

# De skadelige helsetjenestene

■ EIVIND MELAND

professor ved Inst. for global helse og samfunnsmedisin, Univ. i Bergen og fastlege ved Olsvik legesenter

## En betydelig del av helsetjenestene våre er unødvendige, helseskadelige og styres av alt annet enn reelle behov.

Dagen etter stortingsvalget var en milepæl innen medisinen, da den første internasjonale konferanse med overdiagnostikk som tema startet i Dartmouth i New Hampshire i USA.

Konferansens tittel er tankevekkende: hvordan redusere skadene av for mye helsetjeneste? Det er et tema som ikke har vært fremtredende i valgkampen, men i forskningsmiljøene har det vært en økende oppmerksomhet om dette i de siste ti år. Også Norge var representert ved konferansen.

## Store forskjeller

Det er ingen tilfeldighet at konferansen ble holdt i Dartmouth. Forskningsmiljøet knyttet til deres Institutt for helsepolitikk og klinisk praksis har lenge vært ledende innen forskning på medisinsk ubegrunnede variasjoner innen helsetjenester, med forskeren John Wennberg som den mest fremtredende personen. Hans bok «På sporet av medisinen» burde vært obligatorisk lesning for enhver politiker og helsebyråkrat med innflytelse.

Utgangspunktet for Wennbergs forskning var funn innen amerikansk helsetjeneste som avslørte formidable variasjoner i forbruk av helsetjenester. Disse forskjellene kunne ikke forklares med ulik sykелighet, ulik alderssammensetning eller ulike kvalifikasjoner hos

helsepersonell. Kirurgiske inngrep, bruk av diagnostiske metoder, medisinsk behandling til akutte tjenester og medisinsk behandling ved livets slutt varierte med 200 til 300 prosent, uten at det hadde noen som helst innflytelse på helsen.

Hvis det var noen sammenheng, viste forskningen at det helst var en omvendt sammenheng med økt sykелighet, dødelighet og misnøye med helsetjenestene. Forklaringene som analyseres er verdt å få med seg:

## Medisinsk overtro

For det første mener Wennberg at forskjeller i helsetjenesteforbruk kan forklares av kulturelt bestemte popularitetsbølger, en slags



FOTO: TOM SUNDAR

overtro som oppstår og lever i medisinske miljøer. Den store bølgen av fjerning av mandler for 20–30 år siden og snorkeoperasjoner for ti år siden er typiske eksempler på slike tjenester med svak eller fraværende medisinsk nytte.

Skulderoperasjoner er et annet aktuelt eksempel fra norsk helsetjeneste i dag. Det er sannsynlig at to av tre slike inngrep i Norge er unødvendige og ville kunne vært behandlet med like godt eller bedre resultat med andre metoder.

### Pasienter bak lyset

For det andre gir Wennberg oss eksempler på preferanse- eller valgavhengige helsetjenester der pasienter føres bak lyset, ved ikke å informeres tilstrekkelig eller tas med i problematiske valg om egen helse.

Et typisk eksempel er testing av PSA (prostata spesifikt antigen). Det er ingen selvfølge at funn av kreft i prostata skal berettiggjøre kirurgi- eller strålebehandling. Derimot må pasienten vurdere ulemper og fordeler opp mot hverandre, og være en deltakende partner sammen med legen.

Dette krever en ny og pedagogisk kultur i helsevesenet, som avviker fra tradisjonell oppfatning i helsetjenesten og i helselovgivningen. Det er ikke nok med informert samtykke, og pasientene må anerkjennes som ansvarlige aktører, siden helsetjenesten ikke med troverdighet kan fortelle den enkelte hva som er best.

### Må tøyle legene

For det tredje påviser Wennberg at store ressurser i helsevesenet ødsles til ingen nytte til tilbudstyrete helsetjenester. I den norske valgkampen fikk vi inntrykk av at det bør være en målsetting å få bukt med ventelister og legge behandlinger ut på det private marked for å kunne tilby medisinsk berettiget behandling raskt og effektivt.

Wennberg forteller at en slik tro på legers kompetanse til sikkert å kunne fastslå hva som er medisinsk berettiget beror på politisk overtro. Forskningen viser at leger fyller alle helsetilbud som finnes på markedet helt uavhengig av medisinsk berettigelse.

Dette er selvsagt et provoserende utsagn fordi vi selvfølgelig må gå ut fra at medisinen er en vitenskapsbasert virksomhet der det stilles krav til indikasjoner for utredning og behandling. Det er bare sant til en viss grad. Wennberg mener at en betydelig variasjon i slik virksomhet smyger seg under «radaren» som skal oppdage medisinsk feilbruk av ressurser. Hans forskning på universitetssykehus i USA bekrefter dette. Variasjonene mellom ulike akademiske sentre er like stor og like uberettiget som den variasjon som finnes i samfunnet ellers.



Vi trenger politikere med mot til å omprioritere budsjettressurser fra helsetjeneste til andre sektorer og til mer fornuftig bruk enn til unødvendige tjenester, skriver Eivind Meland i kronikken.

### Teknologisk hjelp

Wennberg er ingen kynisk dommedagsprofet. Han har forslag til løsninger på de utfordringer som helsetjenesten står overfor. Han mener at helsetjenesten må organiseres på en helhetlig måte fra hjemmesykepleie, primærlegetjeneste, sykehjem, spesialisthelsetjeneste og til sykehustjenesten.

Han mener at primærlegene må få en koordinerende rolle fordi han har tro på at de pedagogiske utfordringer som helsetjenesten har, best kan ivaretas av en personlig lege med kjennskap og evne til å ansvarliggjøre pasienten. Kanskje han har for stor tro på at pasientene får egne «medisinske hjem»? Men han har ikke blind overtro på primærlegene heller.

Wennberg skisserer hvordan datastøtte og moderne informasjonsteknologi har utviklet programvare for en rekke helseproblemer som kan hjelpe pasienter til å ta valg der pasientens egne verdier er en del av beslutningsgrunnlaget.

### Alfabetiseringskampanje

Han mener «ansvarlige organisasjoner» må gis budsjettansvar, og de må få beholde deler av det regnskapsoverskuddet de genererer slik at de kan investere i tjenester som er underprioritert og som bør utvikles. Politiske myndigheter må være villige til å begrense ressurstilgang og utdanningskapasitet innen

helsetjenesten slik at vi kan få en helsetjeneste som skaper mest mulig optimal helse.

I norsk politisk ordskifte får en inntrykk av at helse og helsetjeneste er det samme, og at mer helsetjeneste er eneste løsning på helseproblemer. Det er det ikke. God helse skapes av kloke valg i utdanningssektoren, i barne- og familierpolitikk og i sysselsettingspolitikken, og avhenger også av at politikere kan formidle realistiske forventninger til helse- og velferdstjenestene. Derfor trenger vi politikere med mot til å omprioritere budsjettressurser fra helsetjeneste til andre sektorer og til mer fornuftig bruk enn til unødvendige tjenester.

Problemet med norsk helse- og velferdspolitik er at alle partier er grunnleggende enig om helse- og velferdstjenestenes velsignelser. Det er på høy tid med en grunnleggende alfabetiseringskampanje i hele vår politiske og allmenne kultur slik at vi blir i stand til å akseptere og forsone oss med tanken på at en ikke ubetydelig del av helsetjenestene våre er unødvendige og helseskadelige.

Konferansen i Dartmouth var et viktig bidrag og et viktig signal i denne alfabetiseringskampanjen.

RED. ANM.:

Kronikken av Eivind Meland har vært publisert i Bergens Tidende (BT) 4.9.2013

Eivind.Meland@ifs.uib.no