

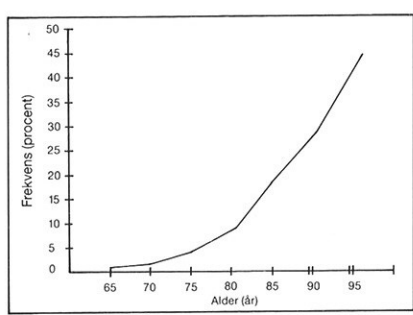
Megatrender i sundhedssektoren

Af Peter F. Hjort

En gennemgang af de faktorer, som vil påvirke udviklingen og forme sundhedspolitikken i fremtiden i Norge

332
FARMACI 89

Her bringes den anden af tre artikler af professor Peter F. Hjort. Artiklerne er bearbejdet ud fra foredraget: »Folkesundheden og sundhedstjenesten mod år 2000. Hele folket under behandling?«, som han holdt ved Nordisk Farmacikongres i Oslo i maj/juni. Den første artikel filosoferede over sygdom og sundhed og beskrev, hvor folkesundheden og sundhedstjenesten befinder sig i dag. Denne artikel beskriver, i hvilken retning udviklingen bevæger sig hen og hvilke faktorer – megatrender, der er bestemmende for udviklingen. Den sidste giver et bud på fremtiden.



Figur 1. Aldersspecifik frekvens af aldersdemens i en svensk befolkning – basispopulation ca. 35.000 individer (Gottfries, Medicinsk Årbog 1984).

sorgen er mere slået af, at problemerne stiger og stiger. Jeg tror derfor, at ældreomsorgen må være forsigtig med at basere sig på Fries' optimistiske teori om »compression of morbidity«.

Vi har for nylig beregnet, at ca. 50% af sundhedstjenestens totale ressourcer går til folk over 67 år. Denne andel vil stige. Sundhedstjenesten vil derfor stadig mere og mere præges af de ældre. Dette må få omfattende konsekvenser for uddannelsen af sundhedspersonalet og organiseringen af tjeneste. Det er vigtigt at

Udviklingen frem mod år 2000 bestemmes selvfølgelig af mange faktorer. Nogen er endnu ukendte, men de tunge faktorer – megatrenderne – er rimelig godt kendte (5,6). Jeg vil drøfte de seks vigtigste.

Den demografiske revolution

Kernen i den demografiske revolution er stigningen i antal ældre, det som ofte kaldes ældrebølgen. Alle de degenerative sygdomme (senil demens, åreforkalkning, Parkinsons sygdom, osteoporose, artrose osv.) øges med alderen efter en eksponentiel kurve. Kurven for senil demens er et typisk eksempel (figur 1). 80 år er et statistisk grænseskel: over den alder øges sygelighed og afhængighed hastigt. Det vigtigste tal for sundhedstjenesten og ældreomsorgen er derfor stigningen i antal mennesker over 80 år.

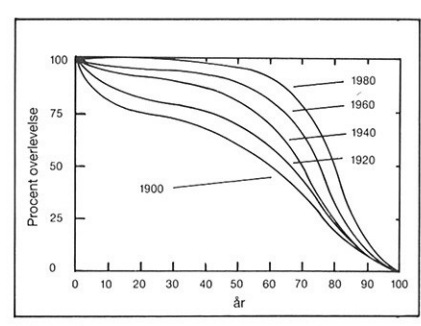
Dette tal vil øges med ca. 40% i Norge frem mod år 2000 (se tabel 1), og det vil øge presset på sundhedstjenesten betydeligt. Politisk bliver det tvingende nødvendigt at prioritere disse opgaver, men samtidig må man finde frem til billigere løsninger. Det vil føre til, at den primære sundhedstjeneste og hjemmesygeplejen må

Aldersgruppe år	1986	2000	Øgning i procent
75–79	134 768	151 327	12
80–84	85 973	111 502	30
85–89	42 928	61 996	44
≥ 90	16 771	32 235	92
≥ 80	145 672	205 733	41

Tabel 1. »Gammelbølgen« i Norge 1986-2000. (NOS. Fremskrivning af folkemængden 1985-2050).

prioriteres foran avanceret medicin på sygehusene.

Hovedårsagen til ældrebølgen er, at mange færre dør en alt for tidlig død. Derfor når mange flere frem til 70-års alderen – porten til alderdommen. Statistikken viser imidlertid også, at andelen af de allerældste blandt de ældre øges. Dette rejser et spændende og kompliceret problem, nemlig hvor gamle menneskene egentlig er programmeret til at blive. En amerikansk epidemiolog, James Fries, er kommet frem med overlevelseskurverne i figur 2 (7). Han hævder, at menneskets naturlige levealder er 85 år, og at der i stigende grad vil ske en »compression of morbidity« mod slutningen af livet. Klarer man at holde sig frisk så længe, vil alle organer bryde sammen samtidig, sådan at man får en god død efter kort tids sygdom. Der er strid om teorien, og vi som arbejder i ældreom-



Figur 2. Rektangulariseringen af overlevelseskurverne i dette århundrede. USA, begge køn (Fries 1988).

forstå, at ældrebølgen også kræver kvalitative ændringer i sundhedstjenesten. Geriatri kræver specielle kundskaber, færdigheder og holdninger (8). Specielt vil jeg pege på, at gamle patienter ofte bliver mødt med diskriminerende holdninger. Dette er alvorligt, fordi gamle mennesker ofte har et dårligt billede af sig selv,

Professor Peter F. Hjort, Statens institutt for folkehelse, avd. for helsetjenesteforskning, Geitmyrsveien 75, 0462 Oslo 4, Norge.

og diskriminering kan ødelægge det helt.

For farmaceuterne er det selvfølgelig vigtigt at nævne, at de gamle ofte har et lægemiddelbrug som både er alt for stort og forkert. Lægerne må derfor hele tiden være på vagt over for polyfarmaci og deraf følgende iatrogene sygdomme.

Ændring i sygdomspanorama

I mange år har sygdomspanoramaet ændret sig fra akutte til kroniske sygdomme og funktionshæmninger. Denne udvikling vil fortsætte. Det skyldes mange faktorer, blandt andet at befolkningen bliver ældre, at medicinske fremskridt øger overlevelsesraterne ved kroniske sygdomme, og at akutte sygdomme klarer sig med kortere behandlingstid. Ca. halvdel af konsultationerne i den primære sundhedstjeneste (4) og over 80% af indlæggelserne i indremedicinske afdelinger (9) gælder kroniske sygdomme. Studerer man de enkelte kroniske sygdomme, bliver man slået af stigningen i sukkersyge, allergier, rheumatisme og andre skelet-muskelsygdomme, kræft og mentale lidelser (5,10).

Kroniske sygdomme kræver en anden tilnærmelse og organisering af sundhedstjenesten. Kontinuitet i behandlingen er vigtig. Omhyggelig opfølgning, pædagogiske initiativer, støtte og omsorg er nødvendig for at modvirke tendensen til svækket funktion, ringe selvtillid, isolation og afhængighed. Uddannelsen af sundhedspersonalet er vigtig. For farmaceuterne er det vigtigt at vide, at kronisk sygdom ofte fører til fejlbrug, over- og underforbrug af lægemidler. Patienterne er helt afhængige af god og korrekt information om de lægemidler, de skal bruge. Alt sundhedspersonale må indstille sig på, at patienterne er ligeværdige medarbejdere, ikke casus som skal behandles. Ved kroniske, sjældne sygdomme har jeg oplevet, at patienterne kan mere om sygdommen end deres egen læge. Vi bør huske det.

Mange mener, at medicinske og teknologiske fremskridt er den vigtigste drivkraft i medicinen og i sundheds-

tjenesten. Fremskridtene skyldes forskning og udvikling, som stort set er uden for politisk planlægning og kontrol. Derfor får man indtryk af, at fremskridtene kommer af sig selv, og at de altid udgør et imperativ. De bedste læger viser, at de følger bedst med ved at være tidligt ude, og politikerne kan ikke stå imod presset og må tage fremskridtene i brug. Svært ofte – næsten som en regel – tages fremskridtene i brug, før de er ordentligt afprøvet, før der er gjort cost-benefit beregninger, og uden at man sanerer tidligere metoder. Ikke sjældent opstår der uforklarlige pseudofremskridt. F.eks. fødes snart hvert tredje barn ved kejsersnit i Washington, D.C. De tre længste køer i norsk sundhedstjeneste skyldes ægte fremskridt – hjertekøen, hoftekøen og grå stær-køen. Pointen i alt dette er, at fremskridtene som regel er gode for patienterne, men kostbare for skattebetalerne og helt ustyrlige for politikerne.

Nogen af fremskridtene er dramatiske og heroiske, som hjertetransplantation. Andre er tilsyneladende beskedne, som en ny undersøgelsesmetode eller en forbedret pille. Fremskridtene er altid dyrere end det, man gjorde før. Forretningsmæssigt er drømmen selvfølgelig et dyrt fremskridt, som gælder mange mennesker. Behandlingen af for højt blodtryk er et eksempel. Samfundets udgifter til denne behandling afhænger af to faktorer:

- Hvor sætter man behandlingsgrænsen for det, som bestemmer, hvor mange patienter, som skal behandles. For flere år siden beregnede vi, at det kostede 30 mill kr. at sænke behandlingsgrænsen for for højt blodtryk med 1 mm
- Hvad slags medikamentel profil vælger man – dyre eller billige medikamenter?

Forventninger

Den fjerde faktor er, at forventningerne øges hurtigere end budgetterne. Gabet øges mellem det folk forventer, og det sundhedstjenesten kan tilbyde. Det skaber frustration og fortvivlelse hos både patienter og

personale. Værst er det nok for personalet, som må leve med denne konflikt i sit eget sind. På den ene side ved de, hvad som er muligt at gøre, og hvad folk forventer, og på den anden side ved de også, hvad der kan udrettes med det budget, de får.

To mekanismer forstærker disse effekter. Den ene er lægernes kliniske frihed, den anden er den stærke decentralisering af sundhedstjenesten. Dette fører til, at man altid kan finde nogen at sammenligne sig med, som har det væsentligt bedre.

En sundhedsøkonom udtrykte det sådan: »Sygehusene bliver ikke glade, før alle ligger over gennemsnittet«. Alt dette skaber et klima, som ikke fremmer nøgtern overvejelse, omhyggelig evaluering og balance-rede prioriteringer. Det fører også til, at svage grupper sækker agterud, fordi de ikke kan klare at fremme deres krav. Det gælder de gamle, de kronisk syge, de funktionshæmmede, de tilbagestående og mange andre. En smule forbedring for disse grupper drukner i mediabilledet. Det er det dramatiske og heroiske, som kommer på forsiderne og vinder i budgetkampen.

Behandling og forebyggelse

Sundhedstjenestens opgaver er at behandle. Det er en selvfølge for både patienter og personale – og alligevel er behandlingen ofte utilstrækkelig. For eksempel er de tre vigtigste årsager til indlæggelse på sygehus – hjertesygdomme, kræft og ulykker – også de tre vigtigste dødsårsager. For alle tre er forebyggelse en bedre løsning end behandling, og de fleste sygdomme kan forebygges. For eksempel kunne halvdelen af de patienter, som står i hjertekøen, have været raske med enkle forebyggende foranstaltninger. Dette betyder selvfølgelig ikke, at vi kan forebygge os til det evige liv, men de fleste kan opnå både et langt liv og et godt liv og »dø unge så sent som muligt«.

Alligevel er sundhedstjenesten dybt forankret i sygdom og ikke i sundhed. Det virker også logisk: »Vi kan ikke bruge penge på de friske, (fortsættes)

(fortsat)

når vi ikke har råd til at behandle alle, som er syge«. Og når sundhedstjenesten engagerer sig i forebyggende arbejde, så holder den sig til sin velprøvede behandlingsideologi. Tankemodellen – »the medical model« – er altid den samme. Man identificerer risikopersoner og tilbyder dem behandling. Her er tre typiske eksempler:

- Mammografi for tidlig diagnose af brystkræft
- Måling af blodtryk og behandling af dem, som ligger for højt
- Screening for kolesterol og behandling af dem, som ligger for højt, dvs. måske 75% af befolkningen.

For over 10 år siden pegede *Ivan Illich* på, at denne behandlingsideologi – medikalisering, som han kaldte den (12), – svækker folks selvtilid og vilje til at stole på egne kræfter. Nogle læger har forsøgt at gøre oprør, for eksempel med disse slagord:

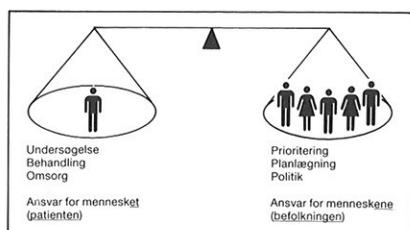
- »Der findes ingen pille for alt, som er ilde«
- »Lav selvtilid er farligere end højt kolesterol«.

Men foreløbig går det den anden vej, illustreret ved følgende amerikanske hjertesuk: »True, there has been a lot of progress, but unfortunately in the wrong direction«.

Lægens to roller

Den sidste megatrend har fået fuld tyngde de sidste 10 år. Jeg illustrerer den ved lægens to roller: den traditionelle rolle som læge for enkeltpatienter og den nye rolle som forvalter af store samfundsmæssige ressourcer og opgaver (se figur 3).

Den nye rolle er kompliceret, kontroversiel og upopulær. Den truer hævdundne principper som klinisk



Figur 3. Balancen mellem lægens to roller.

frihed for den enkelte læge, og at liv hverken kan eller bør måles i penge. Langt hen ad vejen er den nye rolle en følge af, at medicinen og sundhedstjenesten har sprængt budgetterne.

Dette har *omfattende konsekvenser* for eksempel:

- Sundhedstjenesten tvinges til at prioritere mellem behandlingstyper og mellem patientgrupper. Prioriteres noget op, må noget andet prioriteres ned
- Sundhedstjenesten tvinges til at evaluere sin egen virksomhed. Opnår vi det, vi tror, er organisationen effektiv, vælger vi de rette metoder, hvorfor er der så store forskelle i sundhedstjenesten, osv.?
- Sundhedstjenesten tvinges til at sanere sin egen virksomhed, samle sig om de bedste alternativer, eliminere sløseri og ineffektivitet og uddanne personalet bedre. Et eksempel, som mange kender godt, er lægemiddelkomiteerne ved sygehusene, som forsøger at standardisere og effektivisere behandlingen. For mange sygdomme tages der nu et langt skridt videre ved at indføre behandlingsprogrammer, for eksempel for hypertension og diabetes (11,13).

Forsidekunstner

Jon Ranheimsæter er født i 1947 i Norge. Cand. mag. i filologi ved Oslo Universitet i 1973 og uddannelse ved Den grafiske Højskole i København i 1977. Har derefter arbejdet – og boet – i Danmark som bladtegner og illustratør, primært af børnebøger, skolebøger og fagblade. Har lavet flere billedbøger, der er udgivet i andre lande, f.eks Belgien, Tyskland, Sverige og Norge. Modtog Gyldendals Børnebogspris i 1988, Foreningen for Boghåndværks Diplom i 1989 og Børnebibliotekarernes Kulturpris i 1989.

På mange måder er denne trend en reaktion mod de andre trender. Jeg er overbevist om, at den vil forstærkes, ikke bare af økonomiske grunde, men også af samfundsetiske grunde.

Den tredje og sidste artikel bringes i førstkomende nummer af FARMACI. Her opsummeres de tre artikler, og der gives et bud på fremtiden.

Litteratur

Litteraturliste fås ved henvendelse til redaktionen. □



TRÆ · FINÉR · PLASTLAMINAT · FINÉRCENTRAL & LAKERING

APO
INVENTAR

Rugmarken 18

3520 Farum

42 95 08 50