

Helsetjenestetilbudet må selvsagt være kunnskapsbasert. Men hvis det ikke samtidig er tillitsbasert, kan vi miste en solidarisk offentlig helsetjeneste

Tillitsbasert medisin

 Engelsk oversettelse av hele artikkelen på www.tidsskriftet.no

Noen av mine beste venner og smarteste kolleger har jeg i miljøet knyttet til Center for Health Policy på Stanford University, som jeg besøker hvert år. Miljøet er sammensatt, både faglig og aldersmessig. Her er talentfulle unge forskningsassistenter i 20-årene med imponerende oversikt og engasjerte professores emeriti som fortsetter å utfordre, for eksempel økonomene Kenneth Arrow (90 år) og Victor Fuchs (86 år) og statistikeren Ingram Olkin (87 år). Arrow skrev artikkelen *Uncertainty and the welfare economics of medical care* i 1963 (1) – en klassiker innen helseøkonomi som jeg omtalte i en leder i 2010 (2). Han fikk nobelprisen i økonomi i 1972. Fuchs skrev boken *Who shall live?* i 1974 (3), en utgivelse som på mange måter startet prioriteringsdebatten for alvor. Både Fuchs og Arrow er fortsatt brennende opptatt av hvordan man skal få best mulige helsetjenester. De bidrar sammen og hver for seg med analyser og forslag, ikke minst til hvordan man skal få orden på det amerikanske helsevesenet (4).

Olkin har vært spesielt opptatt av å utvikle statistiske metoder som gjør det mulig å analysere data fra flere studier samtidig på en sannferdig måte, altså metaanalyser. Han regnes som den multivariate metaanalysens far (5). På sine eldre dager – etter at han fylte 70 år! – har han interessert seg spesielt for hvordan forskningsresultater fra kliniske studier blir rapportert og har bidratt til utviklingen av standardiserte rapporteringsverktøy som CONSORT, QUORUM og STROBE. Dette henger selvfølgelig nær sammen med kvaliteten på metaanalysene. Bare hvis resultatene er rapportert på en sammenliknbar måte, er det mulig å syntetisere dem slik at de danner et noenlunde riktig beslutningsgrunnlag for den enkelte pasient, for legen og for samfunnet.

Jeg fikk ny innsikt – også i år. Men ikke bare på den måten jeg hadde forestilt meg. Den viktigste innsikten fikk jeg gjennom hverdagslige samtaler ved kaffemaskinen og rundt middagsbord. Og fra norske allmennlegers diskusjonsforum, Eyr.

På Eyr har det som vanlig gått mange ulike diskusjoner de siste månedene, men en gjenganger har vært frustrasjon og engstelse i forbindelse med oppkjøringen til samhandlingsreformen – frustrasjon over unødige oppgaver og møter, over å bli overkjørt av helsemyndighetene og til dels spesialisthelsetjenesten, engstelse over at møysommelig oppbygde tilbud i primærhelsetjenesten risikerer å bli borte pga. manglende helhetsforståelse. Fastlegene begynner nå for alvor å merke det sykehuslegene har merket en god stund: Angrepene på den faglige autonomien og den gjensidige mistilliten mellom de som er i praksis og de som styrer og bestemmer rammevilkårene.

En av diskusjonsstrengene har dreid seg om en artikkel publisert i Tidsskriftet tidligere i høst – om at fastlegene har ulik henvisningspraksis (6). Artikkelforfatterne er opptatt av om ulik praksis kan være til hinder for overordnede helsepolitiske mål om likeverdige helsetjenester. Det er en viktig diskusjon. Men dessverre har medieoppslagene og diskusjonen i ettertid gått i retning av at noen

henviser «for mye» og noen «for lite». Og det ganske meningsløse begrepet «unødvendige innleggelse» har igjen kommet opp.

Det er forståelig at henvisningspraksisen debatteres. Den er det viktigste elementet i etterspørselen etter spesialisthelsetjenester, langt viktigere enn teknologisk utvikling og nye muligheter for diagnostikk og behandling, som ofte trekkes frem. Fordi de aller fleste pasientmøter skjer i primærhelsetjenesten, får det svære konsekvenser hvis henvisningspraksisen endres bare ørlite grann. Vil det bli en «riktigere» henvisningspraksis hvis primærhelsetjenesten har bedre kunnskap og mer standardiserte retningslinjer?

De fleste kollegene mine på Stanford praktiserer også som leger. Man skal ikke snakke lenge med dem før man oppdager at det i USA og Norge er ganske forskjellige behandlings- og henvisningstradisjoner. Det jeg betrakter som en fornuftig vente-og-se-holdning, kan de oppfatte som nærmest uforsvarlig praksis. Når de bruker flere medikamenter, tar flere prøver og henvender seg langt oftere til spesialisthelsetjenesten, er det ikke fordi de er kunnskapsløse. Det er heller ikke fordi de er presset av advokater eller forsikringsselskaper, slik vi av og til forestiller oss. De gjør det de gjør fordi de mener det er det faglig korrekte – i sitt system. Samtidig er de bekymret for kostnadsekspløsjonen i det amerikanske helsevesenet, ikke minst fordi økte kostnader fører til at ulikhetene øker og stadig flere faller utenfor.

Å følge diskusjonene på Eyr fra den andre siden av Atlanteren har gjort meg stolt – og litt redd. Stolt – fordi det blir så åpenbart når man sammenlikner Norge og USA at en faglig selvbevisst og omfattende primærhelsetjeneste er det som har bidratt mest til å holde helsetjenesteutgiftene på et rimelig nivå og dermed til tilnærmet lik tilgjengelighet for alle i Norge. Og redd – fordi det er enkelt å se hvor lett dette kan smuldre bort, for eksempel i forbindelse med dårlig funderte reformer. For å kunne ha en portvaktrolle trenger legene både tillit og selvtillit. Mister de dette, vil utgiftene og ulikhetene eskalere. Vi kan alltid bli bedre, og helsetjenestetilbudet må selvsagt være kunnskapsbasert. Men hvis det ikke samtidig er tillitsbasert, har vi mye å tape. Vi kan tape en solidarisk offentlig helsetjeneste.

Charlotte Haug
redaktør

Litteratur

1. Arrow K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *Amer Econ Rev* 1963; 53: 941–73.
2. Haug C. Helsetjenesten er ikke som andre tjenester. *Tidsskr Nor Legeforen* 2010; 130: 1223.
3. Fuchs V. *Who shall live? Health, economics, and social choice*. New York: Basic Books, 1974.
4. Arrow K, Auerbach A, Bertko J et al. Toward a 21st-century health care system: recommendations for health care reform. *Ann Intern Med* 2009; 150: 493–5.
5. Becker BJ. Multivariate meta-analysis: contributions of Ingram Olkin. *Statistical Science* 2007; 22: 401–6.
6. Førde OH, Breidablik HJ, Øgar P. Truar skilnadene i tilvisningsrater målet om likeverdige helsetjenester? *Tidsskr Nor Legeforen* 2011; 131: 1878–81.