

Verdens helse

Kirurger i USA fikk betalt for å bruke leddproteser

■ Fem amerikanske utstyrsprodusenter har innrømmet å ha betalt ortopediske kirurger penger for at de skulle benytte visse hoft- og kneproteser. Selskapene har inngått forlik med myndighetene, der fire av dem må betale til sammen 311 millioner amerikanske dollar i bot. Det er fortsatt uklart om enkeltkirurger vil bli straffet.

Det er forbudt for firmaer å betale enkeltindivider for å bruke deres produkter (kickback). Etterforskningen viste at det i perioden 2002–06 var vanlig å betale enkeltkirurger «konsultasjons-honorarer» på opptil flere hundre tusen dollar i året, ofte kombinert med utenlandsreiser og andre godtgjørelser. De fem selskapene, som står for nesten 95 % av det amerikanske markedet, har forpliktet seg til å endre praksis, bedre opplæringen av sine ansatte og bli overvåket av offentlige myndigheter i 18 måneder. Med dette forliket unngår de å bli ekskludert fra Medicare, som betaler for helsetjenester, inkludert leddkirurgi, til svært mange eldre. Saken ble bredt omtalt av amerikanske medier for flere år siden, og forliket er nylig omtalt i *BMJ* (1).

En nettside om forskningsetikk har lagt ut navnene til om lag 50 kirurger som har mottatt mer enn 1 million amerikanske dollar hver (2). På nettsiden til American Academy of Orthopedic Surgeons understreker organisasjonens president at det må være full åpenhet om legers interessekonflikter og finansielle bindinger til utstyrsprodusenter, men at pengeoverføringer oftest er honorar for konsulentarbeid, forskning eller opplæringsvirksomhet (3).

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Tanne JH. US makers of joint replacements are fined for paying surgeons to use their devices. *BMJ* 2007; 335: 1065.
2. Orthopedic surgeons' buck-raking exposed. Integrity in Science Watch. www.cspinet.org/integrity/press/200711051.html [27.11.2007].
3. AAOS responds to financial disclosures by orthopedic device makers. www.aaos.org/ [27.11.2007].

Internasjonal medisin

Mellom kultur og høyteknologi

Japan er et fascinerende land hvor helsetjenesten preges av både tradisjon, høyteknologi og innovasjon. Samfunnet står overfor store sosiale og medisinske oppgaver som følge av en økende andel eldre i befolkningen. Helsevesenet, som er preget av en velutviklet spesialisthelsetjeneste og en underdimensjonert primærhelsetjeneste, er dårlig rustet til å møte denne utviklingen.

Japan er et moderne samfunn med 127 millioner innbyggere. Forventet levealder er 79 år for menn og 85,8 år for kvinner (1). Til sammenlikning er tilsvarende tall for Norge henholdsvis 77,7 og 82,5 år (2). Fødselsraten i Japan er imidlertid lav, med 1,31 barn per kvinne i 2006. I dag er om lag 20 % av befolkningen over 65 år, og helsemyndighetene forventer at andelen eldre vil stige til 30 % innen 2025. Forekomsten av suicid er relativt høy, men sykdomspanoramaet skiller seg for øvrig ikke vesentlig fra andre vestlige land: dødeligheten domineres av kreft, hjerneslag og hjertesykdommer (3).

Den demografiske utviklingen er en utfordring for det japanske samfunnet. Spesialisthelsetjenesten er velutviklet, mens primærhelsetjenesten, inkludert hjemmebaserte tjenester og sykehjem, er underdimensjonert, og mange steder helt fraværende. Det forventes at kvinner skal stå for hovedtyngden av omsorgsarbeidet (4), og japanske kvinner opplever trolig en «rolleoverbelastning» når de skal balansere egen karriere mot sosiale forpliktelser for barn og eldre familiemedlemmer (5). Frykten for tap av sosial anseelse kan være til hinder for at eldre benytter seg av offentlig hjelp der denne er tilgjengelig (6).

Under en studietur til Tokyo i mai 2007 møtte vi representanter for det japanske

samfunnet i den norske ambassaden og i helse-, arbeids- og velferdsdepartementet. Vi besøkte også et medisinsk universitet og et stort forskningsinstitutt. Vi ønsker i denne artikkelen å formidle vårt inntrykk av helsesektoren i Japan.

Urtemedisin og paternalisme

Tradisjonell japansk medisin er basert på urtemedisinske tradisjoner fra Kina, såkalt kampomedisin (7). Ifølge denne tradisjonen hviler medisinsk praksis på lojalitet (chu) og samsvar mellom ord og gjerninger (sei). Andre dyder som fremheves, er sympati, rettferdighet, klokhet, manerer, høflighet, selvkontroll, opplysning og innsikt. I den såkalte edoperioden (1600–1868) var Japan et innadvent og lukket samfunn. Vestlige medisinske ideer og kunnskap ble i noen grad importert via handelskontakten med nederlendere helt vest i landet. Mot slutten av 1800-tallet åpnet Japan seg for omverdenen og gjennomgikk en hurtig modernisering. Selv om urtemedisinen fikk mindre betydning, forskriver mange japanske leger fortsatt urtemedisinske medikamenter (7).

Japansk medisin har tradisjon for å være paternalistisk, og leger har vektlagt indirekte og ikke-verbal kommunikasjon for å beskytte pasienten mot uønskede og negative følelser (8). I en studie av samhandlingen mellom lege og pasient fant man at japanske leger sammenliknet med amerikanske kolleger brukte mindre tid på kommunikasjon og mer tid på den kliniske undersøkelsen (9).

Det er vanlig at pasienter med kreft ikke får formidlet at de har en alvorlig diagnose (10). I 2003 ble 362 japanske og 350 amerikanske spesialister innen barneonkologi spurt om lærere og medelever i skolemiljøet til barn som var rammet av kreft, burde få vite at barnets fravær fra skolen skyldtes kreftsykdom (11). Blant de amerikanske legene mente 85 % at man burde være åpen om barnets diagnose, mens 26 % av de japanske legene mente man burde formidle slik informasjon.

Den japanske befolkningens forvent-





Bønner knyttet til bl.a. sykdom og helse skrevet ned på treplater som henger på et stativ i et shintotempel sentralt i Tokyo. Foto Jan C. Frich



Det første medisinske senteret i Japan dedikert til kun ett organ, Heart Institute of Japan, ble etablert ved Tokyo Women's Medical University Hospital i 1955. Foto Berit H. Munkeby

ninger til leger og helsetjenesten synes å være i endring. Ifølge mange medieoppslag er en stor andel japanere misfornøyd med legene (12). Pasienter etterlyser kvalitet og resultater fra helsetjenesten, og i takt med økt tilgang til kunnskap, bl.a. gjennom Internett, forventer pasientene at de tas med på råd. Økonomisk velstand har ført til vekst i private helsetjenester som tilbys utenom forsikringsordningene. Fra faglig hold er det bl.a. etterlyst mer undervisning om kommunikasjon i medisintutdanningen (12).

Helse- og sykdomskultur

Japan er et heterogent samfunn, og man skal være varsom med å gi grove karakteristikk av japansk religiøs praksis eller helse- og sykdomskulturen. De fleste japanere vil karakterisere seg som shintoister. Shinto er en naturreligion der ulike former for ånder har ulike betydninger. Mange vil samtidig si at de er buddhister, og en liten andel vil bekjenne seg til kristendommen.

Japanernes skepsis til kirurgiske løsninger på helseproblemer er slående. Inntil 2001 var det eksempelvis gjennomført kun 14 hjertetransplantasjoner i Japan (13). Skepsisen til kirurgi er nok betinget av den artemedisinske tradisjonen, men trolig også av religiøst forankrede forestillinger. Kroppen anses som en helhet og brystet oppfattes som kroppens sentrum. Det regnes som viktig for sjelens videre eksistens at kroppen forblir hel etter døden (13).

Japanere flest er skeptisk til tanken om at et menneske kan være «hjernerød» selv om myndighetene har forsøkt å likestille hjernerødskriterier med tradisjonelle kriterier. I henhold til japansk lov kan en person bli erklært hjernerød kun dersom vedkommende på forhånd har gitt skriftlig samtykke til at et slikt dødskriterium kan benyttes. Lidelse og sykdom tillegges i liten grad noen dypere mening (14). Psykiske lidelser er i mange sammenhenger et tabubelagt tema (3). Tap av kropps- og selvkontroll og

det å bli en byrde for andre synes å være en utålelig tanke for mange japanere (6).

Finansiering av helsetjenestene

Utgiftene til helsesektoren i Japan har økt jevnt de siste år og utgjør i 2006 om lag 8 % av bruttonasjonalproduktet, hvilket er en noe lavere andel enn andre OECD-land (15, 16). Det er om lag 4 000 ulike sykeforsikringsordninger i Japan. Hver av de om lag 2 000 kommunene og en rekke bedrifter har egne helseforsikringer. Private aktører og statlige ordninger for spesielle grupper kommer i tillegg. Pasienter må betale egenandel ved konsultasjon hos allmennlege, ved polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten og ved sykehusinnleggelse.

Allmennlegene er selvstendig næringsdrivende med refusjoner fra sykeforsikringene. Det er ingen fastlegeordning, og pasienter kan henvende seg direkte til spesialisthelsetjenesten uten henvisning fra allmennlege. Det er om lag 9 000 sykehus, hvorav 80 % er eid av private stiftelser, organisasjoner eller institusjoner. Sykehusene drives etter en stykkprismodell hvor man fakturerer de enkelte elementene i tjenesten i henhold til en statlig fastsatt poengvekt som justeres hvert annet år. Staten har således styring med takstene, men har ikke kontroll med de samlede kostnadene til helsesektoren. Systemet har vist seg å være kostnadsdrivende, og utgiftene til helsesektoren har vært jevnt stigende. Sykehusene har få incentiver til å skrive ut pasienter raskt, og den gjennomsnittlige liggetiden i japanske sykehus er følgelig relativt lang. Liggetiden påvirkes nok også av et manglende tilbud innen rehabilitering og pleie i primærhelsetjenesten.

Tokyo Women's Medical University Hospital

Vi besøkte Tokyo Women's Medical University og det tilhørende universitetssykehuset sentralt i Tokyo (17). Universitetet og sykehuset ble grunnlagt av den kvinnelige

gynekologen Yayoi Yoshioka (1871–1959) i 1900. Hun ønsket å opprette en egen utdanning for kvinnelige medisinstudenter, derav sykehusets navn. I informasjonsmaterieell fra sykehuset er det oppgitt at hennes filosofi var «ærlighet og medfølelse». Dette er en typisk japansk uttrykksform, hvor en «filosofi» er formulert som ord som refererer til en holdning eller et karaktertrekk.

Den medisinske grunnutdanningen strekker seg over seks år, og representantene for fakultetet la stor vekt på at man nylig hadde etablert et eget kurs med målsetting om at studentene skulle utvikle ferdigheter i kommunikasjon og evne til refleksjon over etiske spørsmål. Fakultetet viser med dette at det er fremtidsrettet og forholder seg til behovene på etterspørselssiden, med endrede forventninger til leger og helsetjenesten (12).

Det er nylig opprettet en egen sykepleierutdanning ved universitetet. Sykepleierutdanningen går over fire år og har som hovedmål å utdanne både godt kvalifiserte sykepleiere, fremtidige ledere og forskere innen sykepleie. Studenter kan i løpet av studiet velge å spesialisere seg innen jordmorfaget. Andre former for spesialisering innen sykepleie finnes ikke. Tradisjonelle kjønnsrollemønstre gjør imidlertid at svært mange sykepleiere slutter å være yrkesaktive når de gifter seg. Ledelsen ser det som viktig å jobbe for at sykepleiere forblir aktive i yrket, bl.a. for å kunne møte behovet for kompetanseheving innen primærtjenesten og utviklingen av denne.

Tokyo Women's Medical University Hospital er med sine 1 423 senger og 900 leger et relativt stort sykehus. Sykehuset fremsto som en blanding av eldre bygningsmasse og nybygg, ikke ulikt mange norske sykehus, men også som et innovativt og moderne universitetssykehus, hvor det drives utstrakt klinisk og basalfaglig forskning. Det første organsenteret i Japan, Heart Institute of Japan, ble etablert ved sykehuset i 1955. Sykehuset er for øvrig kjent for sin nyfødtsseksjon som under ledelse av

professor Hiroshi Nishida har vært verdensledende i behandlingen av premature barn.

Senter for polikliniske tjenester

Tokyo Women's Medical University Hospital åpnet i 2003 et nytt bygg for polikliniske tjenester. Dette senteret, hvor det foregår 4 300 konsultasjoner daglig, representerer et brudd med tradisjonen om separate poliklinikker for hver avdeling eller medisinsk hovedgren. En pasient som skal til poliklinisk time, får tilsendt en bekreftelse på timen og sin egen kode. Ved ankomst sjekker pasienten inn på egne dataterminaler og får en utskrift som sier hvor vedkommende skal møte. Personalet ved inngangspartiet kan bistå ved «innsjekkingen». Dersom det er planlagt blodprøver i forkant av konsultasjonen, må pasienten møte ved den ene, sentrale blodprøvetakingenheten. Rekvisisjonene er lagret i det interne datasystemet.

Poliklinikkens klinisk-kjemiske avdeling er drevet av et privat selskap som har driftsavtale med sykehuset og som bl.a. har forpliktet seg til at svar på en rekke analyser skal foreligge innen én time etter blodprøvetaking. I avdelingen er det om lag 15 operative tappeenheter og plass til anslagsvis 200 ventende. Laboratoriet ligger i umiddelbar nærhet til prøvetakingsrommet, slik at det ikke er behov for å sende blodprøver med intern røpøst eller med portør. Personalet i avdelingene roterer til ulike poster og kan disponeres slik at personalressursene til enhver tid blir utnyttet på en effektiv måte.

Bygget er organisert i ulike sektorer med ulike fargekoder avhengig av spesialitet og hvilken type undersøkelse det er snakk om. Konsultasjonene foregår i rom med to dører, hvor én dør går ut til venteværelset og én dør vender inn mot hjelpepersonalet og kontorlandskapet på innsiden. Legene skriver standardiserte journaler, rekvirerer blodprøver og ordner timebestilling via egne datamaskiner. Det er således ikke behov for en egen skrivejeneste, men sekretærene ordner med utsendelse av brev. Det er heller ikke behov for en egen person til å ta imot pasienter eller gi pasienten ny time. Betaling for konsultasjon og undersøkelser er lokalisert til en egen enhet i senteret. Blodprøver og supplerende diagnostikk ble rekvirert digitalt over datamaskinen. Det var imponerende å se hvor effektivt en lege kunne jobbe.

Et spennende bidrag til økt pasientkunnskap og medvirkning er et eget helsebibliotek i sykehusets vestibyle. Biblioteket er åpent for alle pasienter, pårørende og helsepersonell, som på ulike måter kan innhente kunnskap om gitte diagnoser. Informasjonen er tilgjengelig både i form av bøker, tidsskrifter, nettsider, video og 3D-modeller.

Teknologisk innovasjon

Med en befolkning som er estimert til å synke med over 20 millioner innen 2050,

er det åpenbart at det vil være vanskelig å rekruttere den arbeidskraften som er nødvendig i primærhelsetjenesten (18). Toyota Motor Corporation har lansert nye teknologiske løsninger som nok uttrykker noe særegent ved den japanske mentaliteten: Japan satser i svært liten grad på arbeidsinnvandring, men heller på å utvikle roboter som kan utføre arbeidsintensive oppgaver innen helsesektoren (19). Eksempler på dette er roboter som opptre som assistenter inne på sengerommene, beveger seg rundt i sykehuset med journaler, prøver og liknende samt tar seg av transport av pasienter.

Roboter ses på som et positivt bidrag til å frigjøre sykepleiernes tid i en fremtid hvor det vil være mangel på kompetent arbeidskraft. Ved National Institute of Advanced Industrial Science and Technology i vitenskapsbyen Tsukuba utenfor Tokyo fikk vi oppleve en egen robotsel som er konstruert for å gi psykososial stimulering til eldre og funksjonshemmede (20).

Avslutning

Det japanske helsevesenet er finansiert etter en modell som i liten grad stimulerer til å utvikle primærhelsetjenesten, fordi sykehusene dels får betalt for å fungere som avlastende sykehjem. Denne ordningen er nok lite kostnadseffektiv. Myndighetene signaliserte en økt satsing på primærhelsetjenesten og var tydelige på utfordringene som følger av en økende andel eldre.

Vi var vitne til en klinisk hverdag i et moderne poliklinisk senter, med nye og spennende organisatoriske grep. Sett fra pasientens ståsted må det åpenbart være en fordel å kunne forholde seg til ett bygg hvor man er kjent med rutinene, enten man skal til gastrokopi eller bli vurdert av dermatolog eller nevrolog. Kulturelle og religiøse aspekter ved kropp, sykdom og helse har en avgjørende betydning også i et høyteknologisk samfunn som Japan.

Jan C. Frich

jancf@medisin.uio.no
 Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
 Universitet i Oslo
 og
 Nevrologisk avdeling
 Ullevål universitetssykehus
 0407 Oslo

Kirsten Brubakk

Helse Sør-Øst

Berit H. Munkeby

Pediatrik forskningsinstitutt
 Rikshospitalet

Thomas S. Nilsen

Oslo

Anita Schumacher

Sykehuset i Vestfold

Forfatterne er studenter (kull XX) ved det erfaringsbaserte masterstudiet i helseadministrasjon ved Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo. The Scandinavia-Japan Sasakawa Foundation har gitt økonomisk støtte til studiereisen.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Abridged life tables for Japan 2006. Ministry of health, labour and welfare, Japan. www.mhlw.go.jp/english/database/db-hw/lifetb06/index.html (17.10.2007).
2. Statistisk sentralbyrå. Forventet levealder, etter land, kjønn og alder. Nordiske land. 2005. www.ssb.no/aarbok/tab/tab-078.html (17.10.2007).
3. Det isolerte Japan. Ny tid 2.2.2007.
4. Traphagan JW. Power, family, and filial responsibility related to elder care in rural Japan. *Care Manag J* 2006; 7: 205–12.
5. Lock M. Encounters with aging: mythologies of menopause in Japan and North America. Berkeley, CA: University of California Press, 1993.
6. Asahara K, Momose Y, Murashima S et al. The relationship of social norms to use of services and caregiver burden in Japan. *J Nurs Scholarsh* 2001; 33: 375–80.
7. Matsumoto M, Inoue K, Kajii E. Words of Tohoku Wada: medical heritage in Japan. *J Med Ethics* 2001; 27: 55–8.
8. Gotay CC, Shimizu H, Muraoka M et al. Cancer-related attitudes: a comparative study in Japan and the US. *Psychooncology* 2004; 13: 665–72.
9. Ohtaki S, Ohtaki T, Fetters MD. Doctor-patient communication: a comparison of the USA and Japan. *Fam Pract* 2003; 20: 276–82.
10. Low M, Nakayama S, Yoshioka H. The patient versus the doctor: science, technology and society in contemporary Japan. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
11. Mayer DK, Parsons SK, Terrin N et al. School re-entry after a cancer diagnosis: physician attitudes about truth telling and information sharing. *Child Care Health Dev* 2005; 31: 355–63.
12. Okamoto S. Transformations in doctor-patient communication in Japan: the role of cultural factors. *Patient Educ Couns* 2007; 65: 153–5.
13. Bowman KW, Richard SA. Culture, brain death, and transplantation. *Prog Transplant* 2003; 13: 211–5.
14. Long SO. Life is more than a survey: understanding attitudes toward euthanasia in Japan. *Theor Med* 2002; 23: 305–19.
15. Statistisk sentralbyrå. Totale helseutgifter i prosent av BNP i utvalgte OECD-land. www.ssb.no/helsesat/tab-2007-04-26-12.html (17.10.2007).
16. Statistisk sentralbyrå. Helseregnskap. 1997–2006. www.ssb.no/emner/09/01/helsesat/ (17.10.2007).
17. Tokyo Women's Medical University. www.twmu.ac.jp/U/english/index.html (17.10.2007).
18. Statistics Bureau, Ministry of Internal Affairs and Communications. Population projections. www.stat.go.jp/english/data/figures/zuhyou/1605.xls (17.10.2007).
19. Toyota Motor Corporation. Overview of the partner robots. www.toyota.co.jp/en/special/robot/ (17.10.2007).
20. Mental commit robot for psychological enrichment. paro.jp/english/ (17.10.2007).

Manuskriptet ble mottatt 10.9. 2007 og godkjent 29.10. 2007. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.