
Med stetoskop på krystallkulen

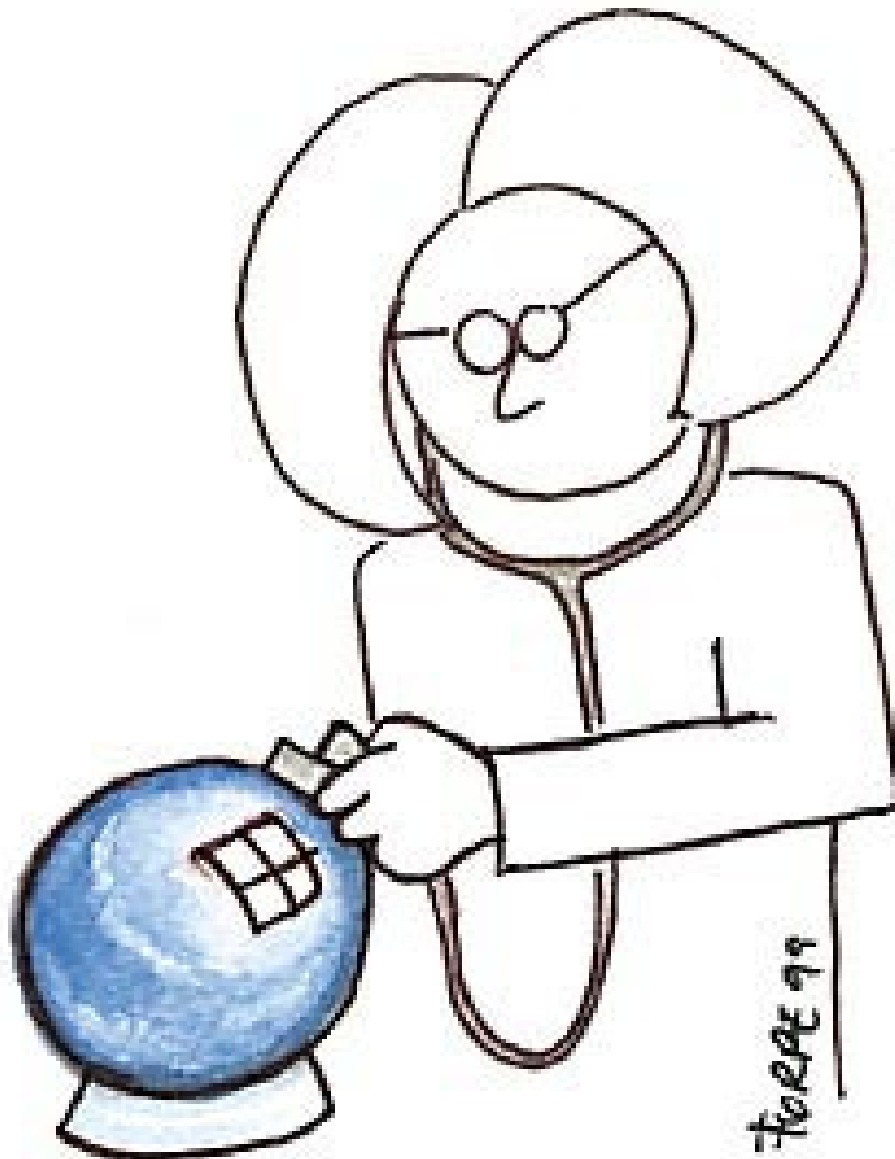
HOVEDREPORTASJE

PER HALVORSEN

Email: per.halvorsen@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Hvilke utviklingstrekk i samfunnet vil prege helsevesenet noen tiår inn i det nye århundret? Hvilke muligheter kan tenkes for medisinsk teknologi i diagnostisering og behandling? Hvilken legerolle er mest sannsynlig og hva slags pasienter kan legen komme til å møte?

En gang mellom 2020–30: Skrumpende olje- og gassforekomster lar det fortsatt regne en relativt jevn strøm av kroner over norsk økonomi. Det er moderat, men stabil konjunkturoppgang i Europa. I Norge har bruttonasjonalproduktet de siste tiårene vist at det har vært jevn vekst i forbruket av helsetjenester, men privat finansiering spiller en stadig større rolle. Skiftende regjeringer har prioritert å sette til side penger for at staten skal kunne innfri sine pensjonsforpliktelser i takt med økt eldreandel i befolkningen.



Økonomi og demografi

Dette bildet av hovedtrekkene i norsk økonomi om 20–30 år er ikke det eneste tenkelige. Både verdensomspennende kriger, omfattende folkeforflytninger og nye epidemier kan true de nasjonale velferdssystemene.

I regjeringens langtidsprogram for perioden 2002–05, som legges frem våren 2001, er det lagt til grunn at man trekker linjene helt frem til 2050, opplyser prosjektleder for Langtidsprogrammet, ekspedisjonssjef Tom Rådahl i Finansdepartementet (1). Basisalternativet i de langsiktige fremskrivningene i det forrige langtidsprogrammet som gjelder for perioden 1998–2001, forutsetter stabil og jevn vekst i nasjonal og internasjonal økonomi.

Generasjonsperspektivet er en nøkkelfaktor: Offentlige utgifter bør ikke øke mer enn det som kan bæres på lang sikt, også når olje- og gassinntektene begynner å minke og utgiftene til pensjoner og omsorg øker som følge av

aldringen i befolkningen. Allerede nå blinker varsellampene. Folketrygdens utgifter til alders- og uførepensjoner er i nasjonalbudsjettet for 2000 anslått å øke fra 8 % av bruttonasjonalproduktet (BNP) i 1995 til 15 % av BNP i 2030 hvis de folkevalgte holder på dagens regime med G-regulering i takt med lønnsutviklingen (2).

Rådahl sier det slik: – Uten endringer i forutsetningene for å innfri pensjonsforpliktelsene, blir det begrenset handlingsrom for andre offentlig finansierte reformer, også innen helsesektoren.

De økonomiske rammebetingelsene er av vesentlig betydning for fremtidens helsevesen. Men jo lenger perspektivet blir, jo mer usikre blir prognosene. Noen utviklingstrekk er imidlertid sikrere enn andre. Et av dem er alderssammensetningen i befolkningen. Statistisk sentralbyrås befolkningsfremskrivninger for perioden 1999–2050 viser at antall personer over 67 år vil synke de neste 10–15 årene (3).

Deretter vil babyboomen etter den annen verdenskrig og nedgangen i dødeligheten gjøre seg mer og mer gjeldende. Etter 2030 vil veksten i antallet over 67 år øke betydelig. I 2050 vil vi være mellom 0,9–1,2 millioner personer over 67 år. For de aller eldste, det vil si 90 år og over, vil det være vekst i hele perioden. I 2050 vil det være mellom 48 000 og 100 000 personer over 90 år.

Samnordisk arbeidsgrupp för prognos- och Specialistutbildningsfrågor, der Legeforeningen er representert, har beregnet at antall leger i 2020 (tab 1) vil holde tritt med etterspørselen (tab 2) (4).

Tabell 1

Forventet antall yrkesaktive leger i Norge under 67 år fordelt på kjønn 2000–20.

År	Menn	Kvinner	Sum	Andel kvinner %
2000	10 100	4 600	14 700	31
2005	10 800	6 000	16 800	36
2010	11 200	7 600	18 800	40
2015	11 100	9 000	20 100	45
2020	10 900	10 200	21 100	48

Tabell 2

Tilbudet av legeårsverk i Norge for 2000–20 og etterspørsel for 2000–15.

År	Tilgang	Etterspørsel alt. A	Etterspørsel alt. B	Overs.+ Unders. alt. A	Overs.+ Unders. alt. B
2000	14 100	14 900	14 200	– 800	– 100
2005	16 100	16 400	14 500	– 300	+ 1 600
2010	18 100	17 900	14 800	+ 200	+ 3 300

År	Tilgang	Etterspørsel alt. A	Etterspørsel alt. B	Overs.+ Unders. alt. A	Overs.+ Unders. alt. B
2015	19 300	19 400	15 100	- 100	+ 4 200
2020	20 200	..	..	..	..

Flere eldre, større pleiebehov

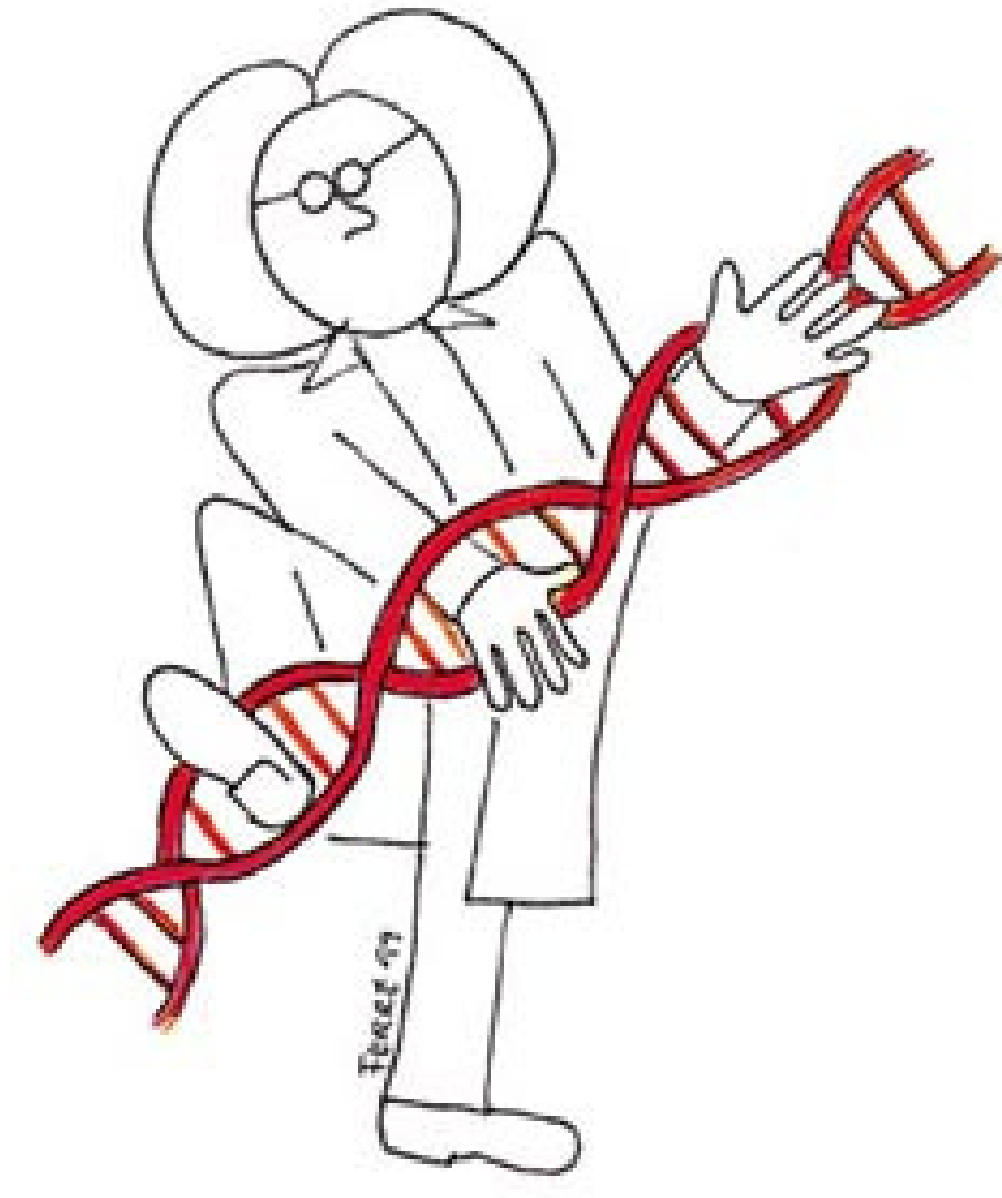
Alderssammensetningen i befolkningen vil få betydning både for sykdomspanoramaet og måten vi innretter helsevesenet på. På denne bakgrunn inviterte Finansdepartementet og Sosial- og helsedepartementet i oktober 1999 enkelte forskningsmiljøer til å belyse sammenhengen mellom aldring og helsetilstand (5). Et hovedspørsmål er i hvor stor grad behovet for helsetjenester øker med andelen eldre i befolkningen.

Professor i geriatri ved Universitetet i Oslo, Knut Laake, sier til Tidsskriftet at det mest sannsynlige scenariet er at flere mennesker vil leve lenger med behov for pleie- og omsorgstjenester. – Før døde folk av hjerteinfarkt, nå vil de dø senere av hjertesvikt. Flere pasienter vil leve med demenssykdommer, og behovet for rehabilitering vil trolig øke som følge av at flere brygger lårhalsen og trenger hjelp til å komme seg på beina igjen. Dette utfordrer både organiseringen av helsevesenet og legeprofesjonen, sier han.

Laake mener den økende eldreandelen i befolkningen utfordrer legeprofesjonens hang til grenspesialisering: – De eldre trenger generell medisin, ikke flere spesialister. De aller fleste kan ivaretas med enkle midler, sier han.

Også fylkeslege i Rogaland og avtroppende helsepolitisk rådgiver i Sosial- og helsedepartementet, Geir Sverre Braut, savner en tydeligere debatt om legeyrkets fremtidige organisering blant profesjonens egne utøvere: – Hvorfor er geriatri en subspecialitet under indremedisin i en tid da vi står på terskelen til eldrebølgen? Hvor er psykiatrien i debatten om organiseringen av rusmiddelomsorgen som kommer til å være en av fremtidens virkelig store helsepolitiske utfordringer?

Målstyrte legemidler



Genteknologien er blant de områder som mer enn noe annet kommer til å prege frem-

tidens helsevesen, mener medisinsk direktør i AstraZeneca, Henrik Lund.

– Genteknologien vil kunne gjøre oss i stand til å utvikle mer målstyrte legemidler som direkte angriper sykdommens kausalitet fremfor å flikke på symptomer. I dette perspektivet står både arvelig forhøyet kolesterol og ulike kreftformer trolig for fall, sier han.

Lund tror også årsaken til arvelig betinget fedme vil kunne avdekkes. Dette vil igjen få konsekvenser for utbredelsen av diabetes og andre sykdommer som er knyttet til overvekt.

- Hva skal legemiddelindustrien leve av om de store folkesykdommene blir eliminert?
- Historien viser oss at det alltid vil dukke opp nye behov når gamle er dekket. Jeg tror at legemiddelindustrien vil være sannhetssøkende, slik den har vært i forbindelse med oppdagelsen av bakterien *Helicobacter pylori* som har revolusjonert behandlingen av magesår. Men det vil også dukke opp markeder innen områder som ikke omfatter de viktige helseplagene, for eksempel hårløshet og infertilitet. Rammevilkårene som myndighetene til enhver tid gir industrien, vil være avgjørende for om den vil bruke ressurser på å løse de viktige helseplagene.
- Vil vi oppleve at det kommer livsforlengende legemidler på markedet?
- Ja, jeg tror at vi i løpet av noen tiår vil ha mye større innsikt i prosessene som fører til aldring. Dette vil i første omgang gjøre oss i stand til å forebygge en del alderssykdommer, men kan også resultere i medisiner som bremser aldringsprosessen på mer generell basis.

Uverdig med sykdom

Knut Laake er enig i at kartleggingen av det menneskelige genmaterialet gir mulighet for utvikling av effektiv medisin mot aldring, men han understreker at en slik utvikling ikke er uten skjær i sjøen.

– Et slikt preparat vil bryte den fine balansen som evolusjonen har skapt mellom fødsel og død. Dette kan få alvorlige konsekvenser fordi et «vitalonga» vil bli svært kostbart og bare forbeholdt folk i rike nasjoner. På kort sikt kan medisinen muligens gi oss flere ungdomsår. Men hvis det viser seg at vitalonga er mest effektiv i høy alder, vil vi først og fremst oppnå å forlenge perioden enkeltindividet har behov for omsorg og pleie, sier han.

Geir Sverre Braut tror legenes håndtering av ny teknologi blir avgjørende for fremtidens helsevesen. – Jeg er ikke redd for teknologien som sådan. Ny teknologi gir mulighet til nye viktige helsegevinster. Jeg er imidlertid redd for hva teknologien kan gjøre med oss hvis vi ikke evner å sette den inn i et samfunnsmessig perspektiv. Teknologien kan bidra til å gjøre sykdom til noe uverdig. Hvis vi ved hjelp av teknologien eksempelvis kan forutsi sykdommer som folk gjennom endret livsstil kan styre unna, må det ikke bli slik at vi skaper en ny underklasse av dem som «valgte» feil. Vi er allerede farlig nær et samfunn som ikke erkjenner at sykdom er en naturlig del av livet, sier han.

Private løsninger

Siden midten av 1990-årene er det vokst frem flere tilbud om private helseforsikringer basert på troen om at teknologien vil øke etterspørselen etter helsetjenester så mye at det offentlige ikke har rygg til å bære etterspørselen alene.

Et av disse tilbudene er Storebrand Helse AS som ble etablert høsten 1998. Administrerende direktør Petter Faye-Lund mener at politikerne er uredelige når de gir inntrykk av at dagens helsevesen makter å ta unna for etterspørselen. Han ser ingen annen mulighet enn at private løsninger vil trenge seg på. – Det offentlige helsevesen påtar seg altfor mange oppgaver. Uten organisatoriske endringer vil det offentlige helsevesenet oppleve enda større problemer enn i dag. Vi ønsker å ta over lavprioriterte oppgaver, slik at det offentlige kan konsentrere seg om de viktige tingene, sier han.

– Hvordan skal vi unngå at konsekvensen blir et todelt helsevesen?

– Ved å samarbeide med de folkevalgte om løsninger som er politisk akseptable. Vi ønsker et masseprodukt der vi sågar kan tenke oss premiefritak for grupper under visse inntektsgrenser.

– Hvordan skal dere skaffe fagfolk når resten av helsevesenet sliter med mannskapsmangel?

– Jeg tror ikke hovedproblemet er at vi har for lite helsepersonell i Norge. Utfordringene er primært av organisatorisk art. Blant annet vil økt bruk av merkantile støttefunksjoner frigjøre legens tid til pasientrelatert arbeid. Innenfor et delprivatisert helsevesen uten en uuttømmelig pengesekk å ta av, vil motivasjonen til å drive effektivt være så stor at rasjonaliseringsgevinster er innen rekkevidde, sier Faye-Lund.

Stipendiat Maren Skaset ved Senter for helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo tror at politikernes evne til å prioritere blir avgjørende for det offentlige helsevesenets fremtidige status.

– Den største trusselen mot et solidarisk helsevesen er hvis politikerne drøyer for lenge med en reell prioriteringsdebatt. Da kan det offentlige segne om under etterspørselsveksten som vil følge av velstands- og teknologiutviklingen. De som har penger, vil neppe finne seg i å betale sin skatt for deretter å havne i en helsekø, sier hun.

Skaset mener at utfordringen er å skape et system som ikke stimulerer folks ønske om å velge seg ut av det offentlige helsevesenet. – En løsning kan være at vi bestemmer oss for at noen helsetjenester skal fordeles etter behov, mens andre skal fordeles etter betalingsevne og vilje. De tjenester som skal fordeles etter behov, må det offentlige ha stor nok kapasitet til å tilby med tilfredsstillende kvalitet. Da vil etterspørselen etter tilsvarende tjenester i det private bli borte. Øvrige tjenester kan tilbys mot betaling både i privat og offentlig helsevesen, sier Skaset.

LITTERATUR

1. St.meld. nr. 4 (1996-97): Langtidsprogrammet 1998–2001.
2. Statistisk sentralbyrå. Befolkningsframskrivninger. Nasjonale og regionale tall, 1999–2050.
3. St.meld. nr. 1 (1999–2000) Nasjonalbudsjettet 2000.
4. Samnordisk arbeidsgrupp för prognos- och specialistutbildningsfrågor. Den framtida läkararbetsmarknaden i Norden. Oslo: Den norske lægeforening,

1998.

5. Prosjekt om helsetilstanden i en befolkning med stigende levealder. Oslo:
Det kongelige finans- og tolldepartement 1999.

Publisert: 20. januar 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 5. februar 2026.