

Medisinens politiske natur

Peter F. Hjort, Gruppe for helsetjenesteforskning, Norges almenvitenskapelige forskningsråd, Oslo

NIR-NYTT 1977, 92-101

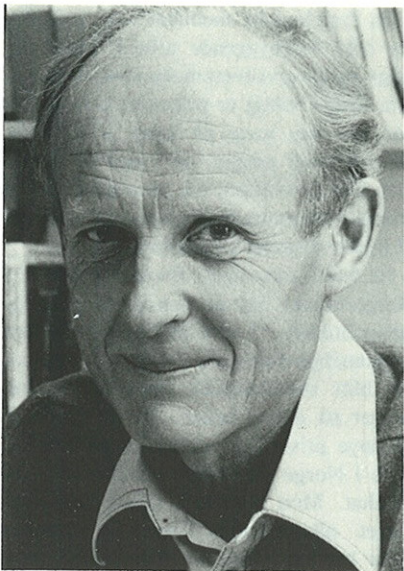
Nå for tiden vet de fleste at det er sammenheng mellom medisin og politikk, og mange har sterke meninger om hvorledes denne sammenheng bør være. Som vanlig er det to fløyer i debatten. Høyre fløy krever at medisinen skal overlates til fagfolkene, og en professor — riktignok i et annet land — avsluttet et forbitret innlegg med ordene: «Politics, not reason, rule medicine in this country». På venstre fløy har Mao sendt legene ut på landet for å tjene folket.

Mitt mål i denne forelesningen er ikke å gi en fullstendig analyse av medisins politiske natur. Jeg vil nøye meg med å belyse denne natur ved å diskutere utvalgte eksempler og problemer, og jeg har hentet dem fra fire områder, nemlig helsetjenestens oppgaver, ressurser, organisasjon og etikk. Siden dette er en legekongress, begrenser jeg meg til legens arbeid, men mange av disse problemene er almengyldige for helsetjenesten.

1. Helsetjenestens oppgaver

I generasjoner er det holdt introduksjonsforelesninger og festtaler for medisinske studenter verden over. Legens oppgave har stått uforandret, og den formuleres gjerne slik: Legen skal kjempe for livet, og mange føyer til et lite avsnitt om Albert Schweitzer og hans «Ærefrykt for livet». Dette er et verdifullt mål for unge mennesker, og allikevel er det noe alvorlig galt med det. Det ser nemlig helt bort fra medisins politiske natur, og det har lagt grunnlag — utilsiktet selvfølgelig — for en utvikling som blir mer og mer skjev.

På det vitenskapelige og tekniske område av medisinen har det skjedd en utrolig utvikling. Legene forstår og løser kompli-



Peter F. Hjort. (Foto: Ø. L.)

serte problemer, og metoden er alltid den samme. En deler problemet opp i utallige mindre biter, inntil de enkelte bitene blir forståelig og målbare. Reduksjonisme kaller filosofene denne prosessen. Resultatene er overveldende, enten en måler i Nobelpriser, i nye medikamenter eller i oppklarte sykdommer. Derimot har resultatene målt i vunne leveår for voksne ikke vært så imponerende (se fig. 1).

For å bruke de nye kunnskapene, har det vært nødvendig å spesialisere medisinen, og det har vært en eksplosiv økning av nye profesjoner og spesialiteter. Legene har ca. 35 og sykepleierne ca. 12 spesialiteter her i landet, og i U.S.A. regner en nå med 300 helseprofesjoner. Et annet trekk har også vært nødvendig, nemlig utbyggingen av sykehusene. I de fleste

*NIR - Nytt 3/11 - 1977
(Nordiska Indushiläkarrådet)*

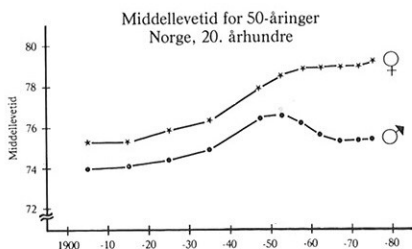


Fig. 1

norske byer er sykehuset påbygd og ombygd utallige ganger. Det er en av byens største arbeidsplasser, og det presser på med krav om nye avdelinger, laboratorier og stillinger. Argumentet er alltid det samme: «Det er liv det gjelder». Og dette argumentet brenner seg gjennom et hvilket som helst budsjettpanser.

Til tross for all denne fremgang og utbygging er det mange som kritiserer helsetjenesten — ikke minst for dens tolkning av oppgavene. La oss se på kritikken, og jeg vil diskutere tre konflikter.

Den første er konflikten i kurativ medisin, og kritikken er gammel, nesten banal. Den formuleres gjerne slik: Legene interesserer seg mer og mer for sykdommer og mindre og mindre for syke mennesker. Filosofene sier at legenes reduksjonistiske arbeidsmåte er i strid med menneskets holistiske natur. En oppgitt pasient sa at min lege vet alt, men det er også alt han vet. Denne kritikken er ofte både urettferdig og lettvindt, men spesialisering krever begrensning og kan smuldre opp ansvar og sansen for det hele mennesket. Ingen fornuftige folk vil tilbake til uspesialisert medisin, men problemet er viktig og krever reformer, ikke minst av det medisinske studium.

Den andre konflikten er mellom kurativ medisin og omsorg — mellom «cure and care». Denne konflikten angår helsetjenestens mål og profesjonens ambisjoner, og den er alvorligere og viktigere enn den første konflikten. Vi har organisert helse-

tjenesten og bygget ut sykehusene som om hovedoppgaven er å helbrede mennesker med akutte sykdommer. Fremdeles er dette selvfølgelig en viktig oppgave, men gjennom mange år har det vokset frem veldig behov for pleie og omsorg av kronisk syke, handikappede og gamle. Nesten halvparten av akutt-sykehusenes ressurser går til gamle, men allikevel tror jeg det er rettferdig å si at sykehusene ikke har godtatt de gamle. De gamle «blokkerer» sengene i akutt-sykehusene, og de tilbringer måneder med å vente på plass i et sykehjem. Legene føler at de ikke kan gjøre noe for dem, for oppgaven er «bare pleie». Fremdeles har vi ikke ett eneste professorat i geriatri i Norge, og sykehjemmene står lavt på legenes status-skala. Politikerne gjør sitt og bygger ut sykehjem og hjemmesykepleie, men legene har ikke tatt opp sin del av denne oppgaven. Legenes bidrag til de gamles helse er først og fremst medikamenter, og mange har bekymret seg over de gamle pasienter som klamrer seg til sine plastposer med medikamenter.

Den tredje konflikten er den alvorligste. Den gjelder helsetjenestens manglende politiske engasjement i det forebyggende arbeid. Kritikerne hevder at helsetjenesten har godtatt en passiv rolle som reparatør og fikser av de problemer som det moderne samfunn har skapt. Helsetjenesten er tilfreds med å ta hånd om ofrene for denne utvikling, heter det, istedenfor å lede kampen mot årsakene.

De fleste er klar over at forebyggende arbeid er viktig og underprioritert. Den kanadiske regjering har analysert problemene grundigere enn de fleste og har vedtatt en ny helsepolitikk (7). Den bygger på det syn at videre fremskritt for folkehelsen krever en omprioritering med langt større vekt på forebyggende arbeid. Ett av argumentene er denne tabellen over årsakene til tapte år under 70 års alder.

*Livsstilen: hovedårsaken til tapte år.
Canada 1971.*

Dødsårsaker	År tapt totalt
Trafikkulykker	213 000
Hjerteinfarkt og angina pectoris	193 000
Alle andre ulykker	179 000
Sykdom i luftveiene, inkl. kreft	140 000
Selv mord	69 000

Den viser at de viktigste årsakene henger sammen med livsstilen — «det er livsstilen som dreper». Waaler har gjort lignende beregninger og funn i Norge (15). Disse problemene kan ikke løses gjennom nye ressurser til utbygging av kurativ medisin, bare gjennom forebyggende arbeid. Land etter land vedtar nå helseplaner med tilsvarende mål (2, 12). Dessverre ser det likevel ut til at disse planer stort sett blir skuebrød. Mens alle taler om forebyggende arbeid, bygger sykehusene uforstyrret videre.

Det forebyggende arbeid må drives på tre plan. På det individuelle plan må legen bruke tid og krefter på å påvirke den enkelte til en sunnere og fornuftigere livsstil. Dette krever opplysning og påvirkning, og begge deler er tidkrevende og ubetalt. Legene har ikke reist denne oppgaven med tilstrekkelig konsekvens og styrke, og derfor er forholdene fremdeles ikke lagt til rette for slikt arbeid. Dette individuelle forebyggende arbeid henger sammen med spørsmål om helsekontroll for friske mennesker, for eksempel for svangre og småbarn, skolebarn, studenter, arbeidstakere, husmødre og gamle. Spørsmålet om helsekontroller henger fremdeles i luften (11), og det ser ut til at folk tror mer og mer og legene mindre og mindre på betydningen av dem. Det haster derfor med å utvikle en samlet nasjonal politikk for helsekontroller, og det er bekymringsfullt at dette område utarter

til en interessekamp mellom forskjellige særomsorger.

På det lokale plan må det forebyggende arbeid rettes mot de viktigste lokale helseproblemer. Dette forutsetter at legene samler den epidemiologiske informasjon som skal til for å forme en «community diagnosis» og deretter planlegger en offensiv mot disse problemer (6). Dette er en viktig side av medisinen som fremdeles er forsømt i vårt land.

På det samfunnsmessige plan må legen kjempe mot forhold som skaper sykdom i hjemmene, på arbeidsplassene, i nærmiljøet og i samfunnet. Dette er politisk arbeid som må kunne ut i bedre planlegging og styring. For legene må det starte med en erkjennelse som er smertefull for de fleste. Vi snakker nemlig fremdeles om forebyggende medisin, til tross for at de fleste helseproblemer må forebygges utenfor medisinen — på skolen, på veiene, i arbeidslivet og i de alminnelige økonomiske forhold. Derfor bør vi gå over til å snakke om forebyggende arbeid, og vi må erkjenne at det kan være god helsepolitikk å bevilge penger til andre sektorer enn til helsetjenesten.

Jeg har nå lagt frem tre konflikter og drøftet dem tilstrekkelig til å belyse ett felles trekk ved dem. Forfatteren Jens Bjørneboe sier at vår tid har ingen problemer, bare dilemmaer, det vil si uløselige problemer. Disse konflikter har det til felles at det ikke fins tekniske eller vitenskapelige løsninger. Tvert imot vil det bli vanskeligere for hvert nytt medisinsk fremskritt. Det er i det hele tatt ikke spørsmål om løsninger, bare om avveining av kryssende hensyn for å finne frem til en rimelig balanse mellom disse hensyn. Dette gjør konfliktene til politiske problemer. Det betyr ikke at de nødvendigvis må løses av politikere, men de krever større åpenhet og videre perspektiver enn eksperter ofte har.

Utdanningspolitikken krever for eksempel at vi finner en balanse mellom vitenskapelig trening og menneskelig forståelse, mellom reduksjonisme og holisme. På samme måte må den enkelte lege finne en balanse mellom kurativ og forebyggende innsats i sitt eget arbeid. En søvnløs pendlerhustru trenger forståelse, trøst og kanskje også piller, men samtidig må pendler-problemet reises lokalt, i organisasjonene og overfor myndighetene. Det vanskelige er at det ikke er spørsmål om enten-eller, bare både-og. Helsetjenestens oppgaver er blitt så mangfoldige og kompliserte at ingen for alvor kan tro at de kan løses bare ved en enkel utbygging av kurativ medisin.

2. Helsetjenestens ressurser

Jeg begrenser meg til to ressurser, og jeg starter med fakta:

— *Penger.* I 1975 sto helsetjenesten for en omsetning på vel 10 milliarder kroner eller ca. 7,3 % av BNP — det vil si noe mer enn alle primærnæringene til sammen (14). Vi har beregnet netto økning i helseutgiftene pr. person, korrigert for inflasjonen, og vi kommer til at de har økt 4,7 ganger på 25 år. Det er omtrent dobbelt så meget som BNP, og økonomene kan beregne når hele nasjonalproduktet går til helsetjenesten, hvis utviklingen får fortsette — hva den selvsagt ikke får.

— *Personell.* Helsetjenesten beskjeftiger nå ca. 80 000 mennesker eller ca. 5,6 % av den totale sysselsetting. Omtrent halvparten av de ansatte tilhører de forskjellige helseprofesjoner. Personellet er tredoblet de siste 30 år, og særlig har det vært en betydelig økning i antall ansatte ved institusjonene. Dessuten har det vært en sterk spesialisering med mange nye profesjoner og spesialiteter og en økning i antall deltidsstillinger. For pasientene er helsetjenesten blitt mer spesialisert og avansert, men også mer oppsplittet.

På dette område ligger politikken klart i dagen. Det første problemet er dette: Er det et optimum for helsetjenesten, eller er det bedre, jo mer helsetjeneste vi har? Det er dette spørsmålet Illich (5) har reist, og hans svar er at helsetjenesten forlenget er blitt skadelig. Nøkterne analyser viser for eksempel at enkelte land har et betydelig og meget skadelig overforbruk av kirurgi (13), og det er ingen utenkelig tanke at helsetjenesten kan gjøre skade ved å ta ansvar og initiativ fra folk. Forfatteren Finn Carling har uttrykt dette slik:

«Det kan ofte virke som om behandling gir pasienten rett til å være syk, rett til å bli stelt med og tatt hånd om — og rett til å bli sykemeldt. Behandling kan med andre ord paradoksalt nok være funksjonshemmende» (1).

Det er vanskelig å vurdere dette resonnetet, og enda vanskeligere å vurdere når helsetjenesten eventuelt har nådd det kritiske punkt — så vanskelig at det er en politisk og ikke en faglig vurdering.

Dette problemet henger sammen med det mest grunnleggende problem i vårt samfunn, nemlig konflikten mellom vekst og vern. Helse- og sosialtjenesten tar til sammen ca. 42 % av alle offentlige utgifter. Det betyr at fortsatt rask vekst av helsetjenesten forutsetter en reell vekst, fordi det ikke lenger er mulig å overføre store summer fra andre områder. Vekst skaper problemer av mange slag, og noen av dem ender som helseproblemer. Spørsmålet er derfor når vi har nådd et punkt hvor det blir god helsepolitikk å la være å kreve så meget mer til helsetjenesten. Ingen vet svaret på dette spørsmålet, og det er knapt noen forskning på dette området. Også dette spørsmålet må vi derfor overlate til politikerne.

Økonomien reiser enda ett problem. Alle de vestlige land har måttet erkjenne at helsetjenestens ressurser er mindre enn oppgaver og muligheter. Det gir legene medansvar for at helsetjenestens ressurser forvaltes fornuftig og rettferdig. På mikroplanet må legene overveie om denne prøven, denne henvisningen, denne innleggelsen og denne sykemeldingen er nødvendig og hensiktsmessig. Oppgaven er både vanskelig og ubehagelig, og noen kaller det lakei-tjeneste for samfunnet. Er dette vår oppgave? Mitt svar er ja. Den krever at vi driver et målbevisst opplysningsarbeid overfor publikum, og det er på tide å begynne dette arbeid. — På makroplanet deltar legene i planlegging og utbygging, og nesten alltid ser de det som sin oppgave å kreve mer til sine institusjoner. Er det god helsepolitikk å stå på disse kravene nå og i all fremtid? Ganske sikkert ikke.

Går vi over til personellressursene, er problemene minst like vanskelige. I flere år har helsetjenesten tatt omkring 25 % av alle nye arbeidstakere, og samfunnsplanleggere og finansdepartementet forteller oss at dette ikke kan fortsette. Selv om det var penger nok, er det ikke folk nok, har vi hørt — og trodd. Jeg har skiftet tro — radikalt, og jeg er kommet til at problemet ikke er at helsetjenesten tar for mange arbeidstakere. Problemet er at den ikke tar mange nok. Flere ting taler for dette:

- Det er en omfattende og delvis skjult arbeidsløshet i vårt samfunn, spesielt blant unge og blant kvinner.
- Helsetjenesten er blitt en attraktiv arbeidsplass. For eksempel var det nylig 294 søkere til 32 ledige stillinger ved det nye helsesentret i Alta.
- Det er mange søkere — 10 eller flere til hver eneste utdanningsplass for helseprofesjonene.

Industrien klarer ikke å tilby nok arbeidsplasser, og da er helsetjenesten en bedre mulighet enn trygd. Men i såfall driver helsetjenesten en gal personalpolitikk. Ledigheten er blant de svake arbeidstakerne, mens helsetjenesten hittil bare har tatt de sterke — eliten. Kanskje bør vi radikalt forandre vårt syn på dette og skaffe rom i en desentralisert helsetjeneste for mange av de svake arbeidstakerne? I Israel har en gode erfaringer med å ta unge piker fra problemfamilier, gi dem et kort kurs og deretter en beskyttet arbeidsplass i helsetjenesten.

Jeg tror det er noe galt med politikken her, og vi har latt oss blinde av kort-siktige og overfladiske resonnementer.

3. Helsetjenestens organisasjon

Det aller enkleste organisasjonsskjema for helsetjenesten har bare tre bokser — en for primærhelsetjenesten, en for sykehus, og en for pleie. I praksis er det naturligvis langt mer komplisert. Ved siden av primærhelsetjenesten er det vokset opp en rekke særomsorger som i prinsippet har forebyggende oppgaver, men grensene mot primærhelsetjenesten er uklare — bevisst uklare sier noen. Bedriftshelsetjenesten er selvfølgelig den største av disse særomsorger. Sykehusene er beskyttet av sin egen lov og har sin egen administrasjon. Pleien er delt i særomsorger og er knyttet delvis til institusjonene, delvis til forskjellige kommunale ordninger og delvis til primærhelsetjenesten. Langs hele grensen mot sosialtjenesten er forholdene uklare, ikke minst i eldreomsorgen.

De forskjellige delene av organisasjonen har forskjellig status, stilling og økonomi. Institusjonene er klart begunstiget, spesielt akutt-sykehusene. Omsorgen for de gamle, de kronisk syke og handikappede står langt svakere, og primærhelsetjenesten står svakest av alle, organisasjonsmessig sett.

Det betyr — synes jeg — at vi har satset mest der oppgaven har vært enklest.

Bare et papir-menneske kan tro at det er mulig — og ønskelig — å skape fullkommen klarhet i et slikt skjema. På mange områder fungerer organisasjonen godt. Skulle jeg peke på én stor svakhet, må det bli mangelen på helhet og en overordnet felles målsetning. Skolen har sin formålsparagraf, og jeg tror helsetjenesten ville vinne på å få sine overordnede mål presisert — av politikerne.

Jeg har valgt ut noen problemer og starter med spørsmålet: Hvilke krefter er det som driver ekspansjonen i systemet? På overflaten skjer all ekspansjon i pasientenes navn. I realiteten er helsetjenesten en jungel av kryssende interesser, en dyne som så mange forsøker å trekke over seg at pasientene kan bli liggende nokså bare.

En av disse interessene er helseprofesjonene, som alle kjemper for å forbedre sin stilling. Det er deres rett, og midlene er mange: lenger utdanning, spesialisering, monopolisering, regulering av arbeidsforhold, lønns- og tariff-forhandlinger. Helsetjenesten er blitt stadig viktigere som arbeidsplass og arbeidsgiver, og mange grupper forsøker å fremme sine interesser — alltid med henvisning til at kampen føres for pasientenes skyld. Bedriftslegene er en av alle disse gruppene, og det er ikke min sak å ta standpunkt til den enkelte gruppes kamp og krav. Jeg vil bare peke på at resultatet av alt dette noen ganger er temmelig problematisk for pasientene. For eksempel fører spesialiseringen og oppsplittingen lett til at pasientene faller mellom stoler og stadig møter nye ansikter.

Det er lett å forutsi at profesjonenes kamp vil skjerpes, fordi utdanningsmaskinen går for fullt, og det må skaffes plass til alle de nye profesjons-medlemmer. I dag er dette lett, men i midten av 1980-årene vil systemet stort sett være fylt opp, og

vi vil oppleve kamp om arbeidsplassene. Dette vil skape problemer, fordi profesjonene vil kjempe for utbygging ut over rammer og planer.

Alle vestlige land ser at dette problemet kommer, og noen av dem har allerede arbeidsløshet i helseprofesjonene, for eksempel Danmark. Ett spørsmål vil derfor bli stadig klarere: Bygger vi ut helsetjenesten for profesjonene eller for pasientene? Jeg vil nevne bare ett eksempel. I de siste få år har vi økt antall legestillinger ved sykehusene så raskt at distriktene i Nord-Norge er tappet tomme for leger. Det er mange årsaker til at det er gått slik, og ingen kan lastes for det. Men pasientene har ikke vært tjent med dette utbyggingstempo.

En annen mektig interesse i spillet om helsetjenesten er den lokale økonomi. Finansieringsordningene for helseinstitusjonene er så gunstige at kommuner og fylkeskommuner har hatt store fordeler av utbyggingen — jo raskere og større, desto bedre. Utbyggingen gir nye og sikre arbeidsplasser, betydelige økonomiske ringvirkninger og skatteinntekter. Det allerede klassiske eksempel er sykehjemmene, som har fått så gode økonomiske vilkår at de fleste kommuner nå har fått seg sykehjem. Samtidig er aldershjemmene gått i stå. Heller ikke dette tjener pasientenes sak, iallfall ikke i det lange løp.

Hittil har jeg snakket om det samlede omfang av utbyggingen — volumet. Den veldige veksten i helsetjenesten i siste generasjon med 3-dobling av personell og 5-dobling av driftsutgifter gjør det riktig å legge vekt på dette perspektivet. En annen viktig side av utbyggingen er spesialiseringen og oppsplittingen. Vi er vant til å høre at fragmenteringen er størst ved institusjonene, og den er stor. For eksempel har jeg sett at et ektepar ble adskilt på et kombinert alders- og sykehjem, fordi han er alderspensjonær og hun

er sykehjemspasient, og de bor i hver sin bygning. Hva Gud har sammenføyd, kan institusjonene åpenbart adskille.

Allikevel synes jeg at fragmenteringen er mer bekymringsfull i primærhelsetjenesten. Jeg tror primærhelsetjenesten er det viktigste og det mest sårbare ledd i helse-tjenesten. Den skal gi folk trygghet og kontinuitet, et fast støttepunkt i en stadig vanskeligere tilværelse (3). Det er lettere å organisere institusjonene enn primærhelsetjenesten, og det er karakteristisk at vi ikke har noen lov om denne tjenesten, slik vi har det for institusjonene. Det er også bekymringsfullt at vi har skilt helse-tjenesten i to deler i fylkene, med en sykehussjef og en fylkeslege. Forsåvidt er det forbausende at vi ikke har to helse-direktorat, ett ledet av en sykehusdirektør og ett av en rikslege.

Primærhelsetjenesten er mangfoldig og komplisert, og problemene er forskjellige i byene og på landet. Den har hele tiden vært taperen i forhold til institusjonene — den måles i millioner, mens institusjonene måles i milliarder. Dette problemet fins i alle land, og en helseadministrator i Israel avsluttet sitt innlegg med et sukk: «Can we even win the battle for the beauty of general practice?» (4).

Et viktig trekk i bildet er tendensen til å skjære av biter fra primærhelsetjenesten og lage særomsorger av dem. En type av eksempler er kontrollstasjoner for mor og barn, skolehelsetjenesten, bedriftshelsetjenesten og de store helsekontrollene. En annen type er poliklinikkene, legevaktene og spesialistpraksisene. Jeg synes denne utviklingen er bekymringsfull, og den drives fremover av sterke økonomiske, profesjons- og institusjonsinteresser. Jeg tror at mest mulig av dette arbeid bør føres tilbake til primærhelsetjenesten, fordi det vil gi både kontinuitet og et riktig sosialt perspektiv. Skolen og arbeidsplassen er selvsagt viktig, men full

arbeidstid fyller tross alt bare 1/4 av ukens timer — 3/4 tilhører hjem og nærmiljø.

Debatten om primærhelsetjenesten er vanskelig, og jeg har tatt den med her — ikke bare for å argumentere for mine egne synspunkter, men for å understreke to ting. For det første er dette en bred politisk debatt om menneskers behov og ikke en avgrenset faglig debatt. For det annet er det en typisk politisk debatt hvor en må veie mange og berettigede interesser, og målet er fornuftige kompromisser. Derfor er det grunn til å etterlyse en stortingsdebatt om primærhelsetjenesten og dens naboområder.

Jeg går nå over til et nytt spørsmål innenfor kapitlet om organisasjon. Enhver stor organisasjon — som helsetjenesten — er avhengig av en stadig fornyelsesprosess. Det er minst to elementer i denne prosessen, innovasjon og reform.

Innovasjon bygger på ny kunnskap, nye metoder, nytt utstyr og nye profesjoner. Det foreligger studier av innovasjonsprosessen i medisinen, og de viser at innovasjonen vinner raskere frem hvis den tjener den bestående organisasjon og dens medlemmer. For eksempel er det lettere å kjempe frem en innovasjon som krever større utgifter enn en som krever mindre.

Reformer er mer omfattende enn innovasjoner, og de bryter med iallfall noens interesser, hvis da ikke systemet ekspanderer så raskt at ekspansjonen fanger opp de problemer som reformene alltid fører med seg. Derfor er reformer alltid smertefulle, så smertefulle at ingen stor organisasjon makter å reformere seg selv. Reformene må alltid komme utenfra og ofte med betydelig trykk. To eksempler viser dette:

— Mao's viktige reform av Kina's helse-tjeneste krevde en hel kulturrevolusjon i ryggen (10).

— Den britiske reform av helsetjenesten i 1948 hadde aldri lyktes hvis den ikke hadde verdenskrigens løfter om et bedre og rettferdigere samfunn i ryggen (9,16).

Dette viser kanskje klarere enn noe annet medisinsens politiske natur, og det tvinger en til å spekulere over hvorledes en kan styre helsetjenesten på en slik måte at reformprosessen kan gå sin gang.

Jeg har selvfølgelig ikke løsningen på dette. Men jeg vil nevne at desentralisering — som jeg i prinsippet er tilhenger av — dessverre gjør det enda vanskeligere å aktivisere reformprosessen. Denne prosessen sikter jo mot å styrke de svake leddene — primærhelsetjenesten, forebyggende arbeid, pleie og omsorg, og det er selvfølgelig de sterkeste leddene — institusjonene — som dominerer styringsorganene. Denne tendensen er som regel enda mer uttalt i lokale styringsorganer, hvor interessekampen er enda hardere. Skal en drive utviklingen i riktig retning, må Stortinget gi retning og rammer, og en må organisere rådgivende grupper som ikke er låst av eksisterende interesser. Dette er lettere sagt enn gjort, men ett middel kan være et aktivt og dynamisk råd for hele helsetjenesten. Et annet middel er selvfølgelig at en ikke river biter løs av systemet og prioriterer dem for seg.

Dette er det jeg har fått med om helsetjenestens organisasjon, og jeg tror det skulle være nok til å belyse at god helsetjeneste først og fremst er et spørsmål om god politikk. Gode politikere er antakelig enda viktigere enn gode fagfolk.

4. Helsetjenestens etikk

I det siste kapitlet tar jeg opp noen etiske spørsmål, og jeg vil vise at også disse spørsmål har sammenheng med politikk.

Legegjerningen har alltid hatt en etisk side. Typiske eksempler er taushetsplikten og abortsaken. I generasjoner har leger sett det både som sin rett og sitt ansvar å forme de etiske retningslinjer for standen. Derfor har vi en egen medisinsk etikk med egne lærebøker, tidsskrifter og lærere. Lægeforeningen har også sitt etiske råd som våker over medlemmenes etiske standard. I de aller fleste tilfelle har dette etiske arbeid og engasjement tjent pasientenes interesser.

I vår tid er etikken blitt mer komplisert, og jeg vil nevne noen eksempler:

- Det moderne samfunn — ikke minst på grunn av databehandlingen — uthuler taushetsplikten så alvorlig at dette nå er blitt et problem for Stortinget.
- Abortsaken er flyttet fra en beskyttet plass i lærebøker om etikk til en kamp-plass i partiprogrammene.
- Dødspleien er blitt vanskelig på grunn av de medisinske fremskritt, og «retten til å dø» opptar også politiske organer som for eksempel Europarådet. Offisielle døds-kriterier er vedtatt av myndighetene i mange land.
- Avansert medisin og spesielt intensivbehandling krever så store ressurser at ikke alle kan få samme tilbud. Hvordan velger en dem som skal få tilbudet?

Alle disse eksemplene angår det jeg vil kalle de gamle etiske problemer, det vil si problemer som er knyttet til enkeltmenneskers skjebne. Problemene rommer to elementer. Det ene er et medisinsk-faglig element, og det andre er et alment verdiproblem som ofte angår rettferdighet, livskvalitet eller andre etiske spørsmål. Det siste elementet blir stadig viktigere, og det reiser ofte intense følelser. Legene kan håndtere det første elementet, men de er ikke spesielt kvalifisert til å håndtere

det siste. De må være klar over det og legge verdiproblemene frem til åpen debatt.

I tillegg til disse etiske problemer har vi fått en ny sort som angår grupper av mennesker og prioritering i samfunnet.

Her er noen eksempler:

- I enhver praksis, institusjon og helse-tjeneste er ressursene mindre enn opp-gavene. Bygger en for eksempel en for stor intensivavdeling ved et sykehus, trekker den ressurser fra pasienter med kroniske sykdommer. Planlegging og prioritering får dermed livsviktige konsekvenser og krever etiske vurderinger.
- Legene må stort sett handle i overens-stemmelse med folks etiske holdninger. Abortsaken viser det. Men det er utal-lige konflikter. Skal en for eksempel bare passivt fylle ut skjema for uføre-trygd eller skal en reise kamp for større forståelse og rettferd for de del-vis arbeidsføre?
- I bedriftshelsetjenesten står en ofte overfor prioritering mellom bedriftens stabilitet og økonomi og arbeidstakernes helse og trivsel.

Alle disse eksemplene viser at legens virk-somhet ikke er verdinøytral, selv om den ligger på et aldri så høyt faglig nivå. Konsekvensen er dels at vi må legge mer arbeid i å informere om disse valg, og dels at vi må godta et samarbeid med politikere og myndigheter. I noen land har kravet om samarbeid gått så langt at legen oppfattes bare som helsetekniker i samfunnet. Jeg tror ikke samfunnet er tjent med det, for en uavhengig og enga-sjert legestand er et aktivum for sam-funnet. Derfor ender jeg her som i alle de andre dilemmaene med et krav om balanse mellom motstridende hensyn.

Avslutning

Jeg er nå ferdig med mine eksempler fra disse fire områder av medisinen. Mange er sikkert skuffet over utvalget. Blant annet har jeg ikke opptrådt som helse-tjenestens advokat overfor samfunnet og vist hva samfunnet får igjen fra helse-tjenesten i form av liv, lykke, trivsel og arbeidskraft. Jeg har avstått fra dette, fordi så mange andre prosederer den saken etter oppskriften: «Husk at det gjelder liv». Dessuten synes jeg det er vanskelig å veie hva helsetjenesten har betydd i forhold til den alminnelige bedring av levekårene (8). Endelig er dette en for-samling av leger og ikke av politikere.

Til sammen viser materialet at medisin og politikk er filtret inn i hverandre, mer enn de fleste er klar over — og kanskje liker. Det er ikke forbausende at det er slik, for helsetjenesten er blitt en kjempe-sektor i samfunnet, så stor at størrelsen alene tvinger politikere til å interessere seg for den. Helsetjenesten er blitt for viktig til at den kan overlates til legene og de andre helseprofesjonene.

Bør vi sørge over det? Jeg gjør det ikke. All erfaring viser — synes jeg — at samfunnet trenger eksperter, men må ikke la seg styre av dem. Ekspertene er nyttige til sitt bruk, men de må styres, hvis en skal unngå at ekspertenes sektorer opp-sluker samfunnet. Derfor blir konklusjonen «Politics *should* rule medicine».

Men hvordan kan en oppnå at det blir en sunn politikk som styrer medisinen? Meget avhenger av helsetjenesten selv. Den må legge frem alternativer, slik at politikere kan treffe fornuftige valg. Dette krever en omfattende forskning som vi i dag knapt har startet. Men jeg understreker at forskningen aldri bør styre helsetjenesten. Forskere er ikke bedre egnet enn andre eksperter til det.

Det tradisjonelle samarbeids-teamet mel-lom helsetjenesten og politikken har vært

overlegen og ordføreren som samarbeider om en størst mulig utbygging av det lokale sykehus. Erfaringen viser at dette er en uslåelig mafia, og derfor har vi i dag lokalsykehus for 6 millioner nordmenn og er på vei mot et regionsykehus i hvert fylke.

Tiden er inne til å ta et skritt videre nå, et skritt i retning av en harmonisk og rettferdig helsetjeneste, mot det jeg vil kalle en politisk riktig helsetjeneste.

REFERANSER

1. Carling, F.: Skapt i vårt bilde. Skisser om behandling og samfunn. Gyldendal, Oslo 1975, 176 s.
2. Department of Health and Social Security: Priorities for health and personal social services in England. A consultative document. HMSO, London 1976, 83 s.
3. Hjort, P. F.: Primærhelsetjenesten, vårt ansvar? Utposten 5, nr. 8 (s. 3—7), 1976.
4. Hjort, P. F.: Rapport fra en studiereise til Israel vinteren 1976—77. NAVF, Oslo 1977, 45 s.
5. Illich, I.: Medical nemesis. Calder & Boyars, London 1975, 183 s.
6. Kark, S. L.: Epidemiology and community medicine. Appleton-Century-Crofts, New York 1974, 470 s.
7. Lalonde, M.: A new perspective on the health of Canadians. Government of Canada, Ottawa 1974, 76 s.
8. McKeown, T.: The role of medicine: dream, mirage or nemesis? The Nuffield Provincial Hospitals Trust, London 1976, 180 s.
9. Owen, D.: In sickness and in health. The politics of medicine. Quartet Books, London 1976, 178 s.
10. Sidel, V. W. & Sidel, R.: Serve the people. Observations on medicine in the People's Republic of China. Josiah Macy, Jr. Foundation, New York 1973, 317 s.
11. Sosialstyrelsen: Hälsoundersökningar och annan förebyggande hälsovård — utvecklingstendenser. Redogörelse. Stockholm 1977, 123 s. (3 bilag).
12. U. S. Department of Health, Education, and Welfare: Forward Plan for Health. Washington 1976, 137 s.
13. Vayda, E.: A comparison of surgical rates in Canada and in England and Wales. New Engl.J.Med. 289, 1224—1229, 1973.
14. Waaler, H. Th., Hjort, P. F. og Grund, J.: Helseøkonomi: venn eller fiende for helsetjenesten? T. norske Lægeforen. 1977, i trykk.
15. Waaler, H. Th., Hjort, P. F. og Grund, J.: Om årsaker til tapte år (manuskript under arbeid).
16. Willcocks, A. J.: The creation of the National Health Service. Routledge & Kegan Paul, London 1967, 118 s.