

Tanker om medisinen i fremtidens samfunn

PETER F. HJORT

Den engelske forfatter og fysiker C. P. SNOW har skrevet en bok om de to kulturer; den teknisk-naturvitenskapelige og den humanistiske. Med rette bekymrer han seg over at representantene for disse to kulturer — teknotene og kultistene, som KUMBEL kaller dem — holder på å skille lag og ikke lenger taler samme språk. Dette er ille nok, men både SNOW og KUMBEL har oversett at en tredje kultur har vokset frem og snart overskygger begge de andre. Den har med økonomi, samfunn, databehandling og planlegging å gjøre, og det er mulig at KUMBEL ville kalle disse morgendagens menn for planeter.

Medisinen — som i mine øyne er et av menneskenes stolteste byggverk — spenner over alle disse tre kulturer. Denne talen handler om medisinen i fremtidens samfunn, og i den første delen vil jeg gjøre rede for stillingen på disse tre områder av medisinen — det teknisk-naturvitenskapelige, det etisk-menneskelige og det sociale — og jeg vil gjøre det klart at vi på mange måter allerede befinner oss i fremtidens samfunn. I den annen del av talen vil jeg vise at vi enda ikke har tatt de fulle konsekvenser av dette i forskningen, undervisningen og helsetjenesten.

Naturvitenskapens utvikling har ledet til eventyrlige fremskritt på det *teknisk-naturvitenskapelige område* av medisinen. I vår levetid er det skjedd større fremskritt enn i hele menneskehetens tidligere historie. Først og fremst har vi fått en helt ny innsikt i sykdommenes årsaker og mekanismer. Takket være biokjemisk forskning går den på enkelte områder endog så langt at vi kan skrive våre diagnoser som kjemiske formler. Denne nye innsikt, kombinert med moderne undersøkelsesmetoder, har ført til at medisinen nå arbeider på et helt annet nivå enn tidligere. Behandlingsmulighetene er utviklet i takt med dette, og vi rår i dag over et arsenal av virksomme medikamenter, mens man for 50 år siden kunne kastet minst 80 % av alle medikamenter på sjøen uten at noen ville tatt skade av det, bortsett fra fiskene.

De praktiske resultater av denne forskning har vært like fantastiske. I vårt århundrede er levealderen i Norge øket til over 70 år og er nå den lengste i verden. Gjennomsnittsalderen for dem som dør er steget fra 42 til 69 år, og spebarnsdødeligheten er sunket fra 9 til 1,7 %. I et nøtteskall kan alt dette sammenfattes slik: i begynnelsen av århundret var det unge mennesker som døde, og de døde av tuber-

kulose og andre infeksjoner; i dag er det gamle mennesker som dør, og de dør av hjerte- og karsykdommer og kreft.

Vi har vennet oss til å ta denne fremgang for gitt, og bare få har villet se de tegn som viser at vi på dette område av medisinen nå er gått inn i en ny fase, inn i fremtidens samfunn. Fra omkring 1950 er dødeligheten for menn begynt å stige, og vi befinner oss nå i en langvarig stillingskrig mot tre hovedfiender: hjerte- og karsykdommene, kreft, og ulykker. Klarer vi å løse et eller flere av disse problemer, er vi fremme ved selve hovedproblemet: hvor gammelt kan — og bør — et menneske egentlig bli?

Dette bringer meg over til det *etisk-menneskelige område* av medisinen. Vi er stolte over å føre vår medisinske etikk tilbake til HIPPOKRATES, nesten 2400 år. Hvis disse 2400 år representerer 72 generasjoner av leger, har 69 eller 70 av dem utført sitt arbeid i naturvitenskapelig mørke eller iallfall tusmørke, og allikevel har de grunnfestet den tradisjon medisinen fremdeles bygger på. Det er riktig å understreke at pasientens tillit til legen ble bygget opp uten naturvitenskapens hjelp. Den moderne medisin har skapt et helt nytt grunnlag for tillit, men paradoksalt nok er denne tillit allikevel i større fare i dag enn noen gang tidligere. Over alt minnes man med lengsel »den gamle huslege» som nå snart er forsvunnet, og i Amerika er det en epidemi av prosesser mot leger. Også på det etisk-menneskelige område av medisinen er vi derfor gått inn i fremtidens samfunn.

Hva er så kjernepunktet i medisinsk etikk? Det er helt enkelt dette at legen møter hver enkelt pasient med kyndighet, interesse og medfølelse. For de gamle greske leger var denne holdning en naturlig del av kontrakten med guden Æskulap. For de senere generasjoner har legenes yrkesstolthet ført tradisjonen videre, og kanskje er det også slik at nestekjærlighet tross alt er en naturlig del av alminnelige menneskers karakter.

I vår tid er alt dette blitt meget mer komplisert. Stadig fler leger arbeider på sykehus, i laboratorier og i administrasjon, og for dem blir pasienten lett et upersonlig begrep. Pasientene klager da også over at de føler seg som nummer. Et annet forhold er legenes ensidig naturvitenskapelige skolering og forskningens økende innflytelse og prestisje. Dette har konsentrert mange legers interesse om intellektuelt fascinerende problemer, til tross for at det er et faktum at alminnelige mennesker med alminnelige

Tale ved Universitetets årsfest 2.IX.1967.
Address: Rikshospitalet, Oslo.

sykdommer er mest alminnelig, både i praksis og på sykehus. Mange pasienter blir derfor ikke møtt med den brennende interesse og dype medfølelse som sykdommen etter deres skjønn skulle berettige dem til. Ville man regne ut den samlede sum av lidelse forårsaket av de enkelte sykdommer, ville f.eks. hemorroider komme høyt opp på listen. Men hemorroider ligger dessverre bakerst, også på sykdommenes statusskala. Kanskje kunne jeg sette farge på dette eksempelet ved å nevne at melodien til »God save the King» ble komponert i den gledesrus som bredte seg over det franske hoff da Ludvig den 14. fikk operert sin endetarm, og operatøren fikk et grevskap for sin innsats.

De gamle legers etiske problemer var oversiktlige: de kunne av og til helbrede, stundom lindre, men alltid trøste. Medisinens fremskritt har gjort våre etiske problemer mer innviklet, og vi leter ofte forgyves etter råd både i den hippokratiske lege-ed, i Bibelen og i Norges lover. Før var det f.eks. legens klare plikt å kjempe for livet så lenge det fantes gnist. I dag skjer halvparten av alle dødsfall på sykehus, og det er noen ganger teknisk mulig å forlenge et liv som synes håpløst, byrdefullt og pinefullt, men er dette alltid riktig? Før fikk døden sin tid, men i dag hender det at transplantasjonskirurgen ber om den døendes organer før livet har ebbet helt ut, og slike organer har ført livet videre hos andre pasienter, men er dette egentlig riktig? Før var det utenkelig å studere virkningen av medikamenter på mennesker, men idag kommer det stadig nye medikamenter som ikke kan prøves fullt ut på dyr. Hvis fremskrittet skal fortsette, må de prøves på pasienter, men er dette riktig, og hvilke regler bør det isåfall være for slike undersøkelser? Før var de forebyggende medisinske tiltak beskjedne og oversiktlige, men i dag tumler vi med prosjekter som griper inn i alle menneskers liv. Tenk bare på fluorproblemet: skal vi eller skal vi ikke sette fluor til drikkevannet?

Dette er bare noen av de etiske problemer i den moderne medisin. Mange av dem kan ikke løses prinsipielt; legen må overveie hvert enkelt tilfelle og søke løsningen i sin egen samvittighet — ofte i ensomhet. Hvilken sikkerhet har så pasienten for at løsningen blir riktig? Svaret er at han har hverken mer eller mindre sikkerhet enn den han alltid har hatt, nemlig tillit. På dette område har fremtidens samfunn ingen patentløsning å by, og jeg håper at menneskene er kloke nok til å forstå det, og at legene vil vise seg tilliten verdig.

På det tredje område av medisinen, det *sosiale og økonomiske*, er det skjedd svære forandringer. Fra 1956 er alle nordmenn syketrygdet, og samfunnet

påtok seg ansvaret for alles helse. Dermed gikk vi også på dette område inn i fremtidens samfunn.

I vårt århundre er befolkningens forbruk av helse-tjeneste mangedoblet, og hver nordman søker nå lege gjennomsnittlig to ganger i året. Vi har fått tre ganger så mange leger, relativt sett, og vi ligger nå på annenplass i Norden, men likevel er det legemangel. Også sykehusvesenet er bygget ut, og i 1965 var det 456.000 innleggelses — svarende til en for hver 8.nordmann. De vanlige sykehus har imidlertid vært prioritert foran de psykiatriske sykehus og foran gamle- og pleiehjem, og det er derfor nå nødvendig med et krafttak for de sinnslidende og for de gamle.

Det fins pålitelige oppgaver over hva helsetjenesten koster. I 1964 brukte vi 5.219 mill. kroner, eller 14,7 % av nasjonalinntekten, i den sosiale sektor. Grovt sett, kan denne summen deles i to like deler: de medisinske utgifter og de sosiale utgifter i snevrere forstand. Det betyr at helsetjenesten slukte omtrent 2.500 mill. kroner, foruten vel 300 mill. av private midler. Denne sum er temmelig lik den samlede inntekt av skipsfarten i samme år.

Selv etter korreksjon for prisstigningen, er de sosiale utgifter tredoblet siden 1948. I denne perioden har vi brukt en stadig større del av nasjonalinntekten til slike formål, og velstandsøkningen har derfor ledet til at vi bruker flere penger — både absolutt og relativt — i denne sektor, men spørsmålet er allikevel om vi bruker nok og om vi bruker dem riktig?

Etter mitt skjønn er svaret nei, og avstanden mellom forskningsfronten og den medisinske praksis øker stadig. Før var det mangel på kunnskap som satte grense for legens innsats; på mange områder er det nå mangel på personell og penger som setter denne grense. F.eks. har vi idag kunnskap nok til å skaffe mange pasienter med nyresvikt et brukbart liv, enten ved hjelp av en kunstig nyre eller ved transplantasjon av en frisk nyre, men hittil har vi ikke kunnet avse personell og penger til helhjertet å gå inn for denne oppgaven. Et annet eksempel er spesialisering og sentralisering. For mange sykdommer kan man oppnå vesentlig bedre resultater ved å sentralisere diagnose og behandling. Dette prinsipp er delvis gjennomført for noen sykdommer, f.eks. kreft, leddgikt og medfødt hjertefeil. Full utnyttelse av forskningens landevinninger vil imidlertid kreve sentralisering av flere pasientgrupper og videre spesialisering av de største sykehusene, først og fremst Rikshospitalet, slik at pasienter med vanskelige problemer kan få den beste service som kan skaffes i dag. Andre eksempler er omsorgen for de handicappede, de gamle og de sinnslidende, hvor vi uten tvil kunne og burde yte vesentlig mer enn vi gjør. Og endelig har vi de nord-

ligste fylkene som enda ikke har oppnådd den samme standard som de andre fylkene.

Det er derfor klart at vi stadig må øke innsatsen, hvis befolkningen skal få nytte godt av de medisinske fremskritt. Et sted er det selvfølgelig en grense for hva samfunnet makter å yte — både når det gjelder personell og penger, men jeg tror at menneskene i fremtidens samfunn er villige til å strekke seg meget langt før de aksepterer en slik grense.

Dermed har jeg belyst utviklingen på de tre områder av medisinen: det naturvitenskapelige, det menneskelige og det sosiale. Jeg vil nå gå over til å drøfte hva vi har gjort og bør gjøre for å ruste oss til den fremtid vi allerede er inne i. Jeg vil begrense meg til tre felter: forskningen, undervisningen og den alminnelige helsetjeneste, og jeg vil diskutere dem i lys av den utvikling jeg nå har gjort rede for.

Det er skjedd en ekspansjon i *medisinsk forskning* i de senere år; f.eks. økte antall aktive forskere med 30 % i perioden 1963—1966. Samtidig økte driftsutgiftene til det dobbelte, som uttrykk for at medisinsk forskning blir stadig dyrere. Enkelte hevder derfor at vi i grunnen ikke har råd til denne forskning. Mitt svar er for det første at vi i dag bruker bare 1,4 % av de totale helseutgifter — offentlige og private — til forskning, mens amerikanerne bruker 4,5 %, og for det annet at vi ikke har råd til å la være å forske. Det er viktig å være klar over at det er to produkter av medisinsk forskning. Det ene er ny kunnskap, og norsk forskning yter stadig bidrag av internasjonal kvalitet. Det annet produkt er leger med vitenskapelig innsikt og trening, og en slik bakgrunn er nødvendig på stadig flere felter av medisinen, *også for arbeidet ved sykesengen*. Forskningen er derfor nødvendig for å opprettholde et høyt nivå i helsetjenesten, og jeg er overbevist om at vi må øke forskningen i årene som kommer.

For 109 år siden talte professor MONRAD fra denne talerstol mot nytte-vitenskapen. Vitenskapen, sa han, er nettopp aller nyttigst når den er aldeles unyttig. Jeg er enig i at universitetene må opprettholde og styrke sin frie forskning for forskningens egen skyld. Men jeg er samtidig bekymret over at vi lar store praktiske forskningsoppgaver ligge uløst. F.eks. vil 500 mennesker bli drept og 5.000 bli lemlestet i trafikken i år, og allikevel drives det så og si ingen medisinsk forskning på dette område. Hvert år anvender vi også svære summer i helsetjenesten uten at vi etterforsker hva vi egentlig får igjen for de enkelte poster. I den kliniske medisin står vi overfor et utall av praktiske problemer som gjelder undersøkelse og behandling, og nye problemer presser stadig på. Slike praktiske forskningsoppgaver er det i dag vanskelig å få tatt

opp. De er for store, for langvarige og gir frem for alt liten akademisk prestisje. Måltrettet, praktisk forskning rangerer definitivt lavere enn teoretisk forskning.

Disse overveielser har bragt meg til den konklusjon at vår nåværende organisasjon av medisinsk forskning ikke er tilfredsstillende, fordi vi mangler et *medisinsk forskningsråd* i likhet med det England har hatt siden 1913. Dette råd har til oppgave: »To watch over the whole field of medical and related biological research so as to foresee . . . the needs and opportunities.» Et tilsvarende norsk råd skulle fortsette Norges almenvitenskapelige forskningsråds arbeid med fordeling av midler mellom frie forskningsprosjekter, og her må det bare være kvalitet — og ikke nytte — som teller. Men dessuten skulle rådet ta initiativ til og stimulere forskningen på viktige områder hvor vi står svakt. Enkelte vil kanskje, som MONRAD for 109 år siden, reagere mot dette forslag om å dirigere selv bare en del av forskningen. Jeg er ikke enig med dem. Som leger er det en selvfølge at vi engasjerer oss i den enkelte pasients problemer, og som forskere bør vi engasjere oss i samfunnets problemer, fordi vi alle har ansvar for det samfunn vi lever i.

Også på *undervisningsfronten* er det fremgang, men den er for liten og for langsom. Det er og blir en nasjonal skam at velstands-Norge snylter på andre land for å få utdannet halvparten av sine leger, og jeg skulle ønske det fantes en stortingsmann som ville avslutte alle sine innlegg med ordene: »Forøvrig er det min mening at norske leger bør utdannes i Norge.»

Overgangen til fremtidssamfunnet stiller to krav til studentundervisningen, to krav som det ikke alltid er lett å forene. For det første må det naturvitenskapelige grunnlag være slik at legene klarer å tilegne seg den nye kunnskap som på få år må erstatte den de skaffet sig i studietiden. Det andre kravet er vanskelig å formulere, og jeg vil heller belyse det ved et eksempel fra et annet område, fra et land hvor alle var glade i musikk; alle kunne spille og synge, og mange syslet med komposisjon. Musikken var til glede for alle, og Kongen opprettet musikkskoler for å fremme denne glede. Men en dag kom fremskrittet til landet, og skolene begynte å interessere seg for forskning og glemte musikken. I fiolinklassen gikk man over til å studere strengenes svingetall istedenfor å spille Mozart. I trompetklassen ble man opptatt av å måle blåsetrykket. I pianoklassen laget man et helautomatisk piano med innebygget datamaskin, og i fløyteklassen var det en flink ung man som oppdaget at fløytesonater fremmer rotters seksuelliv. Til

slutt var alle blitt så flinke at ingen ville spille lenger, og folk var ikke glade mer.

Det paradoksale er at kravet om menneskelighet og etisk holdning i medisinen blir stadig viktigere, fordi vi får fler og fler pasienter med langvarig og vanskelig sykdom. De medisinske fremskritt gjør det kanskje lettere å være en dyktig lege, men samtidig blir det vanskeligere å være en god lege. Satt på spissen, kan man si at for legen er karakter viktigere enn karakterer. Studentene må derfor motiveres for å interessere seg for den enkelte pasient, »modnes til medmenneskelig forståelse og ansvar», heter det i studiets formålsparagraf. På denne bakgrunn er det en mangel at studentene ikke får planmessig undervisning i medisinsk etikk og heller ikke i almen praksis. Jeg tror at disse to forhold er medvirkende til at studenten ofte de-idealiseres i studietiden: de begynner studiet med interesse for syke mennesker og avslutter det med interesse for sykdommer.

I tillegg til studentundervisningen er det et stadig større behov for systematisk spesialistutdannelse, og jeg tror at alle leger bør ha videreutdannelse etter eksamen, også de almenpraktiserende leger som skjøtter den viktigste og vanskeligste av alle spesialiteter. Hvis dette er riktig, må studiet omorganiseres, slik at det knyttes en naturlig forbindelse mellom studiet og videreutdannelsen. Dette vil gjøre den samlede utdannelsesperiode kortere og mer effektiv.

Denne lille oversikt viser at vi står overfor store og vanskelige utdannelsesproblemer, og det er nødvendig å koordinere den samlede innsats. I samarbeid med Legeforeningen og Helsedirektoratet er dette nå kommet i gang, og det er mitt håp at universitetene vil engasjere seg med større kraft og entusiasme på dette område. Utdannelse er av sentral betydning i helsetjenesten, og universitetene må se helheten i og føle ansvaret for dette arbeid.

Det siste området er *helsetjenesten*. De dårlige utgifter svarer til to forsvarsbudsjetter, og jeg vil fremsette den påstand at disse to forsvarsbudsjetter brukes opp uten noen allsidig sammensatt generalstab. Helsetjenesten er på den måte en enorm industri, og det er ressursene — ikke kunnskapene — som nå er den begrensende faktor. Menneskeliv kan ikke måles i penger, men medisinen er nå kommet så langt at vi ikke har personell og penger til å ta opp alle oppgaver samtidig. Det er derfor nødvendig å prioritere, både i forhold til andre poster på de offentlige budsjetter og mellom de enkelte oppgaver innen helsetjenesten.

Denne prioritering er en politisk oppgave, men det er fagfolks — i første rekke legers — oppgave å klarlegge alternativene. Jeg vil gi noen eksempler. I 1964 brukte vi 4,2 mill. kroner til skolefrokost, omtrent tre ganger så meget som til blindesaken. Jeg

tror at skolefrokost i dagens Norge kanskje er en levning fra før krigen og at vi nå har råd til å gi barna våre frokost hjemme. I 1965 brukte vi 14 mill. kroner til rekonvalesenthjem, og jeg tror at en del av disse pengene kanskje representerer et medisinsk luksuskonsum som burde overføres til andre oppgaver. I 1964 utbetalte vi 222 mill. kroner i sykepenger. Norge har 3 dagers karenstid før sykepenger utbetales; Danmark har 6 og utbetalte bare 104 mill. kroner i sykepenger samme år. Kunne det tenkes at vi ved å legge på karenstiden kunne finansiere en bedre omsorg for de gamle og for de handicappede?

Det som er poenget i disse og alle lignende spørsmål er at vi kan få svært meget, men vi kan ikke få alt, iallfall ikke på en gang. Derfor må vi velge, 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 og langvarig sykdom eller handicap?

Disse valg, som får innflytelse på utviklingen av alle sider ved helsetjenesten, er blitt så vanskelige at ingen enkelt institusjon kan makte oppgaven alene. Den kan bare løses ved samarbeid mellom alle institusjoner som har erfaring og innsikt i de forskjellige sider av disse problemer. Jeg tror derfor at det nå bør oppnevnes et *medisinsk fellesråd*, hvis oppgave det skal være å få utredet og diskutert alternativene på rent faglig grunnlag. Et slikt instrument vil sette politikerne i stand til å planlegge og prioritere for fremtidens samfunn, og det vil samle alle institusjoner og interesser i arbeidet for det felles mål: å skaffe den norske befolkning den best mulige helsetjeneste. Universitetene må se sin del av og føle sitt ansvar for denne oppgaven.

Dermed er jeg ferdig med dette korte glimt inn i fremtidens samfunn. Det er et rikt samfunn med eventyrlige muligheter. Men det er også et komplisert samfunn, både for dem som skal leve i det og for dem som skal styre det, og min hovedkonklusjon er at dette samfunnet må modernisere en del av sitt maskineri for å løse sine medisinske oppgaver. Men vi må aldri glemme at målet for hele vår innsats er større lykke, større trivsel og større trygghet for den enkelte. Jeg har tro på fremtidssamfunnet, og derfor er det naturlig for meg å hilse det fra denne talerstol med ordene: »Quod bonum, felix, faustumque sit».

NORSK MAGASIN FOR LÆGEVIDENSKAPEN, NORGE

Thoughts on medicine in the community of the future

PETER F. HJORT

14.IX.1967