
Mer helse for hver lege?

REDAKSJONELT

HAUG C

Ved inngangen til 1996 var det halvparten så mange innbyggere per yrkesaktiv lege i Norge som i 1972, 336 mot 689(1). I samme periode ble de offentlige helseutgiftene tredoblet, målt i faste kroner (2). I tillegg viser bådenasjonalregnskapets beregninger og forbruksundersøkelsens registrering en betydelig økning i husholdningenes privateutgifter til behandling og helsepleie i perioden (2). Vi har altså flere leger og bruker mer penger på helse enn noengang. Samtidig ropes det om krise i helsevesenet, og man kan få inntrykk av at man i mindre grad enn før vil få nødvendig medisinsk hjelp hvis man trenger det. Hvordan er dette mulig?

Medisinens paradoks

Et problem er at selve helsebegrepet er så sammensatt og vanskelig å måle. Utenom dødelighet og levealder finnes detingen enkle metoder for å måle helsetilstanden i befolkningen. De metodene vi har, registrerer sykkelighet dels somegenrapportert helsetilstand og dels som sykefravær og uførepensjonering. Det viser seg at ulike kilder girforskjellige bilder av helsetilstanden i befolkningen, i tillegg til at befolkningens forventninger til hva som er godog dårlig helse har endret seg (3).

Det er derfor vanskelig å sammenlikne helsetilstanden i befolkningen før og nå. Enda vanskeligere blir det å forsøkeå måle helsevesenets bidrag til en eventuell folkehelsegevinst. I tillegg til målingsproblemene er det nå allmennenighet om at helsevesenets bidrag til helsetilstanden er begrenset til omkring 10%, slik at endring i levekår haratskillig større betydning for helsetilstanden i befolkningen enn endringer i helsevesenet (4). Dessuten fører økthelbredelse av akutte sykdommer til at flere lever med kroniske sykdommer. Sykeligheten i befolkningen øker altså selvom dødeligheten går ned. Det er dette Arthur Barsky omtalte som helseparadokset for ti år siden: Dess flinkere vi blirtil å helbrede alvorlig sykdom, dess sykere blir befolkningen som helhet (3)!

Mindre helse per lege

Men selv om det er vanskelig å måle helse og helsegevinst, er det et rimelig krav fra samfunnet at helsevesenet forvalter ressursene mest mulig effektivt i forhold til formålet. Og hvis vi mener at helsevesenets formål er å ivareta og bedre folkehelsen, kan den egentlige effektiviteten i helsevesenet vanskelig måles som noe annet enn forholdet mellom helsegevinst og ressursbruk. Selv om helsetilstanden i befolkningen har endret seg, både som følge av endret dødelighet og sykkelighet og endret forståelse av helsebegrepet, er det ingen data som tyder på at helsegevinsten har økt tilsvarende mye som den økte ressursbruken. Slik sett har effektiviteten i helsevesenet faktisk blitt lavere! Selv om det arbeides og "produseres" på høy gir i helsevesenet for tiden, har vi i 1996 mindre helsegevinst per krone, mindre helsegevinst per lege enn noen gang!

Dette er ingen overraskelse. Med økende velstand og økende levealder blir det vanskeligere å oppnå store helsegevinster ved økt innsats i helsevesenet. Fordi kostnad-effektivitets-kurven flater ut, blir marginalkostnadene høye og gjør det ekstra viktig å vurdere kostnader og effekt systematisk. Det er imidlertid helt vesentlig for å kunne vurdere - og eventuelt øke - effektiviteten i helsevesenet at resultatmålet er "helsegevinst" i form av redusert dødelighet, sykkelighet, uførhet, smerte, ubehag og/eller bedret livskvalitet og ikke produktivitetsmål som f.eks. antall pasienter behandlet, antall prøver tatt, antall liggedøgn, tid på venteliste e.l.

Hva er medisinsk effekt og effektivitet?

Et problem i effektiviseringsdebatter i helsevesenet er at det legges ulikt innhold i ordene effekt og effektivitet. For det første brukes ofte produktivitet og effektivitet om hverandre, for det andre er det forskjell på medisinsk effekt og effektivitet. Medisinsk sett kan en behandling ha effekt, f.eks. på blodtrykket, uten at behandlingen av den grunn nødvendigvis er effektiv i den forstand at den gir helsegevinst i form av redusert sykkelighet og dødelighet. Det kan være flere årsaker til det. En årsak kan være at den medisinske effekten måles på variabler uten sikker sammenheng med kliniske endepunkter som overlevelse og helse relatert livskvalitet. En annen årsak er at det er forskjell på den optimale, teoretiske helsegevinst man påviser gjennom kontrollerte kliniske forsøk, og den helsegevinst den aktuelle behandling gir den aktuelle pasient eller pasientgruppe på det aktuelle behandlingssted (5). Hvor godt eller effektivt behandlingsopplegget blir, påvirkes av både epidemiologiske, organisatoriske, økonomiske, mellommenneskelige og etiske forhold. Dersom man ønsker å øke helsegevinsten for pasienten eller befolkningen, må altså alle disse forhold vurderes i tillegg til og i forhold til den antatte medisinske effekten.

Medisinsk teknologivurdering

Mye av dette virker selvsagt, som f.eks. at samme behandling kan gi forskjellig resultat om den gis på en sykestue, et lokalsykehus og et regionsykehus, at utdanningsnivå og stressnivå hos helsepersonellet gir utslag på behandlingen, at pasientens alder og komorbiditet virker inn på behandlingsresultatet. Likevel har denne type vurderinger i

litengrad fått gjennomslag i Norge som systematisk styringsverktøy i helsesektoren, hva enten det dreier seg om enkeltlegersprioriteringer i forhold til pasienter eller samfunnets prioriteringer av helsegoder. Vurderinger av denne typen inngår det som internasjonalt benevnes "medical technology assessment" (6). På norsk har man brukt uttrykket medisinskteknologivurdering, en betegnelse som lett gir feilaktige assosiasjoner fordi medisinsk teknologi i denne sammenheng betyr hele spektret av behandlingsmetoder som brukes av helsepersonell for å fremme helse, forebygge og behandlesykdom. Med "vurdering" menes effektivitetsvurdering, inkludert kostnad-effektivitets-vurdering. Det dreier seg altså om systematiske vurderinger av nytten ved alle sider av medisinsk praksis.

Mest mulig virkningsfulle helsetilbud

Behovet for slike vurderinger har sprunget ut av den eksplosive økningen i medisinske tilbud til diagnostikk og behandling og dermed kostnader for helsetjenesten. Hensikten er imidlertid ikke primært kostnadsbesparelse, men først og fremst å sørge for mest mulig virkningsfulle helsetilbud til befolkningen. Å foreta slike systematiske vurderinger er både en tidkrevende og metodologisk vanskelig prosess, ikke minst fordi den krever tverrfaglig samarbeid og forståelse (7).

De fleste andre land i Europa, Nord-Amerika og Australia har etablert sentre som kan initiere, kvalitetssikre og implementere slike medisinske teknologivurderinger. Erfaringene derfra viser at vurderingene vil være både omfattende, vanskelige å gjennomføre og vanskelige å implementere i helsevesenet fordi de forutsetter endringer i holdning og handling både hos bevilgende myndigheter og hos helsepersonell (8). Likevel satses det mye, ikke minst fra legehold, på videreutvikle metodene og øke ressursene til denne typen nyttevurderinger av egen virksomhet, blant annet fordi det gir en mulighet til å sette medisinske effektivitetskriterier i helsevesenet i stedet for mer tekniske produktivitetskriterier.

Systematiske nyttevurderinger som styringsverktøy

Brukt riktig er slike systematiske nyttevurderinger et godt verktøy for ledelse og prioritering i helsevesenet både på mikro- og makroplan. På sett og vis foretar leger en slik nyttevurdering i forhold til hver eneste pasient når legen starter en behandling. Den gode lege bestemmer seg jo nettopp for egnet behandling ved å ta hensyn til både pasientens sykehistorie, symptomer og tegn, sosiale forhold m.m. og vurderer dette i forhold til egne kunnskaper om behandlingseffekt og -alternativer samt tilgjengelige ressurser. Hvis legen "treffer" godt med behandlingen slik at pasienten får stor helsegevinst, sier vi gjerne at han eller hun har et godt klinisk skjønn. På mange måter er slike systematiske nyttevurderinger et forsøk på å objektivisere og kollektivisere deler av det kliniske skjønn. Ikke slik å forstå at det skal erstatte det kliniske skjønn i forhold til enkeltpasienter, beslutninger på individnivå er det selvsagt legen som skal ta, men slik at helsevesenet som helhet skal settes bedre i stand til å tilby og evaluere helsetjenester som gir mest mulig helsegevinst for befolkningen.

Hovedforutsetningen for at medisinsk teknologivurdering eller systematisk nyttevurdering skal lykkes som etstyringsinstrument, er imidlertid gjensidig respekt og god kommunikasjon mellom helsemyndigheter, politikere, befolkningen og de medisinske fagmiljøer. De første vil måtte akseptere de medisinske vurderingene, mens legene på sin side må klare å komme frem til en faglig konsensus om behandlingsalternativer og -nivåer, ikke bare innen egenspesialitet, men innen medisinen som helhet. Legene må samtidig akseptere at utgangspunktet og endepunktet for medisinsk behandling, altså hva som defineres som sykdom og hva som oppfattes som redusert eller bedret livskvalitet, er spørsmål som også andre enn leger kan ha kvalifiserte synspunkter på. Og alle vil måtte akseptere at overordnede økonomiske og politiske vurderinger ofte vil spille inn.

Mer eller mindre autonomi for leger?

Noen vil kanskje hevde at det vil gå utover legenes faglige autonomi, dersom denne typen vurderinger skal styre helsetilbudet. Samtidig kan man si at dersom legene skal beholde sin faglige autonomi, som gruppe, er de avhengig av samfunnets tillit. Denne tilliten baserer seg på at legene, som gruppe, sørger for at den diagnostikk og behandling detilbyr, er den som gir størst helsegevinst for befolkningen. Da må legene være med på å foreta kritisk effektivvurdering av egen virksomhet, både medisinsk, organisatorisk, etisk og økonomisk. Og legene må være villig til å ta konsekvensen av vurderingene, også hvis det innebærer at ikke alle leger kan foreta seg alt de selv ønsker på det offentliges regning. Det kan tenkes at enkeltlegens autonomi må vike i noen henseender, for at legene, som gruppe, skal kunne beholde sin faglige autonomi.

Charlotte Haug

LITTERATUR

1. Årbok 1996-1997. Lysaker: Den norske lægeforening, 1996.
2. Øverås S. Helseboka 1995: hovedtrekk ved helsetilstand og helsetjeneste i Norge. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1995.
3. Barsky A. The paradox of health. N Engl J Med 1988; 318: 414.
4. Folkehelse rapporten. Helseminister Gudmund Hernes' redegjørelse om folkehelsen i Stortinget 30. april 1996. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1996.
5. Cochrane AL. Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services. London: The Nuffield Provincial Hospital Trust, 1971.
6. Fuchs VR, Garber AM. The new technology assessment. N Engl J Med 1990; 323: 673.
7. Task Force on Principles for Economic Analysis of Health Care Technology, Economic analysis of health care technology. Ann Intern Med 1995; 123: 61.
8. Battista RN, Hodge MJ. 1995. The development of health care technology assessment - an international perspective. International Journal of Technology assessment in Health Care 11: 287.

Publisert: 30. juni 1996. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 21. juli 2026.