

HELSETJENESTEFORSKNINGENS ROLLE I HELSEPOLITIKKEN

Peter F. Hjort

1. Helsetjenesten har problemer

Alle vet at helsetjenesten har problemer. Mange sier at de har utviklet seg til en krise:

- Pasienter klager over køer, at de ikke får tak i lege og at de må ligge på gangene i sykehusene.
- Personalet klager over urimelig press og over en meningsløs helsepolitikk, planlegging og byråkrati.
- Politikerne klager over at det er umulig å styre helsetjenesten og over at den sluker alle skattepengene.

Disse følelsene er reelle og sterke. Men samtidig er de motstridende. Jeg har illustrert det ved å si at det alltid går to demonstrasjonstog i Norge. I det ene går pasientene, og de vil ha mer og bedre helsetjeneste. I det andre går skattebetalerne, og de vil ha lavere skatter. Problemet og poenget er at det er de samme menneskene som går i begge tog.

I mange måneder har det rast en helsepolitisk debatt i Aftenposten og to parter står mot hverandre:

- Den ene består av firkantede, steinharde og forstokkede byråkrater. De ser løsningen i flere planer.
- Den andre består av eigode leger. De ser løsningen i færre planer og flere penger.

(red.)
 Saugstad OD, Vaage S., Helse for den vake?
 Oslo: Tilkun Forlag, 1985

Debatten gir inntrykk av at det er en enkel sak å ordne opp, hvis bare de rette folkene fikk slippe til. Jeg tror denne debatten gjør skade, fordi den tilslører at problemene er vanskelige.

Jeg har en slags schizofren posisjon i debatten. Jeg har vært med på å skrive Helseplanen, men samtidig er jeg også lege for pasienter. Men frem for alt er jeg en ivrig iakttager fra mitt utsiktspunkt, som er helsetjenesteforskningen. Denne forskningen setter seg som mål å bidra til et systematisk arbeid for en bedre og mer effektiv helsetjeneste.

Helsetjenesteforskningen har fått en bred plass i dette seminaret. Jeg tror det er riktig å være atskillig mer beskjeden. Vår gruppe består f.eks. av ca. 12 forskere. Vi bruker storparten av vår tid til evaluering, dvs. til å vurdere helsetjenestens virksomhet. Vi har ingen formell makt, og det er klart at våre 5 leger i deltids-forskerstilling har begrenset innflytelse i forhold til 9000 leger i full klinisk virksomhet.

2. Hvorfor er problemene så vanskelige?

Jeg tror det er to grunner:

For det første er de *intellektuelt* vanskelige. Det skyldes at helsetjenesten ikke bare er Norges største, men også Norges mest kompliserte organisasjon. Her er noen tall som illustrerer det. Fig. 1. Helsetjenesten følger ikke enkle lover, det er vanskelig – kanskje umulig – å klarlegge betingelsene for optimal funksjon.

For det andre er problemene *politisk* vanskelige. Det skyldes at helse-tjenesten, først og fremst pga. sin størrelse, berører så mange og så sterke interesser. Her er noen eksempler, og jeg understreker at det er intense konflikter også innenfor hver av de gruppene jeg har ført opp, f.eks. mellom profesjonene. Fig. 2. Alle gruppene har bare én ting felles, at de alle hevder at det er de – og bare de – som varetar pasientenes interesser.

Det er et viktig poeng at helsetjenesten har enorm politisk styrke. Mange sosialministre i mange land har knekket nakken på å forsøke «å ordne opp med helsetjenesten».

Et tankekors er om helsetjenesten er blitt *for* stor – ikke i forhold til pasientenes behov, men for stor som organisasjon. Det synes å være en

naturlov at en stor organisasjon må vokse, fordi den ikke makter å tilpasse seg til nye forutsetninger ved omprioritering, bare ved vekst. Mange erfarne politikere og administratorer har kommet til den konklusjon at det er naivt å tro at helsetjenesten overhodet *kan* styres. De synes å akseptere at helsetjenesten er prisgitt interessekampen. Resultatet blir selvfølgelig at de sterkeste delene vokser seg sterkere. En av følgene er det en engelsk almenpraktiker har kalt «The inverse care law», dvs. at behov og tilbud er omvendt proporsjonale – «når nøden er størst, er hjelpen lengst borte».

En annen måte å illustrere dette på har jeg laget for mange år siden: helsetjenesten er som en supertanker som siger frem mot en gang satte mål. Mannskapet vil ha større hyre og mer fart, ikke ny kurs. De søker å nå målet ved det prinsipp som kalles «dynamic conservatism», dvs. at en kjemper mot reform med stor oppfinnsomhet.

3. *Hvordan forholder helsetjenesteforskningen seg til problemene?*

For ca. 25 år siden kastet helsetjenesteforskningen seg ut i dette både rørte og opprørte vann. Grunntanken er å påvirke helsetjenesten gjennom rasjonelle argumenter samlet gjennom forskning. Som jeg nevnte, mener mange erfarne folk at denne tanken er naiv, for helsetjenesten er ikke rasjonell. Mange mener at den heller ikke bør være det, fordi hvert enkelt element i helsetjenesten – pasienter, leger, sykehus, kommuner osv. – er forskjellige. Rasjonalitet i dette kaos er derfor ikke bare urasjonelt, men faktisk irrasjonelt.

Helsetjenesteforskningen nekter å godta dette synet, og derfor er det naturlig at en kommer i konflikt. Jo bedre den er, jo flere interesser krysser den og jo mer truende blir den oppfattet. Derfor er det ikke forbausende at helsetjenesteforskningen på så kort tid har avansert fra ukjent til omstridt.

Jeg vil gi ett eksempel på tankegangen i helsetjenesteforskningen, men først vil jeg forklare hvordan vi forholder oss til budsjettene. Jeg føler at det er fire alternativer:

1. Den beste helsetjeneste som det er medisinsk mulig å prestere. Dette

er en utopi som ville kreve hele statsbudsjettet og mer til. Dette målet er urealistisk og i virkeligheten reaksjonært.

2. Den best mulige helsetjeneste for det beste budsjett en klarer å oppnå. Dette er helsetjenesteforskningens mål, og det krever kamp på to fronter:

- En ytre front hvor en kjemper for større ressurser til helsetjensten
- En indre front hvor en kjemper for bedre effektivitet og kvalitet i helsetjenesten, altså for det budsjett en har.

3. Den best mulige helsetjeneste for et gitt budsjett. Dette er det nest beste målet. Da gir en opp den ytre kampen og konsentrerer seg om den indre.

4. Den helsetjeneste vi faktisk har. Det nærliggende målet for mange er bare å forsvare den helsetjeneste vi har. Dette er også et reaksjonært mål, fordi en gir opp både den indre og den ytre kamp.

Mange mener at det er helsetjenestens rett og plikt å kjempe for større ressurser til helsetjenesten – uansett. Jeg er betenkt over det, av to grunner. Den ene er paradoksal, nemlig at det er så lett å få politisk gjennomslag for helsetjenestens krav at det kan gå ut over andre samfunnsområder. Den andre grunnen er at andre samfunnsområder ofte er vel så viktige for folkehelsen. Jeg føler at det er helsetjenestens plikt å kjempe for disse andre områdene, dels ved å gi dem argumenter og dels ved ikke å være for grådige på helsetjenestens vegne. Et nærliggende eksempel på slike andre områder er ungdoms-arbeidsløshet.

Det er en vanskelig og følsom grense mellom helsetjenesteforskning og helsepolitikk. Som forskere må vi være nøye med denne grensen, men samtidig føler vi en rett – kanskje til og med en plikt – til å argumentere med forskningsresultater i helsepolitikken. I vår gruppe har vi gjort det på to måter:

– dels ved å følge opp de enkelte prosjektene med undervisning, seminarer osv. – det som kalles implementering av forskningsresultatene. Vi har gjort dette på vidt forskjellige områder, f.eks. i dødspleien, i eldreomsorgen, i organiseringen av primærhelsetjenesten, og i bruken av helsekontroller,

– dels ved å bidra til en samlet nasjonal helseplan. Denne planen er et typisk eksempel på den budsjettfilosofi jeg har nevnt. Vi argumenterte for større ressurser til helsetjenesten gjennom det såkalte pukkelresonnement, og vi argumenterte for bedre bruk av ressursene gjennom mer bevisst prioritering.

Jeg vil si litt om Helseplanen. Først må jeg understreke det jeg nettopp sa – at vi argumenterte for mer ressurser til helsetjenesten, ikke mindre. Likevel blir vi stadig misforstått på dette punktet. Jeg må også si noe om Helseplanens politiske stilling. Den er resultatet av et personlig initiativ – forfattergruppen ble aldri oppnevnt, hadde intet mandat og fikk ikke honorar. Jeg antar at planen aldri blir behandlet politisk, f.eks. i Stortinget. Likevel blir mange av forslagene fulgt opp i praksis. Det skyldes antakelig at planen ikke har noen konkurrent. Den er – iallfall foreløpig – det eneste forsøk på å lage en logisk sammenhengende og konsistent plan for helsetjenesten. Den har pådratt seg mye kritikk, men ennå har ingen lagt frem et gjennomarbeidet alternativ. Derfor har den fått stor innflytelse – til tross for at det ikke står noen makt bak den. Jeg føler at det er slik det bør være. Helsetjenesteforskningen bør få den innflytelse den gjør seg fortjent til, men ingen makt.

4. Ett eksempel – hypertensjon

Det viktigste for meg her er å formidle hvorledes helsetjenesteforskningen arbeider og resonnerer. Derfor vil jeg vise ett eksempel – hypertensjon. Dette er Norges største sykdom med over 120.000 pasienter på medikamentell behandling.

Vi startet med å studere risikoen ved hypertensjon, og Hans Waaler brukte det store Bergens-materialet til det – 90.000 bergensere fikk

blodtrykket målt i 1963, og siden har dødeligheten vært fulgt. På fig. 3 ser dere risikokurvene. I samarbeid med erfarne klinikere utarbeidet vi så et behandlingsprogram, som dere ser på fig. 4. Så organiserte vi et behandlingsprosjekt i Nord-Trøndelag fylke. Første skritt var å studere behandlings-praksis, og vi samlet opplysninger om alle hypertensjons-pasienter som søkte lege gjennom en 8 ukers periode høsten 1980. Det var 1600 pasienter, og flertallet var eldre kvinner – altså en gruppe hvor det ennå ikke er vist at behandlingen har effekt. Alle pasienter fylte ut et spørreskjema om hvordan det er å være hypertensjonspasient, og hver 5. pasient ble intervjuet. Vi har nå innført et behandlingsprogram i samarbeid med sykehusene, fylkeslegen og de 80 praktiserende legene. Vi skal snart gjøre en oppfølgingsundersøkelse for å studere effekten av programmet.

Samtidig har vi angrepet problemet fra en annen side også – gjennom legemiddelstatistikk. På fig. 5 ser dere resultatet fra en analyse av de nordiske lands legemiddelforbuk. Den viser store forskjeller, både i omfang og profil. Ved å gå over til den danske profilen kunne de nordiske land spare 116 millioner kroner pr. år. Foreløpig vet vi dessverre ikke om de forskjellige profilene er like effektive.

Intervjuene med pasientene har satt oss på et grunnleggende problem, som Jostein Holmen har tatt opp. Det viser seg nemlig at pasientene tror at hypertensjon er en alvorlig og livsfarlig sykdom – langt farligere enn den faktisk er, og de tror at de ene og alene kan takke tablettene for at de lever. Realiteten er at dødeligheten for store grupper er lav, bare ca. 2 % pr. år, og behandlingen kan redusere den – kanskje til 1 %. Det betyr at en må behandle 100 pasienter for å forlenge livet til én. Alle 100 får bivirkninger, og vi kan ikke på forhånd si hvem som får nytte av behandlingen. Det er klart at dette reiser et alvorlig etisk problem – overfor den enkelte pasient og i forhold til samfunnets ressurser. Burde disse svære ressursene heller vært brukt til hofteoperasjoner eller til og med utenfor helsetjenesten – f.eks. til arbeidsløs ungdom?

5. Slutt

Jeg har forsøkt å gi dere et bilde av helsetjenesteforskningen – både

hvorledes den arbeider, hvorledes den forholder seg til budsjettene og hvilken innflytelse den har. Min konklusjon er at helsetjenesten fortsatt bør ledes av politikere, men helsetjenesteforskningen kan bidra til å innføre et element av rasjonalitet i politikken. Jeg tror at dette elementet har større betydning for de mange små avgjørelsene – f.eks. i behandlingen av hypertensjon – enn for statsbudsjettet. Jeg for min del er godt fornøyd med denne beskjedne rollen.

Fig. 1

Helsetjenestens problemer er intellektuelt vanskelige:

ca. 4.1 million pasienter

- ca. 12 millioner konsultasjoner
- " 600.000 innleggelser
- " 8.000 diagnoser

ca. 150.000 ansatte

- ca. 100 yrkesgrupper (ca. 40 lagespesialiteter)
- heldøgns drift
- ca. 50 % deltid

ca. 20 milliarder kr. i budsjett

- 454 kommuner
- 19 fylker
- 5 regioner
- 1 rike

Blanding av vitenskap og skjønn

- svære forskjeller i praksis

Fig. 2

Helsetjenestens problemer er politisk vanskelige:

Pasient-interesser

- ca. 60 interesse-grupper

Personell- og profesjonsinteresser

- ca. 50 ulike profesjons-grupper

Faglige interesser

- ca. 40 spesialiteter
- alternative "stoler"

Skole- og universitetsinteressen

- 4 medisinske stoler
- mange høystoler

Kommune-, fylkes- og statsinteressen

Institusjons- og avdelingsinteressen

Økonomiske interesser, f. eks. legemidler

Partipolitiske interesser

Fig. 3

10 year mortality in hypertension: Bergen 1963-64 + 10 years.

+

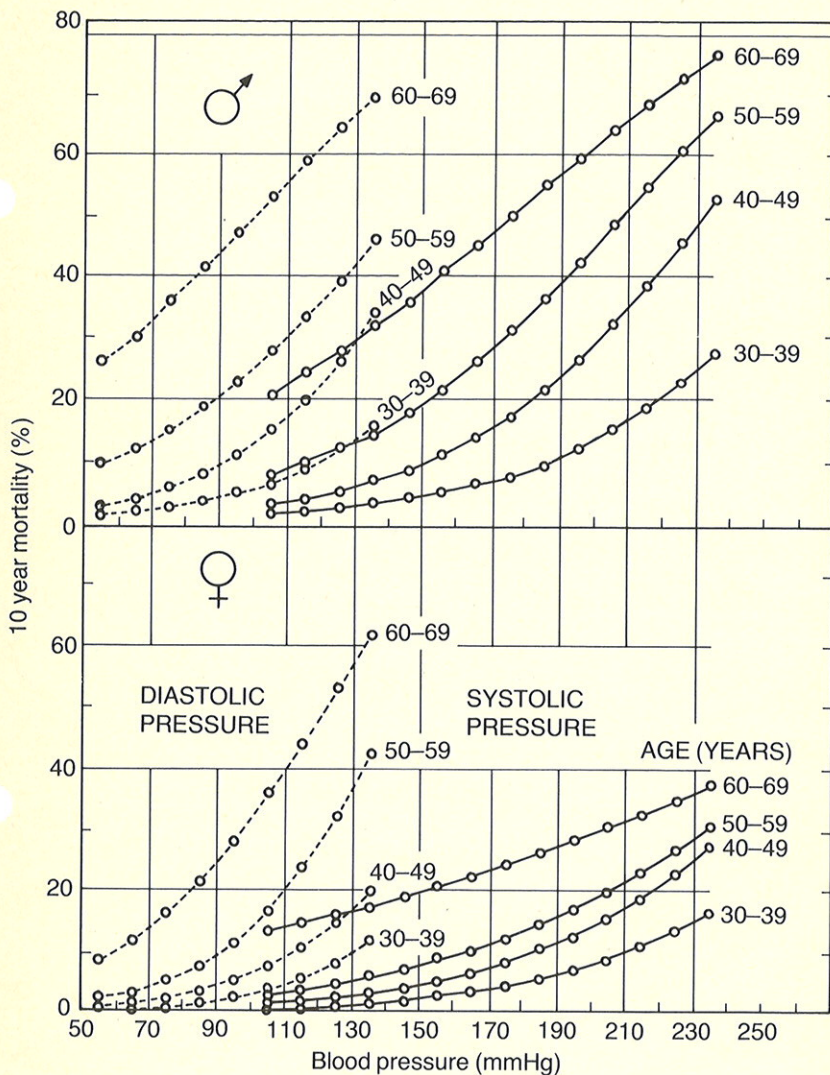


Fig. 4

Program for hypertensjon: grenseverdier for prioriteringsgruppene, begge kjønn.

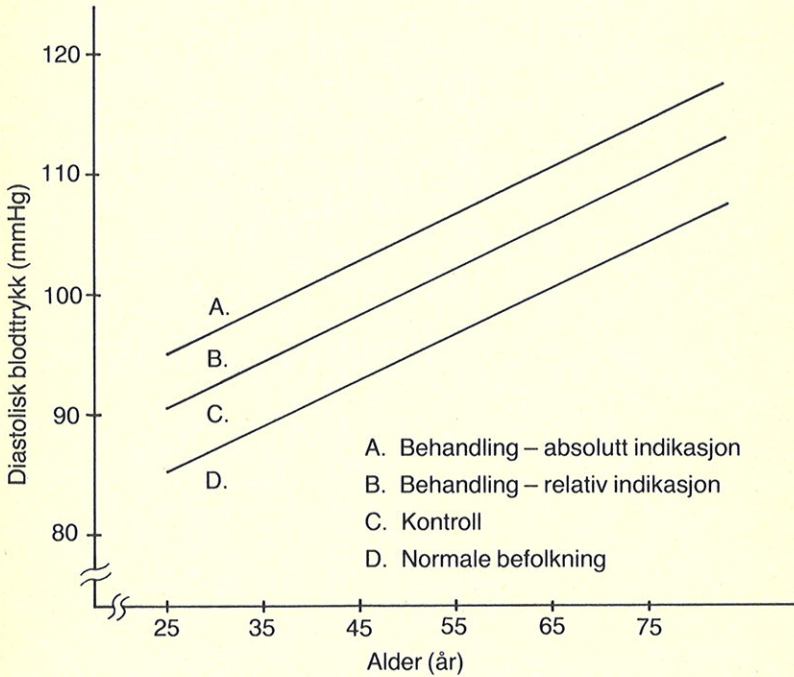


Fig. 5

Consumption of 4 groups of antihypertensive drugs in the Nordic countries, 1980.

