

Helsetjenesteforskning¹

Peter F. Hjort
NAVF's gruppe for helsetjenesteforskning
Fr. Stangsgt. 11/13
Oslo 2

Vi tilhører den samme organisasjon, helsetjenesten. Den er Norges største «bedrift» med 100 000 ansatte. Den er Norges dyreste bedrift og kostet ca. 16 milliarder kroner i 1978. Den er vel også Norges mest kompliserte bedrift, som skal makte alt fra trøst til transplantasjon. Dag og natt, når og hvor som helst er den rede til innsats.

Bakgrunn og definisjon

Helsetjenesteforskningen utforsker helsetjenesten selv. Bakgrunnen er den paradoksale krisen i helsetjenesten. Det har alltid vært krise i helsetjenesten, og jeg kaller den nåværende for paradoksal, fordi den oppfattes som en ressurskrise til tross for at ressursene til helsetjenesten er mer enn doblet på en generasjon.

Helsetjenesteforskningen er et svar på denne krisen, nemlig et målbevisst forsøk på å bruke forskning til å bedre helsetjenestens kvalitet og utnyttelsen av dens ressurser. En så vid definisjon omfatter omtrent all medisinsk forskning, men helsetjenesteforskningen markerer seg på to måter. For det første er den målrettet og anvendt. For det andre er den tverrfaglig og bygger på medisin og samfunnsfag.

Omfanget av denne forskningen øker i alle land. I England utgjør den ca. 25% av all offentlig finansiert medisinsk forskning.

¹ Foredrag Farmasiens Dag 13. oktober 1979. Første del av foredraget er basert på en artikkel om: «Helsetjenesteforskning» i Medicinsk Aarvog 1979, Munksgaard, København 1979.

Helsetjenesteforskning er utløst av vekstproblemer. Det ligger i veksten at behovene øker fortere enn tilbudene. La oss nå se hva det er som driver og begrenser veksten.

Seks drivende faktorer

Befolkningsendringer. De fleste undervurderer denne faktoren, men frem til 1990 – på 11 år – vil Norges befolkning øke med ca. 2%, mens de eldre (67 år og eldre) vil øke med 20%.

Medisinske fremskritt. Vi trenger mer helsetjeneste, jo mer og jo bedre helsetjeneste vi allerede har. Ta hjerteinfarkt: det er billig å dø hjemme, dyrt å overleve på sykehus. Derfor må vi ikke fortsette å selge drømmen om en billig helsetjeneste.

Tekniske, økonomiske og sosiale fremskritt fører nesten alltid til en dyrere helsetjeneste:

- Medisinsk teknologi – som kunstig nyre – gir utvidet og bedre servise, ikke billigere helsetjeneste.
- Økonomisk vekst gir bedre lønn til helsetjenestens store lavtlønnsgrupper.
- Sosiale fremskritt gir kortere arbeidstid og lengre ferier. Et arbeidsår er nå bare 80% av hva det var for en generasjon siden.

Overvelting fra familiene til helsetjenesten er en viktig faktor, som vi helt mangler tall for. Antagelig er det mye igjen i hjemmene ennå – spesielt av skrøpelige gamle. Skulle familiene streike, ville helsetjenesten bli sjakk-matt.

Forventningskrise skyldes at forventningene vokser enda fortere enn helsetjenesten. Jeg tror forventningene alltid starter i helsetjenesten selv, overføres til befolkningen og omdannes til krav, som så i en ny omgang øker helsetjenestens forventninger. Coronarkirurgi er et ferskt eksempel. På denne måten oppstår en sirkel av forventninger – god eller ond, og sirkelen blir til en spiral som skrur seg stadig høyere.

Økonomiske og profesjonelle interesser er antagelig den viktigste faktoren. Helsetjenesten er blitt så stor, og den omfatter så mange mennesker – 6% av alle sysselsatte, og så mange penger – 7–8% av brutto nasjonalprodukt eller mer enn alle primærnæringene til sammen, at slike interesser er blitt mer avgjørende. Den personlige profitt er redusert, men fylker, kommu-

ner, sykehus, universiteter og profesjoner spiller sine kort med samme dyktighet som de gamle kapitalister. Spesielt er sykehusene viktige arbeidsgivere og skattekilder.

Fire begrensende faktorer

Penger er den viktigste begrensning, og vi har ikke lenger råd til å utnytte eksisterende viten fullt ut. Kløften mellom muligheter og realiteter øker til tross for stadig større bevilgninger – jfr. at norsk helsetjeneste økte sine bevilgninger 4,7 ganger mellom 1950 og 1975, målt i faste priser pr. innbygger (Waalder et al. 1977). Sammenlignet med den engelske, bruker norsk helsetjeneste over dobbelt så mange penger pr. innbygger (Grund 1979), og følelsen av krise er sterk i begge land. Krise er derfor ikke avhengig av helsetjenestens økonomiske nivå.

Personell var en anerkjent begrensning, men situasjonen har endret seg radikalt på få år. Nå er det mangel på stillinger – ikke på folk. Sammenlignet med andre land har norsk helsetjeneste mange stillinger, men ikke mange nok. Det er ikke bare pasienter som står i kø. Det gjør også søkere til utdanning og stillinger i helsetjenesten.

Menneskelige og etiske begrensninger blir tydeligere i avansert medisin, og behandling kan bli en byrde for både pasienter, pårørende og personell – for eksempel ved cancermetastaser.

«*Medikaliseringen*» av samfunnet og de sosiale problemer – det vil si at en søker medisinske løsninger på problemer som ikke er av medisinsk natur – blir stadig viktigere. For eksempel fant Sander (1976) at medisinsk avdeling ved Kirkenes sykehus ikke hadde noe reelt tilbud til en stor del av pasientene. Illich (1975) taler profetisk om «medisinsk nemesis», og samfunnsvitere anklager helsetjenesten for medisinsk imperialisme.

Konklusjonen er ikke at helsetjenesten skal oppgi krav og fremskritt, men at det er grenser for veksten. Det er derfor nødvendig å tenke kritisk igjennom hele systemet – ikke en gang for alle, men stadig.

Hva er målet for helsetjenesteforskningen?

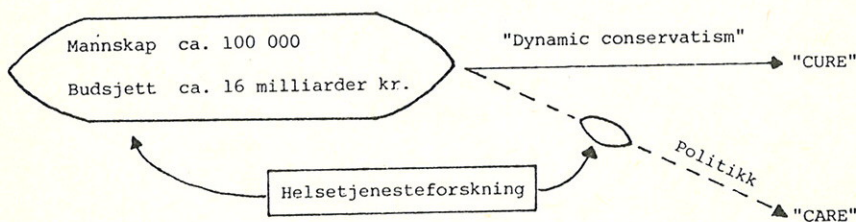
All forskning dreier seg om forandring. Hvis vi ikke trenger forandring, trenger vi heller ikke forskning. Og hensikten med helsetjenesteforskningen er å bidra til å forandre helsetjenesten. Det er klare politiske signaler om de forandringene det er behov for: mindre vekt på akutt-syke-

husene og mer vekt på primærhelsetjenesten, pleie og forebyggende arbeid. Men hvordan får en i stand slike forandringer?

En mulighet er at helsetjenesten kan forandre seg selv – innenfra. Sosiologen Donald Schon (1971) har vist at enhver stor organisasjon kjemper mot forandringer ved det prinsipp han kaller «dynamic conservatism». Organisasjonenes mål er derfor mer ressurser til det de allerede gjør eller til nye aktiviteter som bygger på det de allerede gjør.

En annen mulighet er politikerne, og de står bak alle viktige forandringer i tjenesten. Det største eksemplet er Maos kulturrevolusjon av den kinesiske helsetjenesten.

Forskningen er den tredje muligheten. Hva kan vi vente oss av den? Den biomedisinske forskningen vil ikke skape de forandringer politikerne ønsker – tvert imot. Den vil fortsette å gi verdifulle fremskritt, men de vil favorisere avansert medisin i sykehus. I prinsippet kan helsetjenesteforskningen bidra til de ønskede forandringer, men i praksis bør en være beskjeden. Den som har det travelt bør bli politiker og ikke forsker. Jeg tror imidlertid at helsetjenesteforskningen er et viktig ledd i en langsiktig prosess. Helsetjenesten er som en supertanker, se Figur 1. Den siger frem mot det mål den en gang satte seg, og den holder kursen ved «dynamic conservatism». Mannskapet vil øke farten, men ikke forandre kursen. Politikerne er taubåten som kan forandre kursen over tid. Helsetjenesteforskningen kan påvirke systemet ved å vurdere effekter, legge frem alternativer og beregne konsekvenser.



Figur 1.

Forandring i helsetjenesten og helsetjenesteforskningens mulige roller. (Tallene gjelder Norge 1978).

Hvorledes skal helsetjenesteforskningen drives?

Forskere bør være individualister, og ingen kan lage regler for forskning. Jeg vil allikevel diskutere noen spørsmål som er viktige.

Hvem skal drive denne forskningen? Den har så mange sider at den må være tverrfaglig og drives av et lag som består av folk fra helsetjenesten og av samfunnsforskere (økonomer, statistikere, sosiologer osv.). Medlemmene av gruppen må ha én fot i gruppen og én i sin egen disiplin. En må ikke gjøre dette til en ny medisinsk spesialitet. Poenget er nettopp å holde gruppen tverrfaglig, fordi en trenger brytninger mellom folk med ulik utdanning, erfaring og syn.

Hvilke problemer skal en ta opp? En bør arbeide med viktige problemer. Det er ikke nok at de er interessante. En bør velge problemområder hvor forandring er mulig og helst i rimelig tid – hverken så raskt at resultatene kommer for sent eller så sent at resultatene blir gamle.

Hvordan starter en et prosjekt? Prosjektene angår som regel mange mennesker og kryssende interesser. Derfor må en være villig til å bruke tid – inntil desperasjon – på å snakke seg frem til en forståelse. Så må en planlegge prosjektet på en slik måte at det er akseptabelt både vitenskapelig, praktisk og ofte også politisk. Det krever vanskelige kompromisser og stor tålmodighet. Det er viktig å trekke dem med i arbeidet som til slutt skal påvirkes, aller helst slik at det også er deres prosjekt. Hvis det mislykkes, kan en nok få til en rapport, men neppe den forandring som det hele dreier seg om.

Hva slags metoder skal en bruke? En bør velge metoder som akkurat er gode nok til å gi svar på det spørsmål en studerer. Tid og penger er og bør være begrensninger, og en må finne et kompromiss som kan godtas av dem som skal bruke resultatene. Ett poeng er viktig. Hvis en ønsker å påvirke leger og sykepleiere, må en bruke metoder de forstår og godtar, og deres språk er ofte «harde» data, tabeller og kurver. Problemet er bare at noen av de aller viktigste spørsmål i helsetjenesten angår «myke» verdier og variable. Dette er et av feltets dilemmaer.

Hvor skal gruppen plasseres i forhold til helsetjenesten? Den må ikke stå utenfor helsetjenesten, for da blir den fremmed og fiendtlig. Men den må heller ikke helt inn i helsetjenesten, for da blir den ufri og ukritisk. Den bør plasseres på grensen mellom samfunnet og helsetjenesten – nok in-

nenfor til å holde seg relevant og bli godtatt, og nok utenfor til å holde seg kritisk.

Hvor skal en publisere? Det tradisjonelle mål er en artikkel i et internasjonalt tidsskrift, men spesialtidsskriftene har bare en håndfull abonnenter i Norge. Derfor bør rapportene ofte skrives på ens eget språk og sikte direkte på den målgruppe en søker å påvirke. En må se i øynene at først må en gjøre forskningen, og så må en selge resultatene til en kundekrets som ikke tørster etter budskapet – tvert imot.

Er dette egentlig forskning eller er det en finere form for utredning? Tabell 1 viser noen forskjeller mellom biomedisinsk forskning og helse-tjenesteforskning. Begge er krevende og viktige, og jeg tror ikke samfunnet er tjent med et forskningsbegrep som er så snevert at det ikke omfatter helsetjenesteforskning.

Tabell 1.

Noen forskjeller mellom biomedisinsk forskning og helsetjenesteforskning.

	Biomedisinsk forskning	Helsetjenesteforskning
Problemene	Kompliserte og vanskelige	Enkle
Metodene	"Harde", ofte enkle når de er utarbeidet	"Bløte", ofte vanskelige
Konklusjoner	Sikre	Tentative
Publikasjoner	Artikkel på engelsk	Rapport på norsk
Meritering	Stor	Hittil nokså liten

Hva er oppgavene for helsetjenesteforskningen?

Mange har laget lister over oppgavene for helsetjenesteforskningen. Det er lett å lage dem lange og detaljerte, når forskningsobjektet er den samlede aktivitet til 100 000 mennesker i Norge. Her er det bare plass til en enkel liste (tabell 2) med korte kommentarer.

Behov for helsetjenester – og krav – reiser mangfoldige forskningsoppgaver. Engelskmennene snakker om «demands and needs» og bruker malende uttrykk for å få frem at behovene er store – kanskje uendelige: «the bottomless pit, the top of the iceberg». Mange behov blir aldri møtt, men helsetjenesten forsøker også å møte behov den i virkeligheten ikke har

gode tilbud for (jfr. Sander 1976). Derfor må vi prioritere behov, og vi må vite mer om hva som skaper og påvirker behov. Fremfor alt må vi forstå sammenhengen mellom tilbud og behov. En kynisk helseøkonom har sagt at behov er lik tilbud + 10%, og det fins støtte for det i internasjonale undersøkelser (Kohn & White 1975).

Tabell 2.

Oppgaver for helsetjenesteforskningen

Behov for helsetjenester.

Begrensninger for helsetjenester

- penger
- personell
- menneskelige og etiske
- sosiale ("medikalisering")

Sykdom og handikap

- epidemiologi
- programmer og modeller

Tjenesteområder

- primærhelsetjenesten
- sykehusene
- pleieinstitusjoner
- forebyggende arbeid

Tjenesteproblemer

- økonomiske
- personellmessige
- tekniske
- administrative

Standard, kvalitet, evaluering

Befolkningen

- informasjon og opplysning
- behov og meninger

Begrensningene er diskutert ovenfor. Etter en generasjon med ekspansiv helsepolitikk er de blitt klarere. Det er nødvendig å gå opp grensen mellom «selfcare» og helsetjenesten og klarlegge hva helsetjenesten ikke kan og heller ikke bør forsøke å makte. Personellproblemene blir stadig viktigere. Den økende profesjonalisering, spesialisering og deltid fører til fragmentering av tjenesten. Samtidig trer profesjonenes interesser klarere frem som en viktig faktor i utbyggingen, og konflikten mellom profesjonenes og pasientenes interesser blir skarpere etter hvert som en utdanner mer personell enn en har råd til å ansette. Det er en viktig forskningsoppgave å analysere slike problemer og forskjellige styringsmodeller. Helsepolitikk er i virkeligheten helsepersonellpolitikk.

Sykdom og handikap krever epidemiologisk forskning for å utrede behov og oppgaver for helsetjenesten og for å klarlegge årsaksforhold. Det er også en presserende oppgave å utvikle veiledende programmer og modeller for håndteringen av de store behandlingsoppgavene. For eksempel kan et program for høyt blodtrykk i Norge komme til å omfatte 200 000 mennesker og 350 millioner kroner pr. år. Senker en behandlingsgrensen med 1 mm, øker utgiftene med ca. 30 millioner kroner pr. år (Waalder et al. 1978). Helsetjenesten har lett for å gli inn i omfattende nye rutiner uten kontrollerte forsøk, prioritering og evaluering.

Tjenesteområdene blir stadig diskutert. Vi hører meget om hva som bør prioriteres opp – lite om hva som kan prioriteres ned. Hvor bør f.eks. grensen gå mellom primærhelsetjenesten og sykehusene og mellom hjemmeservice og institusjoner i eldreomsorgen? Svarene krever forskning og forsøk.

Tjenesteproblemene er store og ofte tilsynelatende praktiske: Hvor stort bør et sykehus være – eller et helsesenter? Bør en desentralisere helsetjenesten eller sentralisere og spesialisere? Slike spørsmål rommer i virkeligheten politisk sprengstoff, og de krever forskning.

Evaluering er kanskje den viktigste og vanskeligste oppgaven, fordi det ofte er umulig å måle resultater og nytte – «outcome and benefit» (McLachlan 1976). Jeg tror det vil reise stadig skarpere krav om at helsetjenesten må utvikle normer og programmer for det som ansees som god behandling og så foreta en løpende vurdering av resultatene. Denne vurdering bør foregå overalt i helsetjenesten, og forskerne må utvikle metoder.

Befolkningen er ikke passive mottakere av helsetjenesten. Den består av aktive medspillere som har rett til informasjon om egen helse og krav på helseopplysning. Samtidig trenger helsetjenesten opplysning om befolkningens behov og meninger. Denne kommunikasjonsprosessen trenger forskning. Hvorfor når vi f.eks. ikke frem med alle velmente råd om ernæring, mosjon, tobakk og alkohol? (Stenmarck og Hjort 1979).

NAVF's gruppe for helsetjenesteforskning

Denne gruppen som Waaler og jeg arbeider i ble startet av NAVF i 1976. For tiden består den av 7 forskere – 3 leger, en økonom, en statistikker, en sosiolog og en sykepleier. Sammensetningen veksler, og fra årsskiftet blir det mer økonomi. Vi har et budsjett på vel 1 million kroner fra Forskningsrådet. Det er ganske oppsiktsvekkende at helsevesenet med sine 16 milliarder kroner ikke har noe budsjett for en løpende kontroll og evaluering av sin virksomhet. Det er vel også den eneste industri som ikke har det.

I det følgende beskriver jeg noen av de prosjekter vi arbeider med. Til sammen gir de et bilde av helsetjenesteforskningen – slik vi forsøker å drive den.

Dødspleie ved sykehus i Oslo

Da vi startet, trodde mange at vi var en slags forlenget arm av Departementet, en forskningsgruppe som skulle hjelpe til å skjære ned budsjetter. Vi ønsket derfor å markere at det var kvaliteten av tjenestene som interesserte oss, ikke først og fremst prisen på dem. Vi startet derfor med å vurdere kvaliteten av dødspleien ved 2 sykehus i Oslo. Vi vurderte alle som døde i løpet av et år – de medisinske data og et detaljert intervju med den nærmeste pårørende.

Mange ting kom ut av dette, først og fremst at dødspleien er langt bedre enn det ofte sies. I 80% av tilfellene følte vi at den var bra. Når folk blir lagt inn til det som viser seg å være det siste oppholdet, er det til å begynne med aktivitet omkring pasienten og et realistisk håp. Etter hvert sviner håpet, og det blir behov for en ny plan – ikke for at pasienten skal bli frisk og komme hjem, men for at han skal få en god død. Når en gjennomarbeider et stort antall dødsleier, viser det seg at det er vanskelig å erkjenne dette.

Vi fant ikke en eneste pasient som var død for tidlig, fordi behandlingen var feilaktig eller ble gitt opp for tidlig. Men vi fant at aktiv behandling ble trukket ut i ca. 20% av tilfellene, fordi det ikke var lagt en plan for dødsleiet (Sørbye et al. 1979). Vi diskuterte dette viktig funnet med

legene, og i de fleste tilfellene var de enige. Neste skritt er å utarbeide kriterier for dødspleie. Det er meget vanskelig, men vi tror det er mulig, og vi tror det vil gjøre dødspleien mer gjennomtenkt og derfor bedre.

En annen side av dødspleien er kommunikasjonsproblemet. Vi gikk grundig til verks og har klarlagt de viktigste svakhetene i kommunikasjon mellom pasient, pårørende og personell. Det er uten tvil behov for større åpenhet på dette området.

En annen klar svakhet er omsorgen for de etterlatte. Helsetjenestens ansvar opphører når pasienten er død, til tross for at de pårørende får store problemer. En praktisk fortsettelse av dette prosjektet er at vi har forsøkt å organisere en støtte for etterlatte i Oslo-området i samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelsen.

Helsepersonell og helsepolitikk

Helsepersonellet er tredoblet etter krigen. Samtidig er det blitt meget mer spesialisert. Da krigen sluttet, var det bare leger, sykepleiere, farmasøyter og tannleger. I dag fins det en mengde profesjoner og underprofesjoner. Bare legene har 36 godkjente spesialiteter, sykepleierne har 12. Legger man alt dette sammen, har vi over 80 forskjellige grupper. Vekst og spesialisering henger sammen. Tabell 3 illustrerer veksten for noen profesjoner. Den viser antall søkere til utdanningene og opptaket. Hvert år utdanner vi over 5000 nye helsearbeidere, og avgangen innen disse yrkene er langt mindre. Dette betyr at det ikke er realistisk å snakke om null-vekst i helsetjenesten.

Hvordan styrer man så et system med vekst og spesialisering? Hva slags krefter står bak dette, hva er påvirknings- og styringsmulighetene? Sosiologen Dag Hofoss i vår gruppe arbeider med denne oppgaven. Han har først gjort en historisk analyse av fremveksten av alle profesjonene for å finne felles trekk. På dette grunnlaget gjør han en sosiologisk analyse av drivkrefter og styringsmuligheter.

For alle profesjoner har vi kurver som viser økningen frem til i dag, og det er forholdsvis lett å forlenge dem 10–20 år frem i tiden – hvis utviklingen får fortsette uforandret. For eksempel hadde vi ca. 2500 leger i 1945. I dag har vi 8000, og ved århundreskiftet kan tallet bortimot fordobles. På et eller annet tidspunkt får vi «nok» leger – nok til å fylle budsjettet, men neppe nok til å fylle behovet. Poenget er at systemet har en innebygget vekst, og kurvene vil «borre hull i taket», hvis en ikke lærer å styre systemet. Dette er ikke noen original tanke fra vår side. Verdens helseorganisasjon har sagt at «manpower planning» er den viktigste oppgaven i helseplanleggingen og helsepolitikken (Hall og Mejia 1978). Det er

Tabell 3.

Søkere og opptak til noen utdanninger i helsetjenesten i Norge (Kilde: Skoleplan-kartoteket).

	År	Søkere	Opptak
Hjelpepleiere	1976	?	3.130
Sykepleiere	1974	16.762	1.727
Leger	1976	ca. 2.300	325+
Fysiokjemikere	1974	1.151	181
Fysioterapeuter	1975	580+	150
Aktivitører	1977	537	146

nemlig ikke pasientene som bestemmer utviklingen i helsetjenesten, men personellet.

Eldreomsorgen

De eldre er helsetjenestens største kunder, og helsetjenesteforskningen må derfor interessere seg for eldreomsorgen. Vi startet med en økonomisk analyse av eldreomsorgen i 1975, og samlet sammen alle utgiftspostene, til sammen ca. 12 milliarder kroner (Grund 1978). De to store postene var pensjoner og institusjoner. Når en studerer et slikt regnskap, kan en selvfølgelig bekymre seg over om samfunnet har råd til denne summen. Men det er viktigere å vurdere om fordelingen er fornuftig. Fordelingen viser at vi har en tendens til – relativt sett – å bruke for mye penger på pensjoner og institusjoner, og for lite på omsorg i hjemmene. De gamle ønsker å være hjemme, men vi prioriterer allikevel institusjoner. Jan Grund, som gjorde dette arbeidet, vurderte forskjellige utviklingslinjer frem til 1990. Hvis veksten i eldreomsorgen blir på 4% pr. år, må en prioritere omsorg i hjemmene foran alt annet. Blir den på 5%, kan vi også bygge institusjoner. Blir den på 6%, kan pensjonene heves. Det bekymringsfulle ved dette er at politikken interesserer seg mest for pensjonene. Det er der stemmene ligger. De som trenger omsorg, utgjør bare 25% av de gamle. Hvis en ikke passer på, vil omsorgen i hjemmene bli dårligere fra år til år, fordi det blir stadig flere gamle.

Vi fortsatte dette arbeidet i et praktisk forsøk som studerer omsorg i hjemmene. Prosjektet heter Aksjon over 80 år i Oslo. To statistisk like-

verdige grupper av hjemmeboende eldre over 80 år er trukket ut. Den ene gruppen får utvidet hjemmeservice, den andre får kommunens vanlige service. Vi skal følge dem i 2 år og sammenligne mortalitet, sykkelighet, forbruk av tjenester, trivsel osv. for å finne fram til hva en bør og kan gjøre hjemme.

De gamle har to store problemer. Det ene er at helsetjenesten er dårlig organisert. Under halvparten av de gamle i Oslo har fast lege. Det andre store problemet er boligene – gamle bor i gamle hus.

Primærhelsetjenesten

Primærhelsetjenesten skal prioriteres, men hvordan? Den er inne i en spesiell situasjon i Norge, fordi vi har helt forskjellige systemer side om side: solo-praktikerne, gruppe-praktikerne, fast lønn, takst, subsidier osv. En almenpraktiker, Olav Rutle, arbeider med dette spørsmålet. Han har sendt ut et spørreskjema til alle Norges 1600 almenpraktikere og fått svar fra over 80%. I skjemaet beskriver de seg selv og sin virksomhet. I tillegg har tredjeparten fylt ut et lite skjema for hver pasient de har sett i én uke, i alt ca. 40 000 skjemaer. Skjemaene gir en enkel karakteristikk av problemet og behandlingen.

Av dette får vi ut tre ting. Den første er en beskrivelse av norsk almenpraksis, dens ressurser og organisasjon. Den andre er en beskrivelse av 40 000 pasienter i almenpraksis – hvor gamle de er og hva slags problemer de har. Den tredje er en analyse av sammenhengen mellom praksis-organisasjonen og arbeidsmåten. Det er viktig å huske at verdien av det arbeid legen skaper ved å henvise, forskrive, innlegge osv. er bortimot 10 ganger så stor, målt i penger, som verdien av det han selv gjør («Waalers lov»).

Vi spør oss om det er noen sammenheng mellom situasjonen legen er i og den måten han velger å arbeide på. For eksempel vet vi at gruppe-praktikerne tar flere prøver enn solo-praktikerne, fordi dette er en økonomisk nødvendighet for gruppepraktikerne. Et annet problem er variabiliteten i systemet. Materialet viser stor spredning i frekvensen av sykemeldinger, henvisninger osv. Noen henviser f.eks. 30% av pasientene sine til røntgenundersøkelse, andre 0%, gjennomsnittet er 5%. Disse forskjellene er større enn forskjellene mellom pasientene. Hva bestemmer egentlig dette?

Dette fører over til et nytt problem. Forbruket av helsetjenester har økt betydelig. Siden befolkningen ikke har økt noe særlig og det ikke er blitt så mange flere syke, må «terskelen» inn til helsetjenesten ha blitt lavere. Hva

kommer dette av? Er terskelen lik for alle slags problemer? Ved hjelp av Rutles metode kan vi finne svaret på slike spørsmål.

Legemiddelbruk

Etter hvert er vi blitt interessert i «forskjellsproblemet» mer generelt, og vi har brukt legemiddelstatistikken fra Norsk Medisinaldepot til å studere dette problemet. Vi startet med forskjellen i fylkenes legemiddelforbruk. For 1978 var legemiddelregningen i Norge 1150 millioner kroner. Hadde alle fylkene ligget på nivå med det billigste fylket (Finnmark), hadde regningen vært på 890 millioner kroner. Hadde alle ligget på nivå med det dyreste fylket (Oslo), ville den vært på 1410 millioner kroner. Dette gir en forskjell på 520 millioner kroner. Summen er stor, men de reelle medisinske forskjeller er enda viktigere.

Det var nærliggende å tro at det er de medisinske avdelinger som bestemmer forbruket. Vi forsøkte derfor å finne ut mer om forskjellene mellom de medisinske avdelingenes bruk av legemidler og har studert forbruksprofilen ved 20 medisinske avdelinger. Igjen finner vi meget store forskjeller. For eksempel varierte β -blokkernes andel av kardiiovaskulære legemidler fra 4–23% – forskjeller som er langt større enn forskjellene i pasientbelegget (Haugen et al. 1979).

Det er ikke noe mål å ensrette all behandling. En del variasjon er nødvendig og ønskelig, blandt annet for å prøve nye metoder i behandlingen. Problemet er hvor store forskjellene bør være i en god og rettferdig helsetjeneste. Svaret må ta hensyn til både virkninger, bivirkninger og ressurser.

Medisinske programmer

En løsning er å utvikle veiledende programmer for viktige behandlingsoppgaver. Vi har tatt behandlingen av høyt blodtrykk som et praktisk eksempel. Dette er kanskje den største behandlingsoppgaven i Norge – og det er ca. 1/4 million mennesker med høyt blodtrykk. Vi vet at behandlingen ikke har tilfredsstillende kvalitet. For eksempel var det bare 10% av de kjente hypertonerne i Finnmark som hadde akseptabelt blodtrykk ved en stor undersøkelse i 1977–78 (Kvamme og Haider 1978).

Vi organiserte derfor en gruppe av eksperter for å vurdere kriteriene for god behandling av hypertensjon (Waalder et al. 1978). Basert på en stor epidemiologisk undersøkelse i Bergen fra 1960-årene, beregnet Waalder først risikoen ved høyt blodtrykk i forskjellige aldersklasser. Deretter studerte gruppen konsekvensene – målt i kostnader og i potensielt vunne leveår – av forskjellige programmer. På dette grunnlaget foreslo vi et

praktisk program, og det skal nå prøves i Nord-Trøndelag fylke.

Vi tror at denne arbeidsmåten kan tilpasses til mange store behandlingsoppgaver, og vi tror at dette blir den store utfordringen for helsetjenesten i 1980-årene.

Konklusjon

Helsetjenesten er en svær organisasjon, kanskje den største vi har i samfunnet. På mange måter er den en beundringsverdig organisasjon som gir service dag og natt, nesten alltid med kyndighet og ofte med menneskelighet. Jeg tror det er 4 viktige problemer:

- Vanskelighetene med prioritering av ressursene.
- Manglende løpende evaluering.
- En tendens til å holde fast ved gamle retningslinjer for lenge.
- En stadig negativ uro og klaging.

Helsetjenesteforskningen er ingen patentmedisin for disse problemer, men den kan fungere som et positivt og konstruktivt uroelement. Dette er ingen liten oppgave, og det er jobben, slik jeg ser den.

Referanser

- Grund, J.: Perspektivanalyse for eldreomsorgen frem til 1990. NAVF's gruppe for helsetjenesteforskning, Rapport nr. 4-1978, 187 s.
- Grund, J.: Norsk og engelsk helsetjeneste: en sammenligning av ressurser, organisasjon og utbytte. NAVF's gruppe for helsetjenesteforskning, Rapport nr. 3-1979, 93 s.
- Hall, T.L. & Mejia, A. (edit.): Health manpower planning: principles, methods, issues. WHO, Geneva 1978, 311 s.
- Haugen, Ø., Hjort, P.F., Andrew, M. & Øydvin, K.: Forskjeller i sykehusenes behandlingsopplegg. Bruk av antidiabetika og utvalgte hjerte- og kretsløpsmidler ved 20 sykehus. Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1979, 99, i trykk.
- Illich, I.: Medical nemesis. Calder & Boyars, London 1975, 183 s.
- Kohn, R. & White, K.L. (edit.): Health care, an international study. Oxford University Press, London 1976, 557 s.
- Kvamme, J.-I. & Haider, T.: Hjerte-karundersøkelsen i Finnmark: Beskrivelse og analyse av etterundersøkelsesgruppen. ISM skriftserie nr. 3, Universitetet i Tromsø 1978, 139 s.
- McLachlan, G. (edit.): A question of quality? Roads to assurance in medical care. Oxford University Press, London 1976, 297 s.
- Schon, D.A.: Beyond the stable state. Penguin, Harmondsworth 1971, 235 s.

- Stenmarck, S. & Hjort, P.F. (red.): Helseopplysning – hvorfor og hvordan?
Nasjonalforeningen for folkehelsen og Aschehoug, Oslo 1979, 158 s.
- Sørbye, L.W. et al.: Nøkkelspørsmålet i dødspleien: når er tiden inne? Tidsskrift
for Den norske lægeforening 1979, 99, 1300–1306.
- Waler, H.Th., Hjort, P.F. & Grund, J.: Helseøkonomi – venn eller fiende for
helsetjenesten? Tidsskrift for Den norske lægeforening 1977, 97, 1370–1376.
- Waler, H.Th. et al.: Høyt blodtrykk: behandlingsprogram, utbytte, kostnader.
NAVF's gruppe for helsetjenesteforskning, Rapport nr. 5–1978, 106 s.