

TANKER OM MEDISINEN I FREMTIDENS SAMFUNN

Av PETER F. HJORT

T. norske Lægeforen. 1968, 88, 1311-1312.

Den 2. september 1967 holdt jeg en tale om «Medisinen i fremtidens samfunn» ved årsfesten for Universitetet i Oslo. Etter nesten 8 måneder har helsedirektør Karl Evang kommentert mine synspunkter i tre kronikker i *Aftenposten* og nå i «Tidsskriftet». Når jeg svarer straks, kan jeg ikke nekte meg å begynne med et lite vers av Kumbel:

Tvende slags mennesker
dræber hver chance
for en berigende
korrespondance:
den af princip
ikke svarende slags —
og den som uvægerlig
svarer En strax.

Det er gledelig for meg at Evang deler så vidt mange av de synspunkter jeg la frem. Her vil jeg derfor nøye meg med en kort diskusjon av fire punkter, og jeg håper å vise at det er tilstrekkelig enighet til at det skulle være grunnlag for å realisere noe av det jeg foreslo.

1. Forskningen

Evang er enig i «behovet for å utforske helsetjenesten selv, herunder dens effektivitet». Dette er nødvendig på grunn av de enorme utgifter som går med til helsetjenesten og fordi utviklingen går så fort at arbeidsmetodene raskt blir foreldet. Evang beklager at Helsedirektoratet ikke selv har maktet å kjempe frem en slik forskning; denne Helsedirektoratets gamle kjeppest har alltid måttet innta sin resignerte plass i skammekroken. Dette viser — så vidt jeg kan se — at mitt syn på dette punkt får kraftig støtte: vi trenger en slik forskning, og vi mangler den helt og holdent.

For å stimulere en slik «anvendt» forskning på dette og andre områder, foreslo jeg at vi burde få et *medisinsk forskningsråd* som — i likhet med det engelske — skulle ta initiativ til og stimulere forskningen på viktige områder hvor vi i dag står svakt. Evang er ikke enig i dette syn, fordi vi allerede har en underavdeling (gruppe E) innenfor Norges Almenvitenskapelige Forskningsråd «som arbeider med den medisinske forskning og som har mulighet for å ta hensyn av den art Hjort er inne på». Det viktige i denne sak er ikke hva rådet heter eller dets organisasjonsmessige plass. Det viktige er den funksjon rådet utøver — eller ikke utøver. Jeg er klar over at NAVF har mulighet for å ta de hensyn jeg etterlyser, men etter mitt skjønn har det i for liten utstrekning tatt disse hensyn. Et uttrykk for dette er jo for eksempel at vi mangler hele den forskning som skulle evaluere helsetjenesten. For meg er det ingen hovedsak at det opp-

rettes et nytt råd. Det ville være fullt tilfredsstillende å bygge den funksjon som mangler inn i det nåværende forskningsråd. Et råd som skal makte en slik funksjon, må imidlertid utbygges langt sterkere enn det vi har i dag, og jeg tror at det engelske *Medical Research Council* kan tjene som et forbilde for en slik utbygging.

Evang understreker at Norge er en liten nasjon som ikke makter å drive forskning på alle felter. Dette er jeg selvsagt enig i, og desto viktigere er det at forskningen er vel planlagt og ledet. Her er det imidlertid viktig for meg atter en gang å understreke at det *ikke* er min mening at den samlede medisinske forskning skal dirigeres. Tvert imot, jeg mener at vi fortsatt må ha en fri og uavhengig akademisk forskning, omtrent som nå. Men i tillegg trenger vi en «anvendt» forskning på områder hvor vi må ha praktiske svar, for eksempel helse-tjenestens effektivitet, trafikkulykker, helseproblemer for sjømenn og fiskere, osv. Denne forskning må til en viss grad dirigeres — ikke ved tvang — men ved å stimulere gjennom bevilgninger. Dette betyr at en av forskningsrådets viktigste oppgaver blir å overbevise myndighetene om at denne forskning er så nødvendig at de også bevilger penger til den. Denne forskning bør nemlig komme *i tillegg til* den forskning som drives i dag. Det burde være mulig å overbevise myndighetene om at for eksempel 1/2 % (= ca. 35 millioner kroner) av de samlede sosiale utgifter burde brukes til slik forskning.

2. Undervisningen

På ett punkt råder full enighet mellom oss: undervisningen krever langt større innsats, og den trenger stadig revisjoner. I vårt nåværende system er det karakteristisk at universitetene ikke gjør noe forsøk på å vurdere om utdannelsen passer til de oppgaver samfunnet legger på sine leger. Sagt med et moderne uttrykk, kan man si at universitetene ikke får den nødvendige «feedback» fra helsetjenesten.

Etter mitt skjønn er det behov for en radikal omlegning av hele den medisinske utdanning, og mange argumenter taler for den konklusjon som også den engelske *Royal Commission on Medical Education* nylig er kommet til: en kortere grunnutdanning fulgt av obligatorisk spesialistutdanning for alle leger.

Dette er ikke stedet for en diskusjon av et så omfattende og vanskelig problem. Jeg nevner det bare for å få anledning til å si at dette er et eksempel på et problem som hører hjemme under det medisinske fellestråd som diskuteres senere.

3. Helsetjenesten

Evang klager med rette over svelget mellom det som det teoretisk er mulig å gjøre for mange pasienter

og det som faktisk blir gjort. Årsaken er at det ikke har vært mulig å bygge ut helsetjenesten i takt med forskningens landevinninger. Dette svelg — som stadig øker — var et hovedpoeng i min tale og det viktigste argument for at vi trenger et spesielt organ for prioriteringen av de store oppgaver innen helsetjenesten i videste forstand (se senere).

Kan dette svelget fylles? Jeg tror svaret er nei, og det er flere grunner til det. For det første er det ikke bare spørsmål om penger, men i like høy grad om kvalifisert personale, som alltid vil være en mangelvare. For det annet er det ikke sikkert at pasientene i alle tilfelle er tjent med at svelget blir fylt helt ut. Det er ikke sikkert at alle pasienter med nyresvikt er tjent med en ny nyre, eller at alle pasienter med hjertesvikt bør få nytt hjerte, eller at alle døende bør få intravenøst drypp og legges i respirator. Jeg er klar over at dette er både ømtålelige og ekstreme eksempler, men jeg tror det i stigende grad blir nødvendig å vurdere de medisinske fremskritt, ikke for å oppkaste seg til herre over liv og død, men for å oppfylle kravet om at de sykes vel er den høyeste lov. For det tredje må helsevesenet finne seg i å bli stilt på linje med andre samfunnsoppgaver i kampen om pengene. For eksempel kan det tenkes at en alminnelig familie vil prioritere barnas utdanning foran enkelte sosiale ytelser.

Har helsetjenesten fått sin del av velstandsutviklingen? Jeg mener — som E v a n g — nei, men i rettferdighetens navn må det innrømmes at de sosiale utgifter økte fra 7,2 % av nasjonalinntekten i 1948 til 14,8 % i 1965. Denne utvikling bør ikke stagnere, men jeg tror ikke det er realistisk å gå inn for at samfunnet skal fylle svelget helt ut. Det betyr at vi må leve med dette svelget, og oppgaven blir å utnytte de begrensede midler så godt som overhodet mulig. Det betyr prioritering.

4. Prioriteringen

E v a n g gir en klar oversikt over arbeidsordningen i helsetjenesten. Han konkluderer med at den er godt organisert og at det ikke er behov for noen forandring. Spesielt er mitt forslag om et medisinsk fellesråd urealistisk fordi tiden for lengst har løpt fra en slik ordning.

Før jeg diskuterer disse konklusjonene, må jeg presisere ett punkt hvor jeg tidligere ikke har uttrykt meg klart nok. Da jeg argumenterte for et medisinsk fellesråd, brukte jeg uttrykket «alle sider ved helsetjenesten» og tenkte på triaden helsetjenesten, undervisningen og forskningen, ikke bare på helsetjenesten i snevrere forstand.

Er det så behov for noen forandring? Det fremgår av det som er sagt, at det er viktige uløste problemer både i den medisinske *forskning* (mangelen på «anvendt» forskning), i den medisinske *undervisning* (manglende helhetssyn på den samlede medisinske undervisning) og i *helsetjenesten* (det økende svelg mellom muligheter og realiteter). Disse uløste problemer er sterke argumenter for at det er behov for noe nytt i planleggingen og prioriteringen.

Det neste spørsmål er om et medisinsk fellesråd kan

representere dette nye? Jeg vil først nevne noen av de problemer et slikt råd kunne ta opp:

1. Utdannelsesproblemene er nevnt, og jeg tror de store linjer burde trekkes opp av et slikt råd.

2. Forskningsproblemene er i det vesentligste en oppgave for forskningsrådet, men det må være intimt samarbeid mellom dette råd og fellesrådet.

3. Prioriteringsproblemene innen helsetjenesten er vanskelige, og hovedspørsmålet er kanskje om vi bør yte stadig mer til de mange med kortvarig sykdom eller om vi nå bør gjøre en større innsats for de få med alvorlig eller langvarig sykdom eller handicap.

4. Den praktiserende lege er ved å forsvinne. Hva kommer dette av, og hva kan vi gjøre med det? Dette problemet må utredes ved forskning, og det har åpenbart betydning både for undervisningen og helsetjenesten.

5. Om kort tid har vi fire universitetsklinikker i landet. Hvordan bør samarbeidet organiseres mellom dem? Skal vi ha fire likeverdige landsdelsklinikker, eller trenger vi fremdeles et Rikshospital? På mange områder av medisinen er det hverken personale, penger eller pasienter nok til å bygge ut fire likeverdige sentre. Hvordan skal oppgavene da fordeles?

Disse og mange andre spørsmål er av en slik art at de ikke kan utredes og vurderes av en enkelt instans. Jeg tror derfor det er nødvendig å skape et instrument for samarbeid mellom alle institusjoner som har erfaring og innsikt i de forskjellige sider av disse problemer. Jeg er enig med E v a n g i at et medisinsk fellesråd ikke egner seg for vurderingen av mer teknisk pregede helseproblemer som fluor i drikkevannet, attføring, narkomani etc. Mitt poeng er imidlertid at det medisinske fellesråd skulle prøve å se sammenhengen i helsetjenesten, undervisningen og forskningen. Jeg er enig i at vi ikke trenger en gruppe av toppspesialister; det vi trenger er tvært imot en «generalist-komité» som interesserer seg for de store linjer innen helsesektoren.

Jeg overveide å kalle et slikt samarbeidsorgan for en medisinsk generalstab, et medisinsk parlament eller en medisinsk sentralkomité ved å låne ord som har innarbeidet seg på andre områder, men ble stående ved den nøytrale betegnelse, et medisinsk fellesråd.

Det er lett å se at dette råd ville få mange vanskeligheter å kjempe med, men jeg tror ikke man i lengden kommer utenom å skape et organ for aktivt samarbeid. Med vilje har jeg ikke her fremsatt konkrete forslag om mandat, medlemmer etc., fordi disse problemer bør diskuteres fritt mellom institusjonene, hvis de blir enige om behovet for samarbeid.

E v a n g avslutter sin artikkel med å si at én av forutsetningene for fremgang er en større villighet fra politikerne til å ta hensyn til fagfolkernes syn. Det er min tro at et medisinsk fellesråd i enkelte saker kanskje ville ha større tyngde overfor politikerne enn de enkelte institusjoner hver for seg. Kanskje er dette til syvende og sist det viktigste argument for å oppnevne et medisinsk fellesråd.

Forfatterens adresse: Rikshospitalet, Oslo 1.