



Charlotte Haug (f. 1959) er dr.med. og har en mastergrad i helsetjenesteforskning fra Stanford University. Hun har vært sjefredaktør i Tidsskrift for Den norske Legeforening siden 2002.

Foto Einar Nilsen

Norge kan få verdens beste helsevesen for enkeltpasienter, for befolkningen som helhet, eller for helsepersonell. Men ikke for alle samtidig. Det er ønsketenkning

Verdens aller beste

Ett av de beste medisinske miljøer jeg kjenner til, observerer jeg hvert år på nært hold ved Stanford University i California. Diagnostikk, behandling og pleie ved Stanford Hospital er fremragende, og sykehuset er nok en gang rangert som et av USAs aller beste. Medisinskteknisk utstyr er av topp kvalitet, og nylig fikk sykehuset en pris for å ha et av landets mest velfungerende IT-systemer. I tillegg har Stanford medisinsk forskning i verdensklasse: For tiden er det tre nobelprismottakere blant professorene på det medisinske fakultetet. Som om ikke dette var nok, legger man også stor vekt på grunn-, videre- og etterutdanning av leger og annet helsepersonell. Undervisningen på Stanford University School of Medicine er blant de aller beste i USA og er i tillegg både innovativ og idealistisk. Pasientbehandling, forskning og undervisning er likeverdige satsningsområder – ikke bare på papiret – men også i praksis.

I tillegg til å betrakte dette medisinske miljøet fra et lege- og forskerperspektiv, har jeg i snart 15 år fulgt kolleger og kollegers barn på Stanford gjennom alvorlig og ikke fullt så alvorlig sykdom. Både det faglige nivået på helsetjenestene og oppfølgingen av pasientene er imponerende. Der er det ingen som etterlyser en særskilt pasientansvarlig lege. Det er en selvfølge at behandlende lege følger pasienten både før, under og etter sykehusoppholdet – også utenom «normal» arbeidstid. Det er også en selvfølge at pasientene behandles med respekt og verdighet, at de blir godt informert, har valgmuligheter og tas med på beslutninger som angår dem.

Alt er ikke fryd og gammen naturligvis. Feil skjer, uenighet oppstår. Men i det store og hele erfarer pasientene at de får den aller beste behandlingen, og legene får utføre sitt fag etter aller beste skjønn. Ventetid regnes i minutter og timer, ikke dager og måneder. Triksing med ventelister og koder er et ukjent fenomen. Det er selvsagt litt klaging på ledere og administrativt personale fra helsepersonell – og omvendt – men det er milevis fra den destruktive mistilliten som for tiden eksisterer i den norske helsetjenesten.

Når vi i Norge hever øyebrynene og fastslår at vi ikke ønsker «amerikanske tilstander» i den norske helsetjenesten, er det neppe standarden på pasientbehandlingen ved f.eks. Stanford Medical Center vi vil unngå. Den er av ypperste klasse og faktisk akkurat slik både helsepersonell, pasienter og politikere av ulike sjatteringer ønsker at den skal være. Så hvordan får de det til? Kan vi ikke bare gjøre det på samme måte her?

Ikke minst når det nærmer seg et valg kan man få inntrykk av at vi kan få en «perfekt» helsetjeneste gjennom å ta de rette «grepene»: faglige, organisatoriske, juridiske eller økonomiske. Og i Norge er vi – iallfall hvis man betrakter oss utenfra – nesten rørende enige om hvordan denne perfekte helsetjenesten ser ut: en sterk offentlig finansiert helsetjeneste av høy kvalitet, med lik tilgjengelighet for

alle, der gode, faglige prioriteringer – iallfall i teorien – styrer hva slags tilbud pasientene skal få. Ingen ønsker unødvendig byråkrati, men vi ønsker samtidig at fagfolk skal slippe å gjøre «administrativt» arbeid. Vi vil ha minimale køer og kort ventetid kombinert med valgfrihet for pasienter, f.eks. fritt sykehusvalg. Vi innser at vi har behov for et innslag av privat drift og (med)finansiering av helsetjenester og noe «konkurransetsetting» – men ikke så mye at det truer den offentlige helsetjenesten. Det er politisk og faglig uenighet bl.a. om hvor stort et privat innslag bør være, men liten uenighet om de overordnede målene.

Problemet er bare at mange av ønskene både politikere og vi fagfolk har for en god helsetjeneste, ikke er innbyrdes forenlige. Køer og ventetid kan bli borte, kvaliteten og kostnadskontrollen kan bli bedre. Det kan bli både større likhet og større valgfrihet. Det kan bli færre administrativt ansatte, eller det kan bli flere – hvis helsepersonell ønsker avlastning. Det kan bli mer faglig autonomi for den enkelte helsearbeider eller flere omforente retningslinjer som alle forventes å følge for å gi pasienter lik behandling. Det kan bli mer kontinuitet i oppfølgingen av pasientene, eller det kan bli gunstigere arbeidstidsordninger for helsepersonell. Alt går an å få til, men ikke samtidig. Man må velge og prioritere. Og vi snakker ikke om enkle prioriteringer som om man skal tillate en ny kreftbehandling eller ikke. Vi snakker heller ikke om at det er de godes kamp mot det onde, at noen bare tenker penger og produksjon, mens andre kun tenker på pasientens beste. På de faglig mest fremragende sykehusene i USA og ellers i verden har de utvilsomt den enkelte pasients beste for øyet. Men det har en kostnad. Et sykehusopphold i USA koster i gjennomsnitt omtrent tre ganger så mye som et sykehusopphold i Norge. Et opphold på et toppsykehus som Stanford koster mye mer, men data er ikke offentlig tilgjengelig. Når USAs helsevesen på offentlige statistikker «bare» er omtrent dobbelt så dyrt som det norske, skyldes det én ting: Bare en brøkdel av USAs innbyggere kan benytte seg av et helsetjenestetilbud på øverste hylle. Fortsatt har en stor andel av befolkningen kun tilgang til et minimum av helsetjenester.

En reell helsepolitisk debatt dreier seg om å besvare spørsmål og gjøre valg som vil drive helsetjenesten i vidt forskjellige retninger. Ønsker vi et offentlig finansiert helsevesen med et behandlingstilbud som er likt for alle? Det går an, men da må kostnadene – og valgmulighetene – holdes under kontroll. Ønsker vi å fjerne køene og ventetiden? Skal vi ha reell valgfrihet med henblikk på behandling og behandling? Ønsker vi best mulig kvalitet på tjenestene? Det går også an, men det blir dyrt. Da blir tilbudet sannsynligvis avhengig av den enkeltes betalingsevne. Norge kan få verdens beste helsevesen for enkeltpasienter, for befolkningen som helhet, eller for helsepersonell. Men ikke for alle samtidig. Det er ønsketenkning.