

Bør vi sette grenser for helsetjenesten?

I november 1994 ble det holdt en konferanse i Oslo om helsetjenestens grenser. Professor Peter F. Hjort, Statens Institutt for Folkehelse, holdt innledningsforedraget med tittelen: Går det an å tenke klart om uklare problemer?

Tittelen var hentet fra Ragnar Vogts lærebok i psykiatri fra 1923. Poenget var at vi må forsøke å tenke klart, selv om problemene er uklare. Helsetjenestens grenser er et uklart og vanskelig problem. I denne kronikken forsøker Hjort å ordne problemene og foreslå noen virkemidler.

Helsetjenestens bord

Helsetjenestens bord er så stort at jeg måtte hente inspirasjon fra Ragnar Vogt (1) for å våge å drøfte det.

Det grunnleggende spørsmål gjelder helsetjenestens bord: Hvor stort skal det være? Det har vokst i en helt utrolig grad. I 1950, da jeg ble ferdig lege, var det ca. 3 300 leger i Norge. I dag er det vel 13 000, dvs. en firebling på vel 40 år.

Det ligger mange forklaringer bak denne ekspansjonen. Noen av forklaringene har med legene å gjøre: de arbeider antakelig litt mindre, det er blitt flere kvinnelige leger, og legene ønsker å pensjonere seg tidligere. Noen av forklaringene har med medisinen å gjøre: kunnskapene har økt, mulighetene har økt, og teknikken har avansert. Derfor kan vi gjøre så mye mer. Dessuten er det såkalte medisinske paradokset viktig: jo dyktigere vi er, jo flere syke mennesker blir det (2). Forklaringen er enkel å forstå, men vanskelig å godta: vi klarer ikke å helbrede de kronisk syke, men vi klarer å utsette døden. Denne store og voksende gruppen av pasienter med kroniske sykdommer krever stor innsats og store utgifter. Det er nok å vise til den moderne hjertekirurgien, som koster ca. 400 millioner kroner i året.

Likevel tror jeg at den viktigste forklaring ligger utenfor medisinen – i samfunnet

og i menneskene. Samfunnet er blitt rikere, men livet er ikke blitt lettere. Befolkningen er objektivt friskere, men mange har problemer med å makte liv, familie og arbeid. Den store helseundersøkelsen i Glostrup i Danmark konkluderte med at: «Folk har det bedre, men tar det dårligere» (3). For mange år siden brukte jeg uttrykket «samsykdommer» om den sykkelighet og mistroivsel som skyldes at folk har problemer med samliv, samarbeid og samfunn, og jeg brukte selvmord som et mål på dette (4). Et annet uttrykk som man ofte møter i amerikansk litteratur er rett og slett «the new morbidity». Praktiserende leger forteller meg at dette utgjør en stor del av hverdagen. En sa det slik: «Halvparten av pasientene mine har problemer jeg ikke lærte noe om på doktorskolen.» Pasientene lager ofte en medisinsk innpakning når de presenterer dem for legen, f.eks. et nerveproblem, et kronisk smerteproblem eller en muskel- og skjelettsykdom. Spørsmålet er om alt dette er helsetjenestens bord?

De som står for det restriktive synet på helsetjenesten hevder at all denne nye sykkeligheten ikke er helsetjenestens bord, og de bruker stort sett fire argumenter:

- Disse menneskene er ikke syke, iallfall ikke i objektiv, skolemedisinsk forstand.
- Helsetjenesten har ikke noe realistisk tilbud til dem. Det finnes ingen pille for alt som er ille.
- Hvis helsetjenesten aksepterer alle disse livsproblemene som sykdom, sykkeliggjør vi befolkningen og medikaliserer livsproblemene.
- Endelig vil det sprengte alle rammer, både for helsetjenesten og for folketrygden.

Alt dette er selvfølgelig gode argumenter, spesielt er argumentet om sykkeliggjøring og medikalisering viktig.

De som står for det ekspansive synet på helsetjenesten, vil ikke avvise alle disse menneskene, og de bruker også stort sett fire argumenter:

- Disse menneskene har kanskje ikke de vanlige skolemedisinske diagnosene, men

de føler seg syke, med rette eller urette, og det må vi forholde oss til.

– De har ikke noe annet sted å gå enn til helsetjenesten, og mange av dem er mennesker med små ressurser.

– Det er riktig at vi ikke har piller for livsproblemene, men vi kan høre på disse pasientene og gi dem råd, trøst og støtte. – Dessuten kan vi forhindre at de går til konkurrentene innen alternativ medisin.

– Endelig kommer man ikke unna disse utgiftene. Hvis helsetjenesten avviser dem, dukker utgiftene opp på et annet budsjett.

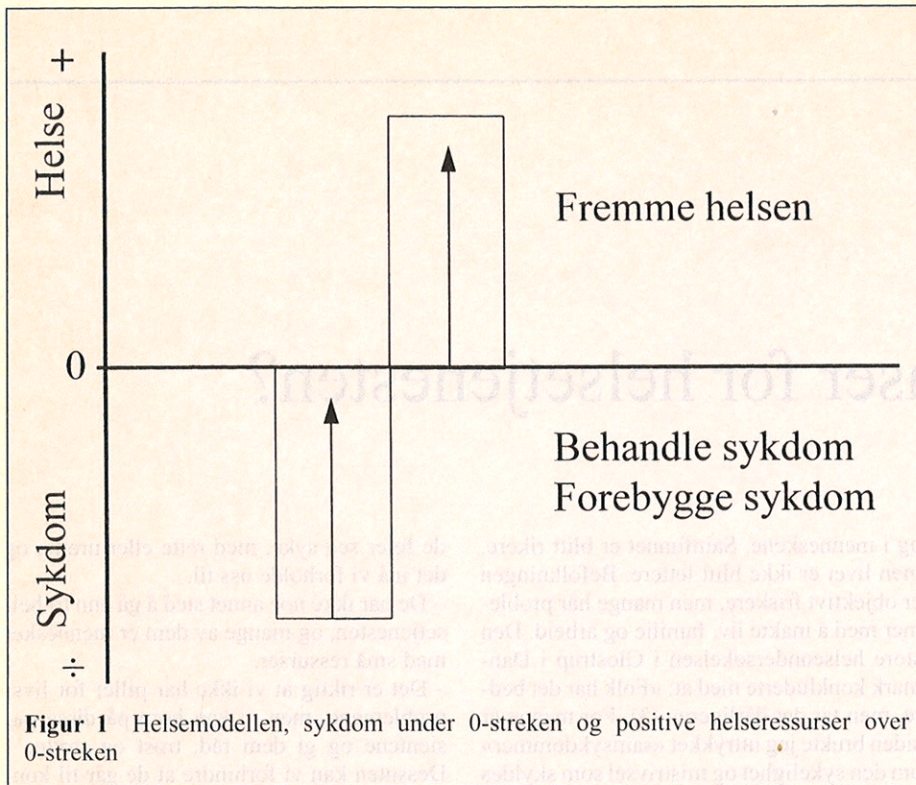
Alt dette er også gode argumenter, og jeg har hørt kolleger si: «Jeg er ikke villig til å kaste den første stein ved å avvise disse menneskene som har det vondt og vanskelig.»

Tankemodell

For å orientere meg i dette feltet, tar jeg utgangspunkt i en enkel tankemodell om helse og sykdom (fig 1). Jeg forestiller meg en vertikal skala som starter nede i det negative – sykdom, passerer gjennom null – ikke syk, og fortsetter opp i det positive – helse. Under null ligger hele medisinen og helsetjenestens tradisjonelle domene med sykdom, skader og risikofaktorer. Her opererer skolemedisinen trygt og effektivt. Over null ligger alt det positive som skaper helse, trygghet og mestring av livets problemer, inklusive sykdom.

Det er et kvalitativt sprang ved null, helse og sykdom er ikke endepunkter på en kontinuerlig skala. På en måte er dette modellens svakhet, men samtidig dens styrke, fordi den gjør det mulig å se og forholde seg til to forskjellige deler av menneskelivet. Det er vanskelig å karakterisere helsens positive sider – alt det som ligger over null, men jeg tror det er fire sett av personlige egenskaper som utgjør de positive helseressursene:

- Trivsel, livslyst, optimisme, håp
- Mestringsevne, trygghet, positivt selvbilde, «internal coherence» (5)
- Overskudd, vitalitet, noe å gå på
- Sosial støtte: positive mennesker får et positivt sosialt nettverk.



Det er lett å se at det som ligger over null er av en helt annen karakter enn det som er under null. Under null er det harde, målbare faktorer som gjelder liv og død. Over null er det myke, ikke målbare, men livsviktige faktorer. Kanskje kan man si at legevitenenskapen ligger under null og legekunsten over null.

De fem pasientkategoriene

Jeg vil nå bruke denne modellen til å diskutere de fem viktigste pasientkategoriene i helsetjenesten.

Den første gruppen er idealpasientene. De har en alvorlig sykdom eller skade som kan helbredes. Samtidig har de gode, positive ressurser. De forstår problemene, samarbeider godt og har de nødvendige ressurser for å mestre sykdommen. Ett eksempel kan være lymfekreft hos en pasient med god utdanning og økonomi, en stabil familiesituasjon og store personlige ressurser. I en slik situasjon ser man helsetjenesten på sitt aller beste – effektiv, menneskelig og trygg.

Den andre gruppen er de gode pasientene. De har kroniske sykdommer som ikke kan helbredes, men disse kan behandles av legen og mestres av pasienten. De krever innsikt og forståelse fra begge parter, samarbeid og oppfølging. De krever også positive ressurser hos pasienten – utdanning, økonomi og trygge livsforhold. Ett eksempel kan være type 1-diabetes. Stort sett er helsetjenesten god og effektiv for denne gruppen, men den kan ha problemer med kontinuiteten.

Den tredje gruppen er en stor utfordring. Den typiske pasienten har kronisk sykdom som i og for seg kunne behandles og mest-

res, men pasienten har små eller ingen positive ressurser. Han holder ikke avtaler, følger ikke opplegget, klager. I ekstreme tilfeller blir han en «heartsinker» som får legen til å føle seg mislykket (6), og resultatet blir også dårlig. Ett eksempel kan være en hyperteniker som drikker, er skilt og klarer seg dårlig på jobben. Denne oppgaven er både utrivelig, vanskelig og av og til umulig. Resultatet er både dyrt og dårlig, og det ender ofte med uføretrygd. Jeg tror likevel at slike pasienter hører hjemme på helsetjenestens bord – pasienten er ikke bare vanskelig, men faktisk syk.

Den fjerde gruppen er sand i maskineriet. Pasientene har små problemer, helseproblemer eller livsproblemer. De har alminnelig gode positive ressurser, men de søker hjelp i helsetjenesten for et problem som er så lite at legen føler at det ligger under en rimelig terskel. Typiske eksempler kan være alminnelig forkjølelse, trett på jobben eller engstelse for sykdom. Det er mange av disse pasientene, og noen vil si at de lider av «lært hjelpeløshet». Ofte synes legen at disse pasientene ikke hører til på helsetjenestens bord, men det går fortere å snakke med dem enn å avvise dem.

Den femte kategorien er den aller vanskeligste. Disse pasientene har ikke sykdom i skolemedisinsk forstand, men de mangler alle positive ressurser. Og faktisk er det enda verre, for det som skulle vært positivt er snudd til det negative, og *det* er problemet. Pasienten er fanget i negative relasjoner til alt og alle og makter ikke livet sitt. Det føles vondt, ofte fortvilet, og det *er* fortvilet også.

Det er lett å se at de tre første kategoriene er helsetjenestens ansvar. De to siste kan det være tvil om.

Tre spesielle grupper

Tre grupper pasienter fortjener spesiell omtale, og jeg vil si noen få ord om dem.

Den første gruppen er de psykisk utviklingshemmede. Jeg opplever at helsetjenesten har overlatt disse klientene – de er ikke lenger pasienter – til sosialtjenesten i kommunene, og jeg er bekymret over det. Jeg tror at både kommune- og fylkeshelsetjenesten må ha kunnskaper om og føle ansvar for denne gruppen. Selv om man beskytter seg ved å si at psykisk utviklingshemming ikke er noen sykdom, er det ingen tvil om at mange av disse klientene har alvorlige og kompliserte helseproblemer, f.eks. nedsatt syn (7).

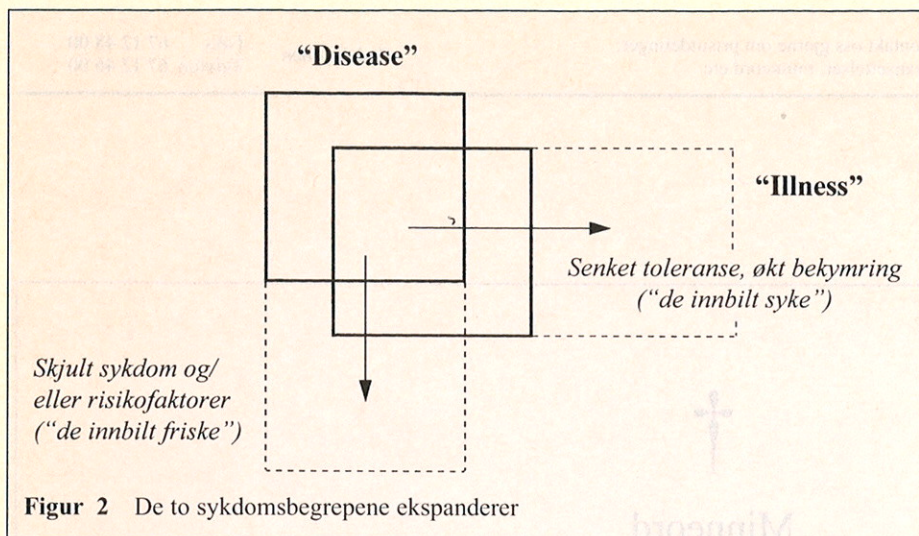
Den andre gruppen er alle de psykiatriske pasientene. Psykiaterne forteller meg at det ikke er noen økning i det man kan kalle tungpsykiatrien, mens det er betydelig økning i de lettere mentale helseproblemer. Er del av disse pasientene kan oppleves slik at de blir plassert i den gruppen jeg kalte sand i maskineriet, fordi legen føler at problemene ikke er verre enn at pasienten burde mestre dem selv. Mange av de psykiatriske pasientene – også kronikerne – vil ende i kommunehelsetjenesten, og jeg tror at vi må arbeide for å føre sammen somatisk og psykiatri, ikke bare organisasjonsmessig, men også i hodene våre. Skal det lykkes, må allmennpraktikerne skaffe seg betydelig psykiatrisk kompetanse, og de må engasjere seg i psykiske problemer.

Den tredje gruppen er de eldre. De utgjør en stor og økende gruppe. Befolkningen over 67 år står for ca. 50% av volumet i norsk helsetjeneste, og denne andelen vil øke. De gamles problemer er ofte en blanding av tre komponenter, aldersprosessen, kronisk sykdom og livsproblemer. Det er en stor utfordring for legen å ta seg av disse pasientene på en faglig og menneskelig måte. Erfaringen viser at det er fristende for legene å medikalisere alderdommen for folk. Skal vi unngå det, må legene ha gode kunnskaper, ikke bare i geriatri, men også om den normale aldersprosessen – gerontologi.

Tiltak

Det er ikke nok å tenke i pasientgrupper. Hvis vi føler at helsetjenesten svulmer opp og delvis blir misbrukt, må vi også tenke over mulige tiltak.

Det første tiltaket kunne være å avvise pasienter som ikke har det man kunne kalle «godkjent sykdom». Det tror jeg er både urealistisk og uheldig, og legene ville bruke mer tid på å bortforklare folk enn på å behandle dem. Inngangsbilletten til helsetjenesten bør fortsatt være at et menneske føler behov for oss, dvs. at tilgjengeligheten er 100%.



Figur 2 De to sykdomsbegrepene ekspanderer

Jeg har flere ganger nevnt bedre utdanning av legene, spesielt i psykiatri og geriatri. Jeg tror det ville gi høyere kvalitet og også et lavere forbruk, fordi pasientene fikk bedre behandling og oppfølging.

Olav Rutle fant for noen år siden at 50% av allmennpraktikernes konsultasjoner var avtalte kontroller (8). Det kan tenkes at dette er i meste laget, og at vi må lære oss å overlate mer ansvar til pasientene. Diabetesforbundet arbeider med dette og har laget et program som heter «Fra lydighet til eget ansvar. Tankegangen er at det er pasienten, ikke legen, som eier sykdommen. Jeg tror at både allmennpraktikerne, spesialistene og poliklinikkene bør gå kritisk igjennom sine rutiner ut fra en slik filosofi.

Jeg tror også at vi må tenke kritisk igjennom den folkeopplysningen vi driver. Det er en vanskelig balanse mellom disse to budskapene:

- Stol på egne krefter
- Husk på faresignalene og søk lege i tide.

Kanskje bruker vi for mye tid på å roe ned den engstelse vi selv har skapt, kanskje bru-

ker vi for mye tid på helsesjekk av friske mennesker, og kanskje burde terskelen til helsetjenesten være litt høyere.

Mange hevder at opplysning er i beste fall bortkastet, og kynikerne blant oss sier at det eneste som virker, er økonomiske styringsmidler. Erfaringen viser at det ikke er lett å dosere dem riktig. F.eks. har stykkprisbetaling til sykehusene i Sverige fjernet køene, men sprenger nå trygdebudsjettene (9). Økonomiske virkemidler kan brukes på pasienter, f.eks. at de må betale kosmetisk kirurgi selv, men de kan også brukes på legene, f.eks. et fastlegesystem med høy fastlønn og relativt lave satser for de enkelte ytelser. Skulle jeg kaste en brannfakkell, kunne jeg si at det for øvrig er min mening at ingen leger bør tjene mer enn statsministeren, som jo egentlig er overlege for pasienten Norge.

Det siste virkemidlet er politikken – hva slags samfunn vi skaper for folk. Jeg tror at 1/3-samfunnet med økende forskjeller mellom folk og økende problemer for de svake gruppene er et dyrt samfunn. Jeg tror at konkurransesamfunnets effektivitet og sparing finnes igjen med renter i helse- og sosialbud-

sjettene. Jeg tror at større likhet og mer solidaritet gir ikke bare et bedre samfunn, men også et billigere.

Slutt

Jeg har antakelig nå svart nei på spørsmålet i tittelen på foredraget mitt: «Nei, det går ikke an å tenke klart om uklare problemer – og iallfall har ikke jeg klart det.» Likevel tror jeg det er viktig å fortsette å forsøke, og derfor vil jeg slutte med en annen tankemodell – den engelske «disease-illness»-modellen. «Disease» er objektivt påviselig sykdom, mens «illness» er det å føle seg syk. De to begrepene overlapper, men ikke helt. Figur 2 viser at vi får stadig flere av både de «innbilt friske» og de «innbilt syke». La oss forsøke å motvirke denne dobbelte ekspansjonen.

Peter F. Hjort

Seksjon for helsetjenesteforskning
Statens Institutt for Folkehelse
0462 Oslo

Litteratur

1. Vogt R. Medicinsk psykologi og psykiatri. Kristiania: Steenske forlag, 1923.
2. Gruenberg EM. The failure of success. Milbank Q 1977; 55: 3–24.
3. Schroll M. Nye tider – nye ældre. Helbred. EGV-Fondens Fremtidsstudie. København: Senior, 1989.
4. Hjort PF. Helse for alle! Foredrag og artikler 1974–93. Utredningsrapport nr. U1–1994. Oslo: Seksjon for helsetjenesteforskning, Statens Institutt for Folkehelse, 1994.
5. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.
6. O'Dowd TC. Five years of heartsick patients in general practice. BMJ 1988; 297: 528–30.
7. Riise R, Warburg M. Øjenhelsetjeneste til personer med psykisk utviklingshæmning. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 2937–40.
8. Rutle O. Pasienten fram i lyset – analyse av legekontakter i primærhelsetenesta. NAVF's gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport 1, 1983. Oslo: NAVF, 1983.
9. Lindsten J, Rooseniit R. Minska vårdkonsumtionen. Dagens Nyheter 15.11.1994.