
À votre santé!

REDAKSJONELT

KNUT ARNE HOLTEDAHL

Knut Arne Høltedahl (f. 1944) er spesialist i allmennmedisin og professor ved Universitetet i Tromsø. En dag i uken arbeider han i klinisk allmennpraksis. Hans diplom i tropemedisin er fra Universitetet i Paris og er meget kunstferdig.

Email: knut.holtedahl@ism.uit.no

Institutt for samfunnsmedisin

Universitetet i Tromsø

9037 Tromsø

Er Frankrikes helsevesen det beste i verden, det mest rettferdige, det som fungerer best? Slik kan man tolke WHO-rapporten som ble publisert i juni 2000 (1, 2). Vel, sier generaldirektør Gro Harlem Brundtland, det kommer an på øynene som ser, men WHO har prøvd å balansere mange slags hensyn og perspektiver (1).

Død, funksjonshemming, fattigdom, ydmykelse og fortvilelse skiller det godt fungerende fra det dårlig fungerende helsevesen, og i rangeringen av oppnådde helsetjenestemål i forhold til utgifter kommer Frankrike ut som nr. 1 blant alle verdens land. I denne rangeringen, basert på data fra 1997, kommer Norge på 11. plass, Storbritannia på 18. plass, USA på 37. plass, mens Italia er nummer 2. Rangeringen er basert på tre overordnede mål: god helse, evne til å forbedre i tråd med befolkningens forventninger og rettferdighet i fordeling av midler (1).

Er det franske helsevesen perfekt? For norske øyne er det ikke vanskelig å se eksempler på ting som *ikke* fungerer godt i det franske systemet. Nedvurdering av en stort sett velfungerende primærhelsetjeneste er innebygd i systemet med adgangseksamener for spesialistutdanning. Havner man bakerst, blir man allmennpraktiker. De fleste universiteter mangler elementer fra allmennmedisin i grunnutdanningen og har heller ikke akademiske stillinger i faget. Oppfølging av regler nedtegnet på papir, er heller ingen fransk nasjonalsport. WHO-rapporten nevner som eksempel på "tunnelsyn" at man lager retningslinjer og bestemmelser uten å bry seg om å finne ut av om de blir anvendt, og slikt kan man finne eksempler på i Frankrike. Etter hvert tas dette mer alvorlig, for eksempel i det statlige Agence Nationale d'Accréditation et

d'Évaluation en Santé (ANAES), som har laget tallrike, grundige retningslinjer for god klinisk praksis (3). Dystert mange trafikkulykker er for tiden i medienes søkelys, likevel skårer Frankrike høyt på såkalt uførejustert forventet levetid (disability-adjusted life expectancy, DALE, en nykonstruert WHO-indeks). Uførejusteringen avhenger av aldersspesifikk prevalens av ikke-fatale sykdomssekveler. Lesere som funderer på hvordan rangeringen kunne tenkes endret med annen informasjonsvektning, kan lese originalpublikasjonen om DALE-utregning (4).

Men altså nr. 1 . . .? Samme dag som WHO-rapporten ble offentliggjort, spilte Frankrike og Norge kamper i de innledende rundene i europamesterskapet i fotball. Her var det fristende å vurdere det lekende, glade, hurtige franske spillet mot den trauste indrefirer-taktiske norske kjedsommelighet, med statistisk funderte forventninger til scoringer som funksjon av antall angrep mot mål. Uten å trekke fotballmetaforene for langt, og uten å reflektere for mye over at rekkefølgen i EM ble den samme som i WHO, kan det tenkes at vi her aner noen antydninger til Frankrikes suksess i helsevesenet:

- – Franskmenn tar vare på sin egenart, men vet likevel å inkludere det fremmede.
- – Franskmenn er opptatt av teorier om livet.

Kosthold er viktig for helsen. Vi vet etter hvert at middelhavskostholdet har betydelige sunnhetsfremmende kvaliteter. Selv om McDonald's-skiltet pranger på Boulevard St. Michel, overlever tradisjonelle franske barer og restauranter. Alle Frankrikes viner og ostesorter har nøyaktig angivelse av det begrensede geografiske området hvor man har spesialisert seg på deres produksjon. Isolert sett er vinen helsefremmende eller helsefarlig alt etter bruken, mens osten oftest får merkelappen helsefarlig. Som helhet peker empirien likevel mot helsegevinst. Frankrikes kulinariske tradisjoner fremmer glede, er levende i alle deler av landet og gir et unikt kulturelt incitament til å smake, lukte og se hva det egentlig er man får.

Legetettheten er høy i Frankrike, og ventetiden er vanligvis kort. Legelønningene er ikke høyere enn at de stimulerer til lange arbeidsdager, og det samme gjør barnehagetilgjengeligheten. Forsøk med frivillig fastlegeordning er underveis, men foreløpig lite utbredt. Det er mulig å falle utenfor sykeforsikringssystemene i Frankrike, men i praksis vil alle få medisinsk hjelp når det er ønsket og trengs. Legemidler blir refundert i høyere grad enn i Norge.

Frankrikes koloniale fortid har ført til høy innvandring, legal og illegal. Til nå har det vært smutthull i forbudene. "Den bakre firer" er nok mer effektiv i Norge, men det spørs om vi vinner så mye på det. Frankrike er et land med rikt mangfold midt i all kulturbevissthet. Mens norske kinoimportører driver endeløs promovring av naivistisk-moralske og voldelige Hollywood-amerikanske kulturbudskap, kan man i franske byer se europeisk, latinamerikansk og asiatisk film av høy kvalitet og til helt andre typer ettertanke. Den nasjonale franske etikkomiteen er for tiden pådriver for å få gjennom endring i genpatenteringsdirektivet i EU: Kun oppfinnelser, ikke gensekvenser skal kunne patenteres.

Når norske ungdommer skriver stil, skriver franske gymnasiaster filosofi-essay. Innholdet kan nok overlappe, men signalet er klart og annerledes enn i Norge: filosofi er viktig, refleksjon er nyttig. Mitt inntrykk er da også at det i Frankrike er vanligere enn i andre land å treffe på leger som har et par års filosofistudier bak seg før de starter på medisintutdanningen. Medisinsk vitenskap er i nyere tid blitt svært metodefokusert. Bedømmelsen av en doktorgrad dreier seg mye om å kontrollere at metodene er anvendt i tråd med det herskende synet på god praksis. Det er sjelden man diskuterer forskjellen på våre begreper om virkeligheten og selve virkeligheten, som for eksempel i våre diagnosesystemer eller ved konstruerte indekser av typen DALE. Franskmenn er opptatt av teorier om livet. I den franske skolen vektlegges matematisk teori sterkere enn i Norge, og Frankrike har sterke epidemiologimiljøer. Samtidig er det en stor bredde i fransk filosofisk tradisjon, og mange franske navn går igjen i henvisninger til nyere ideer om fortolkning, mening, etikk og kultur som uunnværlige ingredienser i moderne vitenskap og vitenskapskritikk (5, 6).

Jeg tror dette bør ende opp med to spørsmål: Er det bra for helsen å være kulturbevisst? Og: Klarer vi å endre på våre fordommer om at det ikke er så mye å lære av søreuropeiske land? Vi må nok forvente at mange vil reagere i tråd med Galbraiths lov: Har man valget mellom å endre mening eller å bevise at det ikke er nødvendig, vil nesten alle få det travelt med beviset. Gratulerer, Frankrike!

LITTERATUR

1. The World Health Report 2000 – Health systems: Improving performance. Genève: WHO, 2000. (www.who.int/whr.)
2. Gulbrandsen P. Verdens helseorganisasjon rangerer verdens helsetjenester Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2073.
3. Hortedahl K. The quest for quality in primary healthcare in France – a Nordic view. Eur J Gen Pract 1999; 5: 26 – 8.
4. Mathers C, Sadana R, Salomon J, Murray CJL, Lopez AD. Estimates of DALE for 191 countries, methods and results. GPE Discussion Paper No 16. Genève: WHO, 2000.
5. Østerberg D. Forståelsesformer. Oslo: Pax, 1966.
6. Kirkengen AL, Jørgensen J, red. Medisinsk teori. Tanker om sykdom og tanker om helse. Allmennpraktikerserien. Oslo: TANO, 1993.

Publisert: 10. august 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.