

Helsetjenesten mot år 2030 – tanker om utfordringene

Tanker om fremtiden er alltid usikre, og de er verken kunnskapsbaserte eller kvalitetssikret. Fremtidsscenarioer kan få oss til å reflektere grundigere over hva vi vil og hvordan vi kan oppnå det. Enda viktigere er det å bli klar over hva vi ikke ønsker skal skje. Hvilke utfordringer vil vi møte i helsetjenesten de neste 25 år?

Peter F. Hjort

Peter F. Hjort (f. 1924) er spesialist i indremedisin og professor emeritus. Han var den første rektor ved Universitetet i Tromsø.

I denne artikkelen forutsetter jeg at økonomien utvikler seg noenlunde bra. Jeg tar ikke opp alt det som ser ut til å gå bra og alle de forlokkende fremtidsvyene fra forskning og utvikling. Genetisk skreddersyde legemidler, den fortsatte tekniske utviklingen i kirurgien og alle de andre faglige drivkreftene lar jeg ligge. Jeg konsentrerer meg om utfordringer og bekymringer.

Eldreboen

Jeg starter med de utfordringene samfunnsutviklingen gir oss, og eldreboen er den største av dem. Tabell 1 (1) viser prognosen frem til år 2030. Antall mennesker på 80 år og over øker med vel 50 %, dvs. med ca. 2 % per år. Dette blir en kjempestor utfordring for eldreomsorgen, ikke minst fordi det ikke er noen tilsvarende yngreboen. Hvor skal vi ta pleierne fra? Kanskje undervurderer vi også eldreboen. I 1981 skrev jeg en fremtidsartikkel i Tidsskriftet (2), og jeg hadde med en tabell over befolkningsendringene frem til år 2000 etter prognosene fra Statistisk sentralbyrå. Tabellen viste at vi i år 2000 ville ha 148 814 personer over 80 år. Statistisk årbok for 2004 anslår at det blir 212 000 mennesker i 2005 (1). I 1980 undervurderte vi altså eldreboen kraftig, og derfor føler jeg meg ikke helt trygg på dagens prognoser heller.

En ting er alder, noe annet er helse. I 25 år har vi hatt en diskusjon om helsen mot slutten av livet. I 1980 pekte den amerikanske epidemiologen J.F. Fries på at eldre var blitt stadig friskere, og han lanserte teorien om «compression of morbidity towards the end of life». Han tenkte seg at menneskenes naturgitte levealder var 85 år og at flere og flere ville leve sin tilmålte tid i god helse og så dø etter kort tids sykdom

(3, 4). Dette var jo oppmuntrende for eldreomsorgen, men teorien møter mer og mer motstand. Dels lever mange til de er 100 år og vel så det, og dels ser det ut til at prisen for et langt liv er «expansion of morbidity», dvs. økning av alderssykdommene og andre kroniske sykdommer (5). Jeg er engstelig for at utviklingen taler mer for dette synet, og dermed må eldreomsorgen fortsatt bruke antall mennesker på 80 år og over som rettesnor.

Eldreomsorgen er en stor utfordring for alle deler av helsetjenesten, og den rommer både faglige, organisatoriske, menneskelige, politiske, økonomiske og etiske problemer. Skulle jeg gi en ung kirurg et råd i dag, må det bli dette: Sats på ortopedien.

Den sosiale gradienten

Samfunnsutviklingen har en utfordring til, og det er den sosiale gradienten i helse. Poenget er at man *ikke* kan dele befolkningen i to grupper – en liten gruppe fattige, som har det vondt, og hele resten av befolkningen, som har det bra. Den sosiale gradienten går på skrå gjennom hele befolkningen. Jo lavere man er på samfunnsstigen, desto dårligere helsetilstand, økonomi, bolig, arbeidsforhold og sosiale forhold. Det har vært mye diskusjon om årsakene til den dårlige helsen og den høye dødeligheten i de lavere sosiale lag. En av de mest anerkjente forskerne i dette feltet, Michael Marmot, har nylig samlet den kunnskapen vi har om dette problemet i en ny bok (6), og Sosial- og helsedirektoratet har laget en handlingsplan (7). Vi startet med å tro at uheldig livsstil var årsaken, og det er fremdeles dekning for dette synet (8). Men så kom arbeidsforholdene i søkelyset, og nå har de sosiale forholdene fått økende betydning (6). Innvandringen og det flerkulturelle samfunnet gjør disse problemene mer kompliserte og enda viktigere.

Det er to viktige poeng for helsepersonell. Den ene er at gradienten er blitt brattere, fordi de sosiale forskjellene øker i alle industriland. Det andre er at vi må ta dette problemet innover oss, både når det gjelder

diagnostikk, behandling og rehabilitering. Vi må overveie hvor pasientene står på den sosiale stigen og om det er behov for spesielle tiltak. Vi må altså erkjenne at dette problemet blir både større og vanskeligere.

I tillegg må vi gjenopplive samfunnsmedisinen som fag og i undervisning og forskning. Heldigvis begynner mange å se at det trengs reform og nytt engasjement (9, 10). Samfunnsmedisinen er grunnlaget for den ene halvparten av det forebyggende og helsefremmende arbeidet.

Sykdomspanoramaet

Hvordan vil det gå med sykdomsbildet i befolkningen i de neste 25 årene? Det ser ikke ut som om HIV-epidemien vil ramme Norge sterkere enn hittil, men det kan selvfølgelig komme andre alvorlige epidemier, særlig influensa. Det kan vi ikke vite noe sikkert om.

Ser jeg 50 år tilbake, er det skjedd noe med sykdomspanoramaet og med folks holdninger til sykdom. Jeg tror folk den gang søkte lege for mer alvorlige plager, og de hadde en annen, mer stoisk holdning til sykdom. «En må bære sin skjebne,» var en vanlig setning. De 3 000 legene gikk i sykebesøk, drev helsearbeid og sykehus og det som skulle til. Dagens 18 000 leger går sjelden i sykebesøk, driver lite helsearbeid og er overarbeidet. Hva har skjedd?

For å forstå det, tyr jeg til de to engelske ordene for sykdom, «disease» og «illness» (11). «Disease» er en objektiv sykdom, som leger har greie på. Disse øker fordi vi blir stadig flinkere til å oppdage sykdom og risiko for sykdom, og vi senker terskelen for risiko (12). Vi spøker med at en frisk person ennå ikke er fullstendig undersøkt – «innbilt frisk». «Illness» er subjektiv sykdom, det å føle seg syk, som mødre har greie på. Disse øker også, dels fordi folk er mer stresset av livet og av arbeidet, dels fordi toleransen for sykdom blir lavere og kravet til helse større. Derfor er det mange pasienter på legekontorene som ikke har objektive tegn til sykdom – «de innbilt syke». Jeg tror det er blitt mer «illness» enn det var, og folk venter – eller krever – at legene skal ha råd for det. Det er sannsynlig at denne utviklingen vil fortsette, og legene må lære seg å håndtere disse menneskene på en god måte, uten å medikalisere hverdagslivet. Jeg tror det er spesielt viktig at disse pasientene føler seg møtt og ivaretatt. Her ligger en stor utfordring.

Forebyggende og helsefremmende arbeid

I Norge snakker vi om helsetjenesten, til tross for at den langt på vei er en ren syketjeneste. Svenskene er ærligere, de bruker ordet «sjukvård». Samtidig viser forskningen at mange av de store folkesykdommene langt på vei kan forebygges. WHO går enda lenger: «The report presents evidence for regarding disease, with some well-defined exceptions, as in principle preventable by modification of ways of life. In this context «ways of life» is a synonym for its two components, environment and behaviour ...» (13). Forebyggende og helsefremmende arbeid har én samfunnsmessig og én individuell side, og begge er store utfordringer.

Samfunnsmedisinen er grunnlaget for samfunnsdelen av helsearbeidet. Den har seilt i motvind i mange år, og mange eldre leger tenker med vemod på Karl Evang (1902–81), distriktslegene og det samfunnsmessige engasjementet. Distriktslegen var formann i kommunens helseråd, hadde dobbeltstemme og fikk det stort sett som han ville. WHO legger avgjørende vekt på samfunnsdelen av helsearbeidet (14, 15), og det er viktig å gjenreise samfunnsmedisinen og finne en vei til å styrke kommunelegenes innflytelse. Denne utfordringen er spesielt viktig fordi de sosiale helseforskjellene øker.

Individuelt forebyggende og helsefremmende arbeid er en kjempeutfordring, og jeg tror det er riktig å si at legene bare i liten grad tar imot denne utfordringen. Helsedepartementet og særlig tidligere helseminister Dagfinn Høybråten har engasjert seg, men legene har ikke klart å gjøre grønn resept til en suksess (16). Legene har engasjert seg i medikamentelt forebyggende arbeid, særlig mot høyt blodtrykk og høyt kolesterolnivå. Men hele det store, tunge, viktige og vanskelige arbeidet med å motivere pasientene til å legge om livsstilen er lite populært, for å si det mildt (17). Legene kvier seg, for det er vanskelig, tar lang tid, er dårlig betalt og gir liten takknemlighet. Det er behov for både forskning, utviklingsarbeid og reformer. Mitt ønske er at Legeforeningen kunne se denne utfordringen.

Medisinske fremskritt

I min tid som lege er det kommet utrolige fremskritt i medisinen og i helsetjenesten. Fremskrittene vil fortsette å komme, og det er en stadig utfordring å vurdere dem faglig, økonomisk og etisk, jf. den internasjonale utviklingen innenfor kunnskapsbasert medisin (18). Denne referansen er på 2 300 sider og oppdateres hver måned.

Vi kan ikke bare være passive mottakere av andres innsats. Dels bør vi selv klare å forske frem kunnskap som gir fremskritt, dels krever vurderingen av andres resultater at vi har egen forskningskompetanse. Fremskritt har en tendens til å bli dyrere, og det

blir behov for vanskelige økonomiske og etiske vurderinger. Derfor blir både helsetjenesten og utdanningsinstitusjonene avhengige av at vi klarer å gjøre gode vurderinger.

Egentlig burde denne artikkelen inneholdt underkapitler om sannsynlige fremskritt på alle viktige områder, f.eks. kreft, hjerte- og karsykdommer og psykiatri. Knappt noen har forutsetninger for å se 25 år frem i tiden på alle disse områdene. Derfor må disse mulighetene bare ligge i undervissheten. Tenk f.eks. at det kom en avgjørende behandling for Alzheimers sykdom. Det ville forandre omtrent alt, inklusive kommuneøkonomien. Min konklusjon blir at vi ikke kan planlegge i detalj, men vi må ha en beredskap i forskning, undervisning og i systemer for vurdering og prioritering.

Medisinsk forskning

Her i landet er det ikke grunn til selvros på området medisinsk forskning. Stort sett ligger de andre nordiske landene foran oss i artikkelproduksjon i anerkjente internasjonale tidsskrifter. Dette er selvfølgelig en utfordring. Vi må fortsette å bygge opp forskningsmiljøer der vi kan bli gode. Noen områder kan ligge spesielt til rette for norsk forskning, fordi vi har en stabil befolkning, gode registre og en god offentlig helsetjeneste. Eksempler kan være epidemiologi, genetik, forebyggende og helsefremmende arbeid og helsetjenesteforskning. Norsk forskning burde være god – helst best – på noen områder. Det krever en bevisst forskningspolitikk, store bevilgninger og engasjement hos unge forskere.

Legeutdanningen

Legens liv og utdanning faller i tre perioder. Først kommer seks års grunnutdanning med halvannet års turnustjeneste, så en like lang spesialistutdanning – og så kommer en livslang etterutdanning. Arbeidslivet varer i nesten 45 år, fra legen er vel 25 år til hun er 70 år. En ung lege som blir ferdig i 2005, skal altså arbeide til 2050. I løpet av disse årene skal hun (de fleste er kvinner) oppleve ufattelige endringer i faget og i arbeidet. Hvorledes kan vi forberede henne for det? Det er en kjempeutfordring, som faller i flere deler.

Den første er den faglige. Jeg har ennå ikke kastet alle studiebøkene, og dem jeg har igjen, fyller meg med vemod. Farmakologiboken f.eks., som jeg leste til den ble fillete, er nå en museumsstand. Dagens studenter vil oppleve ufattelig store faglige forandringer. Hvordan skal de klare å følge med? To ting blir viktige, tror jeg. Den ene er gode kunnskaper i basalfagene, for de er grunnlaget for alt det nye. Den andre er viljen og selvdisiplinen til å følge med i faget – lese tidsskrifter, gå på kurs, snakke med kolleger – år ut og år inn. Skolefolk sier at finske barn er verdens beste lesere, og de tror at finsk selvdisiplin og sisu er

Tabell 1 Folkemengde (x 1 000) etter alder per 1. januar. Fremskrevet til 2005 og 2030 (fruktbarhet 1,8 barn per kvinne og nettotoinnflytting 13 000 per år) (1)

Aldersgrupper (år)	Antall x 1 000		Endring (%)
	2005	2030	
0–19	1 194	1 195	+ 0,1
20–49	1 910	1 957	+ 2,5
50–69	996	1 272	+ 27,9
70–79	293	494	+ 68,6
80 +	212	323	+ 53,3
I alt	4 604	5 244	+ 13,9

forklaringen. Norske medisinerer kommer til å trenge akkurat det.

Den andre delen er den menneskelige. Legene skal ikke stille med sykdommer, men med syke mennesker (19). Den gode legen må stå på to bein, ett biomedisinsk og ett humanistisk. De to beina skal være like lange, men det biomedisinske har en tendens til å vokse fra det humanistiske. De hyppigste klagene over norsk helsetjeneste og norske leger gjelder svikt på områdene informasjon og kommunikasjon. En annen måte å si dette på har vi fra William Osler (1849–1919): «The physician needs a clear head and a kind heart» (20). I studieplanen i Tromsø ble det til: «En kald hjerne og et varmt hjerte» (21). Jeg tror at «hjertesvikt» er blitt vanligere enn «hjernesvikt» hos legene. Legekunst har kanskje mer med menneskelighet enn med faglighet å gjøre, og de unge lærer ved å ta etter eldre rollemodeller. Derfor har de eldre legene et spesielt ansvar for å sørge for menneskeligheten i medisinen og i helsetjenesten.

Den tredje delen er evne og vilje til samarbeid. Helsetjenesten blir mer og mer basert på dette. Legene må samarbeide med hverandre, og det er en stor utfordring i dagens høyspesialiserte medisin. Jeg var nylig innlagt i sykehus, og til slutt hadde jeg seks leger som alle var spesialister på hver sin lille del av meg. Det endte med ett felles møte mellom dem, og de ble enige. Det er ikke alltid det går så bra. I tillegg må legene samarbeide med sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og mange andre, for ikke å snakke om de pårørende. Jeg tror også at samarbeid med alternativmedisinere blir en utfordring i fremtiden. Evne og vilje til samarbeid kommer til å bli stadig viktigere.

Den fjerde delen er samfunnsmedisinen. Pasientene lever sine liv i samfunnet, og legene må forholde seg til det. De må forstå den sosiale gradienten (6) og ta hensyn til den, både i behandling, forebygging og rehabilitering.

Prioritering

Det finnes et økonomisk tak for helsetjenesten. Det er ikke en naturøkonomisk nødvendighet, og det er avhengig av politisk syn og vilje.



Ulike livsfaser representerer ulike utfordringer for helsetjenesten. Peter F. Hjort etterlyser en opprustning av geriatri og eldreomsorg, men peker samtidig på behovet for økt innsats innen feltet «ungdomsmedisin». Foto © Mikael Andersson/Mira/Samfoto

For regjeringen Bondevik II var skattelette et overordnet hensyn, og da ble det mindre penger til offentlige tjenester, inklusive helsetjenesten. Samtidig har de medisinske fremskrittene det til felles at de koster mer, særlig når de skal brukes av mange. Ofte er vurderingene vanskelige og kan være omstridte. Tenk f.eks. på de kolesterolsenkende legemidlene (12). De koster mye fordi så mange skal ha dem, de senker infarktdødeligheten, men hva er rimelige indikasjoner og behandlingsmål? Stort sett viser det seg vanskelig å si nei til fremskrittene, selv om de er dyre.

Prioritering innebærer vilje til å si ja til noe og nei til noe annet. Vi har hatt to offentlige utredninger (22, 23), og de er både kloke og gode. F.eks. har det vært stor oppslutning om inndelingen i skal-, bør- og kan-tjenester. Men i praksis er det vanskelig å si nei til noe som er mulig å gjøre og kan være nyttig. Typiske eksempler er kreftbehandling og rusmiddelomsorg. I fremtiden vil prioriteringsproblemene øke, fordi de medisinske fremskrittene må finansieres «innenfor rammen». Derfor må vi leve med det ubesvarte spørsmålet: Når blir tiltak som kan forlenge og forbedre livet for dyre?

Privatisering

En mulighet i denne situasjonen er å dele helsetjenesten i to: En offentlig helsetjeneste for flertallet og en privat for dem som har råd til å betale, ev. via forsikringer. Vi har tradisjon i Norge for en offentlig finansiert helsetjeneste som bygger på et solidaritetsprinsipp – én for alle, alle for én. Men det er for lengst blitt sprekke i dette prinsippet. For noen oppgaver synes de fleste at det kan godtas, f.eks. for «skjønnhetskirurgi». Men på mange områder kommer det tilbud som enten er forbeholdt velstående eller tar dem ut av køene. Vi har til en viss grad godkjent dette, men det er sannsynlig at dette problemet vil bli vanskeligere. Det skyldes dels at det et eller annet sted er et tak for skatteviljen, og samtidig kommer det stadig fremskritt som skal presses inn i de offentlige budsjettene.

Samfunnet er delt i to i synet på dette problemet. Høyresiden vil senke skattene og dermed nedprioritere offentlige tjenester, mens venstresiden vil øke skattene (litt!) for å unngå nedskjæringer og gi plass for nye tiltak og tjenester. Jeg tror disse problemene blir flere, større og vanskeligere i fremtiden. En velstående mann sa det slik: «Solidaritet er bare en utgift for meg.» Han hadde ikke fantasi til å se at også han kunne

oppleve å bli en tung bruker av offentlige tjenester. Disse konfliktene tror jeg blir daglige utfordringer for fremtidens leger.

Pengepresset

I de siste 25 år har vi opplevd den økonomiske liberalismen, og penger blir stadig viktigere, både for helsetjenesten og for den enkelte. Økonomidirektørene har tatt makten over sykehusene fra de folkevalgte, og de er ensidig opptatt av DRG-koding og lønnsomhet. Derfor opplever vi «svingdørsmedisinen» for de ulønnsomme eldre sykehuspasientene. Slagordene er: Kort innleggelse, høy DRG, ny innleggelse til enda høyere DRG. Det er også større interesse for enkle inngrep hos relativt friske enn for vanskelige inngrep hos eldre og alvorlig syke. Dette påvirker ventetiden og selvfølgelig også hele kulturen i sykehuset. Sykehusene er blitt pengemaskiner, og en direktør sa det slik: «Målet er å holde budsjettet.» Det er ikke rom for «store, hårete visjoner» om helse for alle (24).

Samtidig har Legeforeningens dyktige forhandlere klart å øke legenes inntekter. I mange kommuner er det legene som har de høyeste inntektene, og sykehjemslegene sitter igjen med svarteper i forhold til sykehuslegene. Privat innbringende praksis er

en fristelse for mange. Det er klart at det gjør noe med legenes sjel, noe som er dypt bekymringsfullt, og det første nummer i det nye millennium av *Western Medical Journal* på den rike amerikanske vestkysten hadde som motto: «Recapturing the spirit of medicine» (25). En norsk lege med usedvanlig høy inntekt sa det slik: «Jeg trenger hver øre, og jeg fortjener hver øre». Det er en eldgammel erfaring at nok aldri blir nok. En rik amerikaner ble spurt om når han tjente nok. «Når jeg tjener én dollar mer,» var svaret. Her ligger en vanskelig utfordring for legene: Vi lever alle av penger, men leger bør ikke leve for penger.

Antall leger

I min tid som lege har legetallet i Norge økt fra 3 000 til 18 000, og for tiden studerer ca. 5 000 unge nordmenn medisin i Norge og i andre land. Selv har jeg to barnebarn som studerer medisin (i Tromsø, selvfølgelig). Jeg innrømmer derfor at jeg sitter i glasshus når jeg tar opp spørsmålet om hvor mange leger vi trenger, hvorledes vi vil bruke dem og hvorledes vi vil styre tilgangen, fordelingen og bruken av legene. Men det er klart at dette er sentrale utfordringer for fremtidens helsetjeneste og helsepolitikk.

Første skritt er å bli enige om målene: Antall, fordeling på spesialiteter og fagområder og geografisk fordeling. Annet skritt er å bli enige om virkemidlene. Vi kan regulere tilgangen ved økonomiske virkemidler, vi kan gjøre legetjenestene billigere for å gi plass til flere leger, og vi kan styre bruken av leger bedre, f.eks. flere leger til eldreomsorgen. Jeg er forbauset over at verken myndighetene eller Legeforeningen interesserer seg for disse spørsmålene, og jeg tror det begynner å haste (jeg har flere barnebarn på lager).

Pillepresset eller medikaliseringen

Forbruket av legemidler går opp i alle vestlige land. Det skyldes flere forhold: Flere eldre, flere kronisk syke, flere leger, bedre legemidler og stor satsing på legemidler i det forebyggende helsearbeid (særlig høyt blodtrykk og høyt kolesterolnivå). Det er minst tre bekymringer knyttet til dette: Økende kostnader, økende bivirkninger og økende bruk av legemidler i det forebyggende arbeidet i stedet for endring av livsstil. Kritikere sier at folk føler at det er – eller iallfall at det burde være – en pille for alt som er ille og at de krever en resept når konsultasjonen er over. De sier også at legene er for slepphendte med reseptene.

I tillegg kommer legemiddelindustrien som en drivende kraft. Marcia Angell, mangeårig sjefredaktør i *New England Journal of Medicine*, har skrevet en bok som er et fryktelig oppgjør med den amerikanske legemiddelindustrien og dens metoder (26). Hun hevder at både befolkningen og legene er ofre for en hensynsløs markedsføring, og hun krever radikale reformer. Forholdene er nok langt bedre

i Norge enn i USA, men også vi har grunn til å bekymre oss over et økende legemiddelforbruk. Legene trenger uavhengig videreutdanning og mest mulig nøytrale retningslinjer. Jeg tror dette er en av de største utfordringene på veien mot 2030. Det ferskeste eksemplet er at National Institute for Clinical Excellence (NICE) i England foreslår at det offentlige ikke lenger skal gi støtte til legemidler som hemmer antikolinesterase ved Alzheimers sykdom, fordi effekten er for dårlig. Forslaget har naturlig nok vakt storm (27).

Geriatrici og eldreomsorg

I 1981 skrev jeg at det lå et eldre menneske i omtrent to tredeler av helsetjenestens senger (2). I dag er tallet steget til ca. 75 % (39 000 senger i sykehjem og kombinerte alders- og sykehjem pluss ca. en tredel av pasientene i somatiske og psykiatriske sykehus) (1). Eldrebølgen vil gjøre at dette tallet stiger ytterligere. Eldre mennesker er altså den største «kundegruppen» i norsk helsetjeneste og eldreomsorg og dermed for legene. Det er en stor bekymring at helsetjenesten ikke lever opp til denne utfordringen, og her er tre eksempler:

- Sykehusene driver «svingdørsmedisin» for eldre pasienter
- Sykehjemmene har en legedekning på ca. ett legeårsverk på 150 senger, mens sykehusene har ca. ett legeårsverk på 2,3 senger (1). Legesituasjonen ved sykehjemmene kan karakteriseres som skandaløs
- Situasjonen i norsk geriatri er bekymringsfull. Vi har ca. 70 geriater, i Sverige er det 700

Det er helt åpenbart at vi må gjøre noe med denne situasjonen, men det er diskusjon om hva vi bør gjøre:

- Endre betalingssystemet for eldre pasienter i sykehus, slik at sykehusene får «incentiv» til å ferdigbehandle de gamle og dermed får bukt med svingdørsmedisinen
- Bedre legedekningen i sykehjem til minst det dobbelte. Det bør også være en vaktordning for sykehjemsleger, slik at pasientene kunne slippe unødige innleggelser i sykehus (28)
- Bygge opp geriatrien. Jeg tror at vi fortsatt bør ha en del av geriatrien som en grenspesialitet under indremedisinen, knyttet til sykehusene, og vi trenger antakelig ca. 200 slike spesialister. Det bør være geriatriiske avdelinger ved alle sykehus. I tillegg trenger vi en ny form for geriatri som er tilpasset allmennmedisinen og sykehjemmene. Jeg har foreslått navnet «omsorgsgeriatri» for denne spesialiteten, og den bør bygge på allmennmedisinen. Jeg tror at vi trenger ca. 500 slike leger. Andre navn på denne spesialiteten kan være «aldersmedisin» eller «sykehjemsmedisin». I Nederland er det gode erfaringer med en egen spesialitet for sykehjemsleger (29, 30)

Jeg tror at denne utfordringen kanskje er den aller største for legene og for norsk helsetjeneste, fordi den innebærer en reorientering i forhold til den høyspesialiserte indremedisinen. Et viktig poeng er at vi får mer enn nok leger til å løse disse oppgavene hvis vi vil.

Ungdomsmedisin

Jeg tror at den største bekymringen i vårt samfunn ikke gjelder de eldre, men de unge. De fleste unge får seg en utdanning, finner seg et mål og en plass i livet og klarer seg bra. Men det er et mindretall, minst én i hver eneste skoleklasse, som gir opp og i praksis melder seg ut av samfunnet og sitt eget liv. Jeg er redd for at denne gruppen øker, mye fordi de sosiale forskjellene øker. Hver enkelt av disse ungdommene er en personlig tragedie, og de ender som en kjempeutgift for samfunnet.

Det kan være mange grunner til at det går slik, og det blir ofte klart tidlig i livet. Jeg tror at vi trenger en ny spesialitet som bør hete «ungdomsmedisin». Disse spesialistene kunne engasjere seg i dette store problemet, i forebyggende arbeid, behandling og rehabilitering. De må samarbeide med mange, de må revitalisere skolehelsetjenesten, og de må drive langsiktig forskning. Legeforeningen tok et initiativ i 2002 (31), men det må følges aktivt opp.

Muskel- og skjelettsykdommer

Disse sykdommene utgjør nå et så stort helseproblem at de blir en spesiell utfordring. Mange av pasientene ender med uføretrygd, og de er i de aldersgruppene som får store behov for helsetjeneste og eldreomsorg. Jeg tror vi trenger et nasjonalt program for disse sykdommene, og forskning og utdanning blir spesielt viktig.

Psykiatri og rus

Dette feltet utgjør en stor del av helsetjenesten. Psykisk helsevern har fjerdeparten av sykehussengene i Norge, og det er et vanskelig felt med store problemer. Det er rimelig å anta at problemene vil øke. Det er laget flere psykiatriplaner, og feltet krever åpenbart mer forskning og bedre utdanning.

Uheldige hendelser i helsetjenesten

Diskusjonen om uheldige hendelser i helsetjenesten har tatt seg opp i alle land, særlig etter at den dramatiske amerikanske rapporten kom i 1999 (32).

Det er en omfattende forskning om uheldige hendelser i somatiske sykehus, og konklusjonene er skremmende. Omtrent hver tiende pasient rammes av en uheldig hendelse, og risikoen for død eller varig invaliditet er stor. Hvis jeg regner om de internasjonale tallene for dødelighet til norske forhold, kommer jeg til at minst

2 000 mennesker dør i somatiske sykehus her i landet som følge av en uheldig hendelse (33). Dette regnestykket er selvfølgelig så usikkert at det bare er journalister som tenner på det, men norsk helsetjeneste – og særlig legene – må erkjenne problemet. De 154 dødsfall

i Meldesentralens årsrapport er bare toppen av isfjellet (34). Vi mangler også tall fra psykiatrien, eldreomsorgen og primærhelsetjenesten. To tiltak er nødvendige:

- Det ene er rapport om alle hendelser og nestenhendelser for å få et grunnlag for forebyggende arbeid
- Det andre er opplæring av helsepersonell i håndteringen av uheldige hendelser som har inntruffet

Jeg har laget en rapport med forslag til et nasjonalt program for forebygging og håndtering av uheldige hendelser (33), og Sosial- og helsedirektoratet arbeider nå med den praktiske gjennomføringen. Hele dette arbeidet er en viktig del av kulturen i helsetjenesten.

Diskusjon

Jeg har prøvd å se 25 år frem i tiden, til år 2030. Det er bare tredjeparten av et menneskeliv, men nesten ufattelig lang tid i samfunnslivet og i medisinen. I kommunestyret i Bærum styrer vi etter «tertialen» – fire måneder. Det er økonomenes perspektiv. Det er mange og store ukjente: Krig og fred i verden, den økonomiske utvikling i Norge, innvandringen, den faglige utvikling i medisinen, pensjonsreformen, folketrygdens utvikling osv. Til tross for alle disse ukjente faktorene er det mulig å se og ta stilling til de fleste av de utfordringene jeg har nevnt. Det betyr at både Legeforeningen og hver enkelt lege må ha holdninger i forhold til disse utfordringene. Går man i tåke på fjellet, gjelder det å klamre seg til kompasset.

Utfordringer krever diskusjon, og det er nesten aldri enighet om dem. Jeg opplever

uenighet som en styrke, for det øker sjansen til å velge rett. Derfor slutter jeg med et kjent sitat, som jeg liker:

«Jeg følger dem som søker sannheten, men skyr dem som har funnet den.»

Litteratur

1. Statistisk årbok 2004. Folkemengde, etter alder per 1. januar. Registrert 2002. Fremskrevet 2005–2050 (tabell 100). Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2004. www.ssb.no/aarbok/2004/tab/t-0203-100.html (8.11.2005).
2. Hjort PF. Norsk medisin i år 2000. Tidsskr Nor Legeforen 1981; 101: 19–24.
3. Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. N Engl J Med 1980; 303: 130–6.
4. Fries JF, Crapo LM. Vitality and aging. San Francisco: Freeman, 1981.
5. Olshansky SJ, Carnes BA. The quest for immortality. New York: Norton, 2001.
6. Marmot M. The status syndrome. London: Bloomsbury, 2004.
7. Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005. <http://shdir.gan.no/assets/15133/gradientutfordringenWEB3.pdf> (8.11.2005).
8. Lund KE, Lund M. Røyking og sosial ulikhet i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2005; 125: 560–3.
9. Nylenna M. Samfunn + medisin = samfunnsmedisin. En rapport om samfunnsmedisins muligheter og problemer i Norge. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004. <http://shdir.gan.no/assets/13345/SamfunnsmedisinRapport.doc> (8.11.2005).
10. Jenum AK, Ødegaard AK. Alle leger bør ha samfunnsmedisinsk basiskompetanse. Tidsskr Nor Legeforen 2005; 125: 619–20.
11. Eisenberg L. Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. Cult Med Psychiatry 1977; 1: 9–23.
12. Westin S, Heath I. Thresholds for normal blood pressure and serum cholesterol. BMJ 2005; 330: 1461–2.
13. Health research strategy for health for all by the year 2000. Genève: Advisory Committee on Health Research, World Health Organization, 1986.
14. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Genève: World Health Organization, 2002. www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf (8.11.2005).
15. Næss Ø. Risikobegreper og folkehelse på to ulike måter – folkehelsemeldingen og WHO's årsrapport. Tidsskr Nor Legeforen 2003; 123: 3245–7.
16. St.meld. nr. 16 (2002–03). Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken. <http://odin.dep.no/filarkiv/207656/STM0203016-TS.pdf> (8.11.2005).
17. Arborelius E. Varför gör dom inte som vi säger? Teori och praktik om att påverka människors levnadsvaner. Stockholm: Allmänmedicinskt utvecklingscentrum, Nordvästra sjukvårdsområdet i Stockholm, 1996.
18. Clinical evidence: the international source of the best available evidence for effective health care. London: BMJ Publishing Group, 2003.
19. Hjort PF. Fremtiden er lys – det er bare tre bekymringer. Tidsskr Nor Legeforen 2000; 120: 12.
20. Osler W. Aphorisms from his bedside teachings and writings. Springfield: Thomas, 1961.
21. Universitetet i Tromsø. Medisinsk studieplan. Tromsø: Universitetsforlaget, 1971.
22. Norges offentlige utredninger. Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. NOU 1987: 23. Oslo: Universitetsforlaget, 1987.
23. Norges offentlige utredninger. Prioritering på ny: gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. NOU 1997: 18. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1997. http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/andre_dok/nou/030005-020011/dok-bn.html (8.11.2005).
24. Jensen IS. Ona fyr: for deg som vil lykkes sammen med andre. Oslo: Dinamo, 2002.
25. Hjort PF. Har uylkelige leger mistet medisins sel av syne? Tidsskr Nor Legeforen 2001; 121: 2073.
26. Angell M. The truth about the drug companies: how they deceive us and what to do about it. New York: Random House, 2004.
27. Kmetowicz Z. NICE proposes to withdraw Alzheimer's drugs from NHS. BMJ 2005; 330: 495.
28. Lorentsen Ø. Legetjenester til brukere med helseplage og omsorgsbehov. Rapport fra Rehab-Nor til Sosial- og helsedirektoratet. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005. [www.rehab-nor.no/Legetysyk.pdf](http://rehab-nor.no/Legetysyk.pdf) (8.11.2005).
29. Schols JM, Crebolder HF, van Weel C. Nursing home and nursing home physician: the Dutch experience. J Am Med Dir Assoc 2004; 5: 207–12.
30. Hoek JF, Ribbe MW, Hertogh CM et al. The role of the specialist physician in nursing homes: the Netherlands' experience. Int J Geriatr Psychiatry 2003; 18: 244–9.
31. Mot i brystet... stå i ben og armer? En statusrapport om helse, helsefremmende arbeid og helse-tjeneste for ungdom fra Den norske lægeforening. Oslo: Den norske lægeforening, 2002. www.legeforeningen.no/asset/11894/1/11894_1.pdf (8.11.2005).
32. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, red. To err is human: building a safer health system. Washington D.C.: National Academy Press, 1999.
33. Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten. Forslag til nasjonalt program for forebygging og håndtering. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004.
34. Meldesentralen: årsrapport 2003. Rapport fra Helsetilsynet 5/2005. www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2005/helsetilsynetrapport5_2005.pdf (8.11.2005).

«Hva er egentlig sosialmedisin? Definisjonen er vanskelig. Egentlig er det sosial hygiene anvendt på det enkelte individ. Men det er også meget mer. Jeg skulde nærmest betegne det som en sum av interesser, hvor medisin og sociale hensyn støter sammen både overfor den enkelte og overfor samfundet.»

Hans Sivertsen i Tidsskriftet nr. 22/1932