



Kommentar

Debattinnlegg på inntil 800 ord sendes inn via
www.manusnett.no

Gir økt produksjon mer helse?

Effektiv utnyttelse av ressursene, det er tidens melodi i helsepolitikken. Styringsreformer er innført, med ønske om at de skal bidra til å få mer ut av det raskt voksende helsebudsjettet. En stadig tydeligere kritisk røst mot disse reformene er at de i for stor grad er preget av markeds-tenkning, og at dette ikke er godt for innholdet i helsetjenesten.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Om denne røsten har noe for seg eller ikke, er vanskelig, kanskje umulig, å si. Vi mangler nemlig gode operasjonelle mål som kan hjelpe oss å avgjøre om reformene gir oss mer eller mindre igjen av det vi ønsker. Uten slike mål er det umulig å sammenlikne alternative måter å gjøre ting på med hensyn til hvor mye helse vi får igjen for de ulike alternativene.

Absurd

I de fleste diskusjoner, fagkonferanser, økonomiske analyser og offentlige utredninger behandles likevel spørsmålet om effektivitet *som om* vi har dekkende produksjonsmål. Det er for eksempel blitt en «sannhet» at innsatsstyrt finansiering har bidratt til en mer effektiv produksjon av somatiske helsetjenester. Det foreligger imidlertid ingen data som viser hvilken effekt reformene har hatt på helsetilstanden i befolkningen. Om vi har fått mer helseforbedring igjen for dette, er ukjent. Likevel sies det at virkemidlet har bidratt til en mer effektiv utnyttelse av ressursene. Eller det hevdes av virkemidlet har bidratt til en forverring; at helsetjenestene er blitt dårligere av denne medisinen. Ingen av synspunktene kan imidlertid belegges med data som viser hvilken effekt politikken har hatt på den overordnede målsettingen for helsetjenesten.

Vi kan si at politikken har ført til at ventetidene er kortere. Vi kan også si at poli-

tikken har ført til at flere behandles. Men vi kan *ikke* si at dette er riktig ressursbruk i forhold til effekten på helsetilstanden.

Tilsvarende absurd er den mer generelle diskusjonen om markedsliknende styringsverktøy er et gode eller et onde i helsevesenet. Om disse virkemidlene fører til at pasientene blir friskere og/eller får bedre omsorg enn før, vet vi ikke, nettopp fordi vi ikke har mål på dette. Mistanken om at enkelte styringselementer fører til dårlig pasientbehandling er kanskje begrunnet. Men problemet er at vi ikke har slike data.

Tre typer produksjonsmål

Det er tre hovedgrupper av produksjonsmål som brukes, eller kan brukes, for helsetjenester. Det ene er aktivitetsmål, slik som antall konsultasjoner, antall inngrep, eller, mer indirekte, ventetider. Svakheten ved dette målet er at det ikke sier noe om helseeffekten av aktiviteten. Styrken er at det er relativt enkelt å måle.

Det andre målet som brukes er sykkelighets- og dødelighetsrater i en befolkning. Svakheten ved dette er at det ikke skiller mellom hva som skyldes helsetjenestens bidrag og hva som skyldes andre forhold, slik som rent vann eller riktig ernæring. I beste fall samvirker helsetjenesten positivt med disse andre forholdene, men det kan vi altså ikke avgjøre ved å se på sykkelighets- eller dødelighetstall alene.

Endelig har vi de produksjonsmålene som direkte måler effekten av helsetjenesten på helsetilstanden. Disse målene er ikke tilstrekkelig utviklet til å kunne bli tatt generelt i bruk. Styrken ved et slikt direkte mål er at det er valid, dvs. at det er dekkende for det vi faktisk er interessert i å måle. Men svakheten er at det er vanskelig å måle. De forslagene som foreligger, slik som kvalitetsjusterte leveår, er forbundet med en omfattende faglig uenighet, både hvordan de teknisk virker og, ikke minst, deres fordelingsmessige konsekvenser.

Den faglige kontroversen og de tekniske vanskelighetene er viktige årsaker til at man i stedet for å bruke dekkende mål anvender alternativer som har en mer uklar status med hensyn til om de måler det vi er interessert i. For å sette det litt på spissen kan det se ut til at det er viktigere å måle, enn å spørre om hva som måles.

Slik tas det for eksempel stilling til spørsmålet om ressursbruken er effektiv på bakgrunn av hvor mange som behandles, men uten å spørre om pasienten kommer frisk eller halvdød ut av denne behandlingen. Effektiv produksjon betyr å få mest mulig av det man ønsker igjen for den gitte ressursinnsatsen. For helsetjenestens vedkommende er det rimelig å si at det vi ønsker er helseforbedring. Vi ønsker ikke mye behandling, vi ønsker rett behandling. Og «rett» betyr behandling som har god effekt på helsetilstanden, enten i form av helseforbedring i snever forstand eller i betydning omsorg og lindring.

Talltyranni

Det er stor forskjell på hvor vanskelig det er å telle ulike forhold. Hvor mange som behandles er lettere å telle enn hvor god behandling de fikk. Dette betyr imidlertid ikke at hvor mange som behandles er viktigere informasjon enn hvor god behandlingen var.

Dette ser så selvsagt ut at det er forunderlig å presisere det – man tenker at det skulle være unødvendig. Men situasjonen er ikke slik. Det som etterspørres fra styrerne og rapporteres fra helseforetakene, er rapporter over aktivitet. Stadig flere gjør stadig mer raffinerte analyser på disse aktivitetstallene, slike som SINTEF Unimed, de helseøkonomiske fagmiljøene utenfor SINTEF, Sosial- og helsedirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet og helseforetakenes egne administrasjoner. Tallrapportering etterspørres i økende grad, og brukes stadig oftere til politiske formål, sammenlikningsformål, og for fordeling av ressurser mellom regioner. Men hvor er spørsmålet om dette er de viktigste, eller riktige, tallene?

Argumentet er muligens satt litt på spissen. Det er jo ofte slik at man må bruke indirekte mål fordi det man er ute etter ikke er mulig å måle direkte, og kanskje er dette en slik situasjon? Da må imidlertid oppmerksomheten i det minste være rettet mot hvor gode disse indikatorene er, og det blir viktig å stille spørsmål som: Er det slik at antall behandlede er en god indikator for effektiv drift forstått som at vi får mest mulig igjen av det vi ønsker? Hvordan vet vi det? Hvordan står dette i forhold til kvaliteten på behandlingen?

Besinnelse er kanskje det klokkeste nå. Det kan ikke være nødvendig at enda flere skal gjøre enda mer sofistikerte effektivitetsanalyser for sykehusdriften i Norge før vi vet mer om hvordan tiltakene påvirker helsen og omsorgen til pasientene. Og i spørsmål om ressursfordelingen mellom ulike institusjoner og oppgaver bør man være varsom med å bruke aktivitetsmål. Det optimistiske perspektivet er at økt aktivitet er til gode for pasienten, det pessimistiske er at det er uvesentlig eller til skade.

Berit Bringedal

berit.bringedal@legeforeningen.no
Legeforeningens forskningsinstitutt
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Manuskriptet ble godkjent 1.3. 2006.



«Nothing in biology makes sense
except in the light of evolution.»

Theodosius Dobzhansky (1900 - 75)