
Norsk helsevesen sett fra Stockholm

KOMMENTAR OG DEBATT

TORRE MIDTVEDT

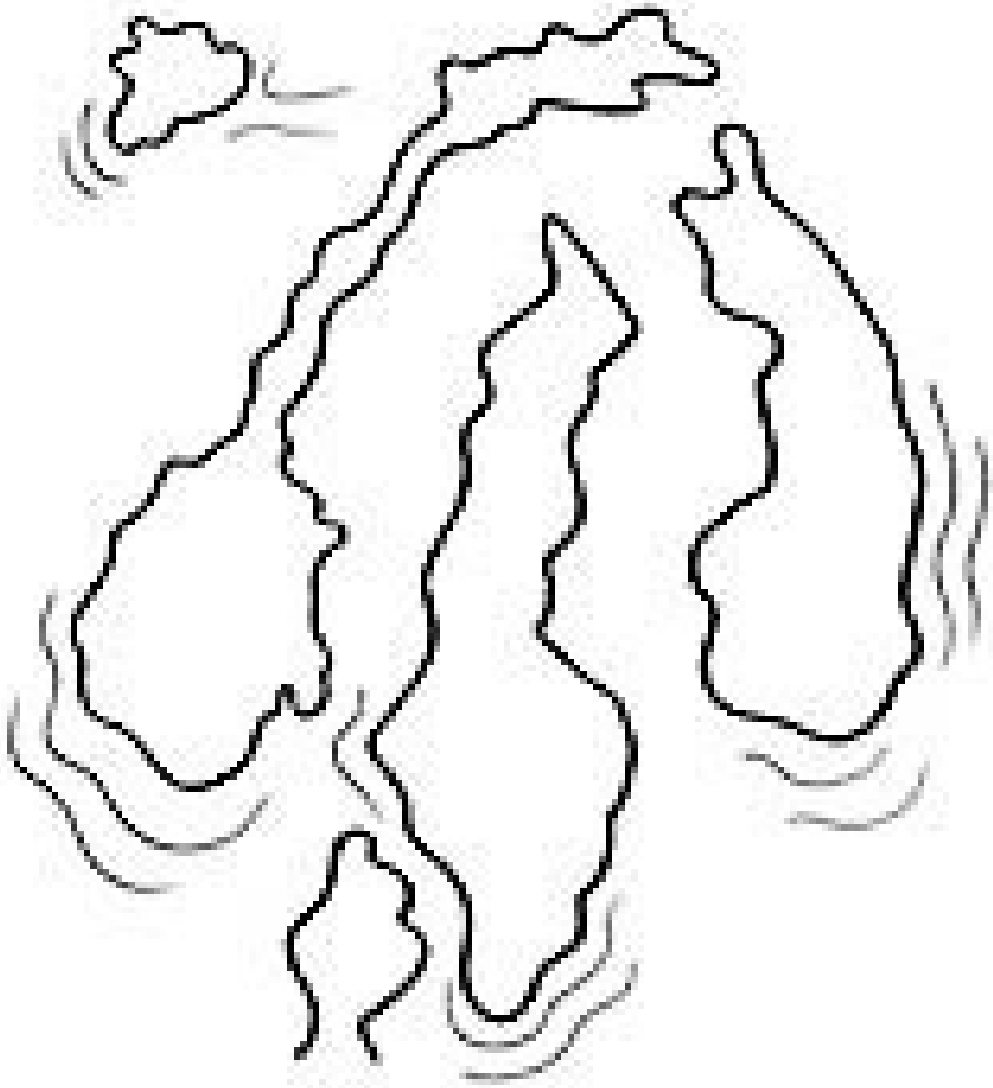
Karolinska Institutet
S-17177 Stockholm

Det er grunnleggende forskjeller i norske og svenske holdninger. Svenskene stiller med systematiserte terapitradisjoner, gjerne nedfelt i et stort regelverk, der nordmenn opptrer som uryddige individualister.

Svensken har vært og er storebror i Norden, og interessen for norsk medisin på den andre siden av Kjølen har vært begrenset.

I de senere år har det imidlertid vært endringer å spore. Svenske kolleger har oppdaget at det er noe som heter norsk medisin og at en del av det endog er ganske bra.

Vi har fremdeles mye å lære av hverandre.

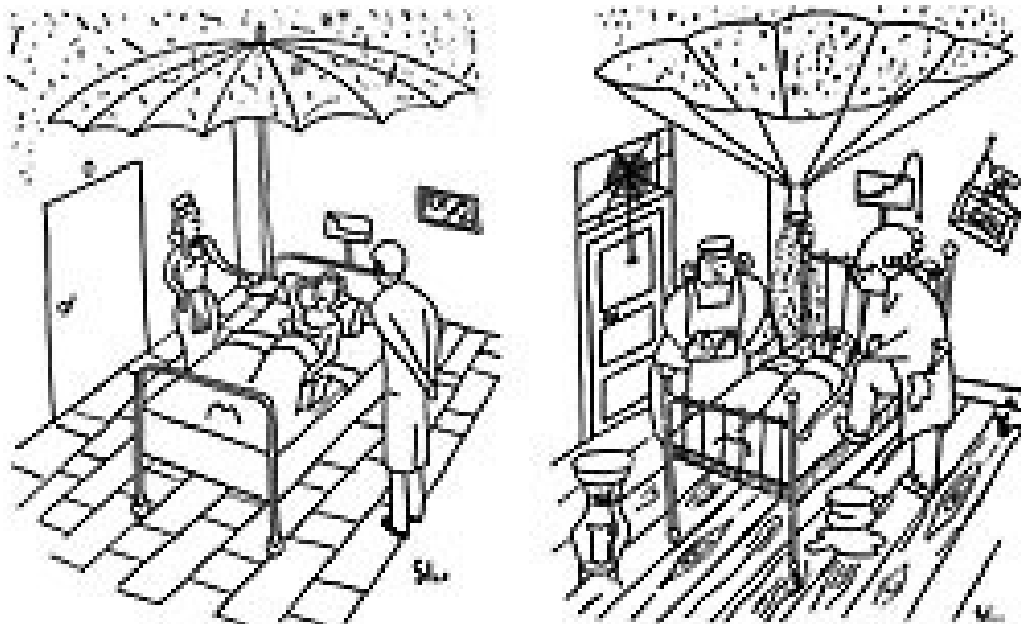


Dette er ingen vitenskapelig artikkel eller del av en offentlig utredning. Det er bare høyst personlige refleksjoner over og kommentarer til det norske helsevesen sett "från landet här i Öster". Observasjonstiden er brukbar lang: periodevis fra 1963 og til dags dato. Samlet blir det atskillige år under den "blågula flaggan", og observasjonsplassen har hele tiden vært den samme, nemlig Stockholm.

Det jeg husker best fra 1960-årene, var uvitenheten om norsk medisin. Vi nordmenn ble totalt oversett. Man var opptatt av Washington, Moskva og Peking, og "Palme-blader" skygget for det meste annet. Tanken på at det kunne finnes noe brukbart i Norge, var helt fremmed, og opplysninger om forholdene hos oss var totalt uinteressante. Det fantes svært få norske seniorkolleger ved svenske universitetssykehus og forskningslaboratorier (jeg kommer ikke på noen), og vi unge måtte aldri si: Ja, men i Norge gjør vi det slik eller slik. Man banner som kjent ikke i kirken.

Det som opp gjennom årene har gledet meg mest, er en gryende erkjennelse hos svenskene av at det muligens – i alle fall på enkelte områder – kan være noe verdifullt å hente "från grannen i Väster". Begynnelsen til denne holdningsendringen har sikkert mange fasetter, og jeg vil bare nevne to som jeg kjenner litt mer inngående: Svenskinitiert samarbeid innen feltet antibiotika og fremvekst av norsk transplantasjon/transplantasjonsimmunologi.

Lokomotivet på det første feltet var den senere professor i bakteriologi ved Karolinska Sjukhuset, Hans Ericsson. Han stiftet et firma som produserte impregnerte papirlapper som ble brukt til å undersøke antibiotikaresistens, og fra 1960-årene og fremover ble overskuddet anvendt til å arrangere regelmessige skandinaviske konferanser om metoder og mekanismer innen feltet bakteriell resistens. Ordet kvalitetssikring var ikke oppfunnet på den tiden, men han brant for ideen. Innen mitt fag, medisinsk mikrobiologi, gav han unge kolleger fra de skandinaviske landene sjansen til å komme ut, til å lære av andre – og også til å lære de andre. Hans Ericsson er nok den største enkeltfaktoren bak den restriktive antibiotikabruken som har preget landene i Norden (fig 1). På møtene som han arrangerte, kunne man hos svenske kolleger merke at det vokste frem en erkjennelse av at det nok kunne finnes visse bra tanker og bra undersøkelser også i de andre landene i Norden (inklusive Norge).



Figur 1 Antibiotikapapaplyen slik klinikerne ser den og slik den fungerer etter den nosokomiale stormen

I Norge kom man tidlig i gang med transplantasjoner. Takket være en forutseende lovgivning (hjernedød i stedet for hjertedød) og en entusiast, Audun Flatmark (f. 1926), ble Norge raskt ledende i Skandinavia på feltet. Der svenskene så problemer som måtte utredes, så Flatmark muligheter som måtte utnyttes. Det var plagsomt for svenskene at de gjennom flere år ikke kunne hjertetransplantere, men måtte sende både organene og pasientene til utlandet. Det var i klar erkjennelse av at Norge var i teten at Bjarne Semb (f. 1939) fikk professoratet i hjertekirurgi ved Karolinska Sjukhuset. For dem som vil sette seg dypere inn i forskjellene mellom norsk og svensk tenkesett og også forskjellene i avdelingsledelse, anbefales boken *Hjärtslaget på Karolinska sjukhuset* (1). Visst hadde og har man i Sverige mye å lære av Norge. Det er gledelig å kunne konstatere at selv om Sverige har halt inn på Norge, gjøres det fremdeles mye bra norsk transplantasjonsforskning. Dette gjelder i særlig grad nyretransplantasjon, hvor avdelingen(e) ved Rikshospitalet er "second to none". De sitter på et unikt materiale med mange muligheter for god forskning.

Opp gjennom årene har jeg vært med på mange svensk-norske konferanser av typen konsensusmøter, terapiverksteder, workshops osv. Felles for alle disse er grunnleggende forskjeller i norske og svenske holdninger. Svenskene stiller med svenske terapitradisjoner og "beprövad erfarenhet", som oftest systematisert og nedfelt

i et stort regelverk. Vi nordmenn kommer nesten alltid som individualister, litt uryddige og ofte litt uenige, men med en grunnholdning om at her kan vi kanskje ha noe å lære. Selvfølgelig vil våre holdninger ofte kunne virke både forvirrende og irriterende på svenske kolleger. Man kan – ”och bör inte” – sette spørsmålstegn ved ”rekommendationer från Socialstyrelsen”. En tilsvarende (noe servil) holdning i Norge til skriv fra Statens helsetilsyn ville vært helt utenkelig. Denne store forskjellen i tenkemåte kan gjøre det vanskelig å komme frem til et felles ståsted. Atskillige ganger har vi endt opp med både norske og svenske anbefalinger. Med ettertankens bleke krankhet er det lett å innrømme at slike møter som oftest reflekterer gårsdagens – og ikke morgendagens – syn på god behandling og fremtidige retningslinjer. Det er lettest å bli enige om det som føles trygt og velprøvd.

I løpet av de siste 10 – 15 år er det langt flere svenske leger og sykepleiere som har arbeidet i Norge enn omvendt, og dette har nok vært en medvirkende årsak til at svenskene i økende grad er blitt oppmerksomme på norsk medisin. Strømmen av svensker til norsk helsevesen har foregått på mange felter – fra toppstillinger innen sykehus og universitet til allmennmedisin. Det er mange områder som både kunne – og burde – kommenteres, men her vil jeg bare nevne noen få.

Den individualistiske holdningen i norsk medisin

En svensk lege – han kan på papiret være mer velutdannet enn en norsk kollega – er opplært til å følge terapitradisjon og ”beprövad erfarenhet”, og han er også opplært til at noe av det verste man kan bli utsatt for, er å få ”prickningar och varningar från Socialstyrelsen”. Det er selvfølgelig trygt å følge boken, men det er ikke sikkert at det alltid er bra for pasienten. Det er mange svenske kolleger som har følt at vi i Norge har en større individuell frihet og at vi er langt mindre byråkratiske enn det gjennomregulerte Sverige. Etter at svenske kolleger har kommet med selvpålevde eksempler fra sin fartstid i Norge, kan det ofte være opportunt å spørre om de har fundert på hva dette kan bero på. Atskillige forklaringer er kommet frem, men et fellestrekk er at Sverige gjennom århundrer har vært langt mer sentralstyrt enn Norge, og at det rent geografisk ligger nærmere Moskva.

Den ærlige svenske kollega – og det finnes noen av dem – kan utpå kvelden gjerne innrømme at han misunner oss dette norske særdraget, men før han kommer så langt, har han gjerne harselert litt over lusekofte, nisselue, gå på tur og manglende varm lunsj. Tåler vi slikt, kommer de positive momentene.

I et brev til et tidsskrift som har egen humorredaktør våger jeg å fortelle en selvpålevd historie som kan belyse forskjellen på nordmenn og svensker. På et stort møte i Stockholm midt i 1980-årene stod jeg sammen med en gruppe norske kolleger utenfor et auditorium. Litt bortenfor gruppen stod en svensk kollega, ung middelaldrende og ulastelig antrukket. En av oss forteller en morsom historie som alle ler av. Svensken kommer alvorlig bort til oss, strekker frem hånden til den nærmeste og sier: ”Mitt namn är Johannsson, får jag skratta med?” Han kunne ikke le før han var inkludert i gruppen, hans dannelse overgikk vår. (Han ble selvfølgelig inkludert i gruppen – uten at vi lo av ham.)

Struktur av og nivå på norske sykehusavdelinger

Jeg er i høyeste grad oppmerksom på at de tilbakemeldingene jeg får, både er selektive og fragmentariske – mine svenske kolleger vil heller fortelle meg hva som er bra enn hva som er dårlig i Norge. Det er sikkert den ”bedre halvdel” av leger som våger seg utenlands, og jeg kjenner jo bare kolleger innen et begrenset antall disipliner. Innen klinisk medisin er det hovedsakelig indremedisin og kirurgi, og her er tilbakemeldingene temmelig samstemte: Det fungerer ganske bra i Norge. Som svensk blir du møtt med en positiv holdning, nordmennene er ivrige etter å høre dine meninger og erfaringer og det er svært lite av du-må’kke-komme-her-og-komme-her-holdninger. Også lønninger og arbeidstidsregler blir sett på som svært positive – og meget usvenske. Jeg vet jo ikke hvor mye man i de enkelte tilfellene kan ha forhandlet seg frem til særavtaler, så jeg velger å la være å eksemplifisere, men konklusjonen er entydning: Det er bra å være svensk lege i Norge.

Utstyrssituasjonen ved norske sykehus og laboratorier

Det er en stadig kilde til undring hos svenske kolleger at vi tilsynelatende ikke har penger til adekvat opprustning av sykehus og laboratorier. Selvsagt finnes det hederlige unntak. Visse avdelinger ved Regionsykehuset i Tromsø og Haukeland Sykehus er av svenske kolleger blitt beskrevet for meg som tekniske drømmesteder, uten at jeg kan bedømme dette. (Men det gleder meg selvfølgelig å høre slikt.) Et stadig tilbakevendende spørsmål er: Hvor tar alle oljepengene veien? Hvorfor anvendes de ikke til en adekvat opprustning av sykehus og laboratorier? Jeg har ikke noe annet svar på slike spørsmål enn at norske politikere forhåpentligvis vet hva de gjør (og ikke gjør). Jeg minner dem på historien om at da FN sist skulle reformulere menneskerettighetene, var det et svensk forslag som lød: ”It is a human right to be stupid.” Forslaget har gyldighet utover landegrensene (men man er jo ikke forpliktet til å følge det).

Satsing på forskning

Her er svensk omtale av Norge og norske forhold ganske entydig: Svenskene forstår ikke vår manglende prioritering av medisinsk forskning. Tallrike er de utredninger som konstaterer at Sverige bevilger mange ganger mer per capita enn Norge til medisinsk forskning – dette både i et historisk, dagsaktuelt og fremtidig perspektiv. Det er mulig at anegalleriet av svenske nobelprisvinnere i medisin (tab 1) hele tiden puster både myndigheter og forskere i nakken. ”Adel forplikter” tas alvorlig her, samtidig som de er redde for å leve for mye på ”minnen från fornstora da’r”. Men saken har også en annen og meget positiv side: De har sett at forskning lønner seg. Astra og Pharmacia er livskraftige eksempler på høy avkastning av midler investert i medisinsk forskning. Dette gjør at bevilgende myndigheter både vil og tør satse på dette. Selv da Sverige for få år siden var økonomisk helt nedkjørt, ble et meget betydelig antall milliarder av de såkalte löntagarfonden (som skulle avvikles) allokert til forskning og ikke til

nedbetaling av statsgjelden. Jeg har ikke møtt noen svensker som har kunnet forstå den totale mangel på vilje hos norske myndigheter til å satse på forskning. Noen svenske kolleger er oppmerksomme på norske navn som Laland, Owren og Ugelstad, og firmaer som Alpharma og Nycomed nevnes som eksempler på norsk innsats og suksess. Men på det enkle spørsmålet ”Hvorfor satser ikke Norge mer?” har jeg intet svar – og intet forsvar.

Tabell 1

Svenske og norske nobelpristakere i fysiologi eller medisin etter 1950

Sverige		
Pristaker	Emne	Årstall
H. Theorell (1903–82)	Oksidasjonsenzymmer	1955
R. Granit (1900–91)	Øyets fysiologi	1967
U. von Euler (1905–83)	Nervøse transmittersubstanser	1970
T. Wiesel (1924–)	Cerebral informasjonsprosessering	1981
S. Bergström (1916–)	Prostaglandiner	1982
B. Samuelsson (1934–)	Prostaglandiner	1982
Norge		
Pristaker	Emne	Årstall
Ingen		

Etter at svenske kolleger har nevnt eksempler på norsk unnfallenhet og manglende tiltak, har jeg noen ganger dristet meg til å spørre forsiktig om deres forslag til fremtidig strategi. Det er lett å sammenfatte svarene: Øk forskningsbevilgningene og gi mer feedback til forskerne. Man må ikke nødvendigvis øke forskerlønningene, men man må bedre mulighetene til å forske videre etter avhandlingen. Og så må man legge større vekt på forskningens betydning ved ansettelse. Her kunne jeg skrive mye om mangt, og det er langt fra tilstrekkelig bra i Sverige. Uten å kunne belegge det med tall tror jeg at svenskene satser mer på postdocopphold i utlandet enn vi nordmenn gjør. Det finnes ganske enkelt større økonomiske ressurser til dette, og de vet at det lønner seg å gi ungdommen utdanning. Svenske kolleger som har tittet Norge i kortene, er hoderistende sjokkert over bevilgningsnivå og holdninger. Selv kan jeg bare beskjemmet bøye nakken over at nisseluen sitter bedre på enn jeg trodde.

Svensk og norsk spesialistkompetanse

Her vil jeg bare kort nevne min egen disiplin: medisinsk mikrobiologi. Jeg husker at da jeg selv en gang for lenge siden søkte om å bli spesialist, fikk jeg til svar at tjeneste ved Karolinska Institutet bare hadde halv verdi i forhold til liknende tjeneste i Norge. Min daværende svenske sjef formelig eksploderte, og jeg måtte bruke alle mine overtalelseskunster for at han ikke skulle reagere. Jeg hadde da vært så lenge i Sverige at jeg hadde nok tid til dobbelt dekning. (Jeg moret meg forresten godt over at da jeg omsider ble godkjent som spesialist, var jeg blitt det i medisinsk bakteriologi og ”seriologi”, men jeg har aldri tatt den inkurien seriøst.)

Sakens kjerne er at man i Sverige har en noe annen struktur på spesialistutdanningen enn i Norge, og det har man ikke hatt så lett for å godta hjemme på berget. Selv meget kvalifiserte kandidater er blitt pålagt å ta ekstraputdanning i Norge i noe de allerede kan – og i noe de ikke vil få bruk for i sitt arbeid – og ved norske tjenestesteder som i alle fall ikke er mer kvalifisert enn de stedene de har tjenestegjort i Sverige. Heldigvis er denne provinsialismen nå historie – og måtte noe liknende aldri dukke opp. Innen min spesialitet er gjennomsnittsalderen visstnok nærmere 60 år, og vi burde vi være takknemlige for litt nytt blod, selv om det er blågult.

Norsk uvilje mot å lære av svenske feil

I årenes løp har svenskene vært først med mange reformer i sin iver etter å skape det perfekte ”folkhemmet”. I Norge har vi – i våre noe heller mislykkede forsøk på å bygge ”det norske hus” – ofte etterapet svenskene. Dette når de har begynt å innse svakheter i sine endringer. For lenge siden hadde jeg en liten brevveksling med en nytiltrådt sosialminister om betydningen av å lære av – og ikke etterape – svenskenes feil. Man kan lære av så mange, og vel kjent er sitatet som tillegges en tysk ubåtkaptein: ”Det er bare idioter som lærer av egne feil, jeg lærer av andres.” Selvfølgelig noe for krast, men han overlevde krigen. Den siste svenske helseeksporten til Norge er fastlegeordningen. Detaljene er sikkert noe forskjellige i de to landene, men ordningen har ikke vært noen ubetinget suksess i Sverige. Mulighetene for en (overdrevet) byråkratisering av norsk allmennmedisin er så absolutt til stede. Vår iver etter å etterape Sverige blir – og med rette, etter min mening – ofte tolket som om vi fremdeles lider av lillebror komplekset. Vi må gjøre som storebror har gjort.

Dette var noen få personlige og usystematiske refleksjoner over hvordan – og hvorfor – ”söta bror” ser på norsk medisin som han gjør. Konklusjonen er at han har oppdaget at det er noe som heter norsk medisin og at noe faktisk talt er ganske bra. Men han forstår ikke hvorfor vi ikke ”oljer” norsk medisin – og hvorfor vi kopierer så mye fra Sverige. Han er delvis ”gul-och-blå” av misunnelse over vår individualisme, som han sjelden våger å kopiere.

På vår side bør vi nok innse at på mange områder er svensken fremdeles storebror, og at vi fremdeles har mye å lære. Til unge kolleger vil jeg si: Det behøver ikke å gå rett vest med deg om du – for en viss tid – oppholder deg i landet øst for Norge.

LITTERATUR

1. Hellbom K. Hjärtslaget på Karolinska sjukhuset. Stockholm: Raben & Sjögren, 1988.

Publisert: 30. juni 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. september 2026.