvordan fikk de det til? Andre lands helsepolitikere og administratorer, også norske, strømmet til for å lære. Det franske helsevesenet går imidlertid med dramatiske underskudd – det omtales ikke like gjerne. Tøffe kutt må til, og fransk helsepersonell, særlig i primærhelsetjenesten og ved lokalsykehusene, har gjennomført flere hissige streiker de siste par årene pga. elendige lønns- og arbeidsforhold og det de hevder er et sviktende tilbud til pasientene. I andre land har det også vært underlig stille om det faktum at det var en overdødelighet på omkring 15 000 eldre mennesker i Frankrike sensommeren 2003 i forbindelse med en kraftig hetebølge. Den vesentligste årsaken var at pasientene ikke fikk tilgang på enkle helsetjenester – som f.eks. intravenøs rehydrering (3). Hvordan kunne dette skje i et land med verdens beste helsevesen?

Argentina kom ikke særlig høyt opp på rankinglisten til Verdens helseorganisasjon. Landet endte som nummer 75. Og likevel: Når man besøker argentiske sykehus eller snakker med legene der, ser man raskt at de har mye å være stolte av – og at de er det. Helsetjenester og medikamenter er gratis. Det er fritt sykehusvalg, og sykehusene er åpne for alle. Enhver, også pasienter fra andre land, kan kontakte det sykehuset de ønsker. De trenger ikke henvisning eller kompliserte lovregler om ventetid og forsvarlighet. Nylig hadde et foreldrepar tatt med seg sitt barn fra Uruguay til Argentina fordi barnet trengte en lungetransplantasjon. Den ble foretatt i Buenos Aires – på Argentinas regning. Kostnadene er under kontroll fordi spesialisthelsetjenestene – inkludert poliklinikkene – er rammefinansiert. Miguel Schiavone, lege og medisinsk direktør ved Juan Fernandez-sykehuset – det største i Argentina – formidlet et klart inntrykk av at legenes prioriteringer ikke styres av økonomiske incentiver. Drivkraften var faglig stolthet og kollegial anerkjennelse. Ingen administratorer overprøvede deres avgjørelser. Det er dessuten liten strid mellom helseprofesjonene og få klager fra pasientene. Det man ikke hører så mye om fra legene, er milelange ventelister til alt som ikke er helt akutt – pasienter overnattet på venteværelsene for å komme til. Et relativt omfattende privat tilbud er grodd frem ved siden av det offentlige – der de fleste legene fra det offentlige jobber på si. Primærhelsetjenesten og helsetjenesten i perifere strøk er nokså svak – noe som selvsagt rammer de

fattigste. Fraværet av profesjonsstrid og klagesaker fra pasienter kan også skyldes at systemet stadig er svært hierarkisk og paternalistisk – både sykepleiere og pasienter følger legenes minste vink.

Kvaliteten på helsevesenet i de ulike land er ikke egnet for direkte sammenlikninger. Hvordan man skårer på rankinglister avhenger også av hvilken målestokk som legges til grunn, av kriteriene for suksess. Men vel så viktig som det som måles, er det vi ikke ser og ikke måler, det vi ikke snakker om fordi vi ikke tenker på å ta det med i diskusjonen. Det blir ikke nødvendigvis bevisst utelatt, men ofte ubevisst filtrert bort.

Norge har også verden beste helsevesen – særlig når det er snakk om å endre på noe. Da er vi raske til å påpeke at bare en bitte liten endring i nåværende ordninger vil slå uheldig ut for tilbudet til pasientene. Det kan være riktig, men det er mange innbygde paradokser i vårt system som videreføres. F.eks. lages det mye støy om mange små, men viktige, beløp når statsbudsjettet legges frem. Vi problematiserer lite at de store utgiftspostene på statsbudsjettet for lengst er fordelt gjennom trygdebudsjettet, for eksempel via atferings-, uføre- og sykelønnsordningene og via refusjoner til medikamenter og helsetjenester. Det er lett å forsvare hovedprinsippene i den norske sykelønnsordningen – at ingen skal straffes økonomisk for å være syk – men vanskeligere å forklare for utenforstående hvorfor dette prinsippet bare gjelder i ett år og bare hvis du er i arbeid når du blir syk. Hvis du er alvorlig og langvarig syk, fratas du sykepengene etter ett år i Norge. Er du ikke i arbeid når du blir syk, får du ingenting. Det er heller ikke så lett å forklare hvorfor vi har valgt å la dårlig syn og tannhelse behandles særskilt: I svært mange land, inkludert både Frankrike og Argentina oppfattes f.eks. tannlegetjenester og tilpasning av briller som en selvsagt del av det samlede helsetjenestetilbudet – for å nevne noe.

I årene fremover vil alle budsjettposter presses. Vi står foran store prioriteringsdebatter. Da kan det være verdt å se hva andre land gjør som vi med selvfølgelighet ser bort fra, hvilke løsninger de har valgt og konsekvensene av dem – både de som kommer frem i festtaler og de som viser seg på venteværelset og legekontoret. Da vil det være nyttig å lytte til andre, men også å legge merke til hva som ikke omtales.

Charlotte Haug
redaktør

Litteratur

1. The World Health Report 2000 – Health systems: improving performance. Genève: WHO, 2000.
2. Holtedahl KA. À votre santé! Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2111.
3. Hemon D, Jouglu E. Surmortalité liée à la canicule d'août 2003: deuxième volet du rapport de l'Inserm. 26.10.2004. www.inserm.fr (8.11.2004).
4. French doctors start week of strikes. BBC News. <http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/europe/1773203.stm> (8.11.2004).