

# Kulturene i helsetjenesten – er vi på rett vei?

— Peter F. Hjort —

## Problemstilling

Medisinen er på samme tid en eldgammel og en helt ung tankebygning. Det historiske skillet settes ofte til 1935, da sulfapreparatene mot infeksjoner kom, og legene for første gang fikk effektive medisiner (1). Før 1953 var medisinen

åndverk og kunst, siden er den blitt vitenskap og teknologi. Utviklingen har gitt oss fantastiske fremskritt, men også utilsiktede bivirkninger.

Kultur betyr dyrking og foredling, noe positivt og verdifullt som vi drømmer om og strever for. Kulturene i helsetjenesten er summen av de verdier, holdninger og arbeidsmåter som preger arbeidet. De avgjør hvordan vi bruker vitenskap og teknologi til beste for pasientene og folkehelsen. Organisering, økonomi, utdanning og forskning er viktige rammebetingelser.

Temaet er komplisert, og en møter ofte kryssende interesser. Et typisk eksempel er at vi alltid vil ha for små ressurser i forhold til krav og muligheter. På de fleste av de områder jeg tar opp mangler vi objektiv forskningsbasert dokumentasjon. Jeg må derfor basere meg på mine egne subjektive erfaringer og refleksjoner gjennom 50 år som lege. Målet er ikke å bevise at jeg har rett, men å skape debatt og ettertanke.

Jeg har valgt ut fem bekymringer. De vil ganske sikkert virke kritiske, og derfor er det viktig å understreke to ting i starten:

- Vi ønsker fremskrittene på tross av alle bivirkningene, fordi de gir oss ufattelige nye muligheter.
- Helsepersonellet er stort sett kunnskapsrike, dyktige og høyt motivert. De aller fleste er

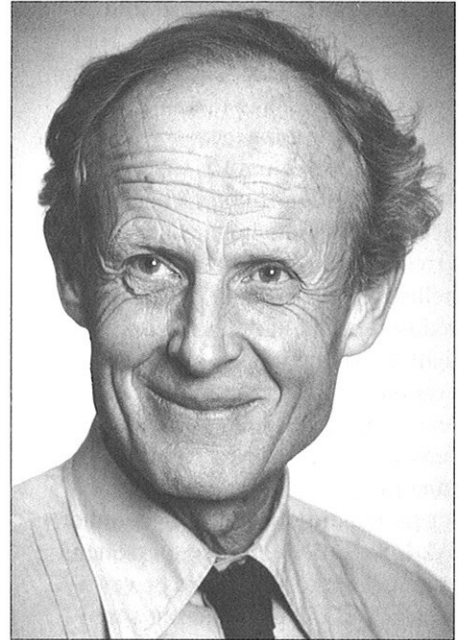
beundringsverdige mennesker som drives av de beste hensikter

Jeg ber lesere huske dette, når jeg nå starter på mine fem bekymringer.

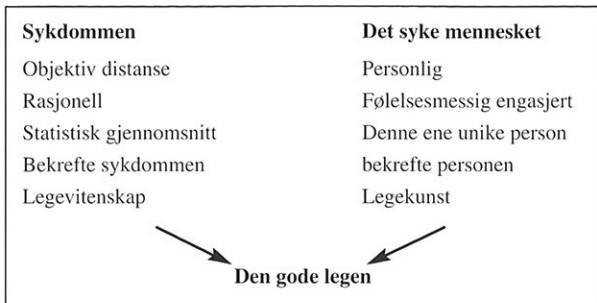
## Behandle sykdommer, ikke syke mennesker

I gamle dager, dvs. før 1935, var legens egen person og personlighet hans viktigste redskap. En kjent amerikansk kreftforsker, Lewis Thomas, var som barn ofte med sin far huslegen i sykebesøk. Han sier om faren: «His job was to walk in and take over». Faren utstrålte ro og trygghet, og han skapte tillit og fortrøstning (1). Han klarte å skape en relasjon til pasientene, en relasjon som ga en stor placebogevinst (2). Et norsk eksempel er Jacob Breda Bulls historie om Vesleblakken for over 100 år siden. Distriktslegen kjørte ti mil i slede for å se til den lille gutten med lungebetennelse. Da han kom frem og tok av seg ulveskinnpelsen, falt det ro over prestegården, og gutten kom seg gjennom krisen.

I dag har vi effektive midler mot mange sykdommer, og det er legens oppgave å stille en presis diagnose og deretter velge den rette behandling for sykdommen. Dermed er det sykdommen – ikke den syke – som er viktig, og en gammel dame sa det slik: «Jeg føler at jeg bare følger sykdommen min til legen, men jeg er verken sykdommen eller diagnosen min. Jeg er meg». Denne tankegangen, at det er sykdommen og ikke den syke som står i sentrum, får indirekte og ikke tilsiktet støtte fra moderne «evidence-based medicine». Den krever at behandlingen må baseres på statistiske sammenligninger av behandlings- og kontrollgruppe.



*Professor dr.med. Peter F. Hjort, avd. for samfunnsmedisin, Statens institutt for folkehelse, Oslo. Peter F. Hjort ble lege i 1950, professor i hematologi (Rikshospitalet) i 1969, rektor ved Universitetet i Tromsø i 1972, leder av gruppe for helsetjenesteforskning i 1975 og av Samfunnsmedisinsk avdeling ved Statens institutt for folkehelse i 1990. Pensjonist 1994. Tilsynslege ved Ullern alders- og sykehjem 1976-94. Arbeider nå med prosjekter og undervisning.*



**Boks 1 – Behandle sykdommen eller det syke mennesket?**

Tankegangen er verdifull, for den sanerer medisinen for mindre effektiv eller til og med verdiløs eller skadelig behandling. Men den utilsiktede bivirkningen er at pasienten som en unik person blir mindre viktig. Han blir bare en statistisk representant for sykdommen. I Boks 1 sammenfatter jeg de to tankegangene.

Dette problemet får større tyngde fordi de fleste pasienter i helse-tjenesten er eldre mennesker med kroniske sykdommer. De kan ikke helbredes, men plager og risiko kan reduseres, slik at det blir lettere for dem å leve med og mestre sykdommen. På den måten kan de leve lenger og ha bedre livskvalitet og funksjon. Men eldre mennesker er ufattelig forskjellige, og derfor må legen hele tiden lytte til to stemmer, sykdommens stemme og personens stemme. De to stemmene er vevet sammen til én tråd, omtrent som i DNA, og behandlingen må tilpasses til både sykdommen og personen.

Denne første bekymringen er viktig, men samtidig komplisert. Målet er selvfølgelig at vi skal klare å behandle både sykdommen og personen samtidig. Det forutsetter at vi forholder oss til to spørsmål: Hva slags sykdom er dette, og hva slags person er det? Problemet er at sykdomsdiagnosene stort sett baserer seg på objektive undersøkelser, mens persondiagnosen krever personlig samtale og subjektive og tidkrevende vurderinger. Dermed blir persondiagnosen ofte effektivisert bort. USA ligger foran oss i utviklingen.

<b>Den gamle</b>	<b>Sykehuset</b>
Langsom, ofte skrøpelig	Travelt, effektivt
Kroniske sykdommer	Høyt spesialisert
Flere sykdommer	Stadig kortere liggetider
	Økt «poliklinisering»
	Innsatsstyrt finansiering (ISF)

**Boks 2 – Den gamle og sykehuset på kollisjonskurs**

Der arbeider det seg frem det synet at alle pasienter med samme sykdom er like og skal behandles likt. Gjør ikke legen det, kan det få alvorlige

juridiske konsekvenser. Samtidig tenker en seg at alle leger med samme utdanning er like. Det betyr at verken legens eller pasientens person og personlighet spiller noen rolle, fordi de begge bare er statistiske gjennomsnitt (3). En ung lege sa om dette synet: «Det er det beste, for da slipper jeg å involvere meg i pasienten, og det beskytter meg mot å bli utbrent.»

Bak denne ideologien ligger det mange og kompliserte mekanismer, ikke minst i helsetjenestens rammebetingelser. Jeg tror ikke det fins enkle grep, men bekymringen fortjener å bli tatt alvorlig. Jeg tror at både pasient og lege vil tjene på at legen involverer seg i både sykdommen og personen.

### Yngre pasienter er mer interessante enn eldre

Aldersprosessen reduserer kroppens reserver og øker dermed sårbarheten for alle påkjenninger. I tillegg blir eldre langsomme og glemsomme. Samtidig øker risikoen for sykdom, og gamle mennesker har som regel flere kroniske sykdommer. Verdens helseorganisasjon setter skiller ved 65 år – eldre, og 80 år – gammel. Men det er enorme forskjeller på gamle mennesker: det fins skrøpelige 60-åringere og spreke 90-åringere. Den kronologiske alder er derfor ikke noe holdbart kriterium for medisinske beslutninger.

Alt dette fører til at gamle mennesker passer dårlig inn i dagens høyt spesialiserte sykehus hvor begrepene produktivitet, effektivitet og inntjening – jfr. ISF =

**42% av alle pasienter var 75 år eller eldre. Av disse var**

- 90% innlagt som øyeblikkelig hjelp
- 87% hadde vært innlagt før
- 53% hadde store bevegelsesvansker
- 52% bodde alene
- 23% var inkontinent
- De hadde gjennomsnittlig 2,6 lidelser
- 38% ble liggende for lenge i påvente av plassering

**Boks 3 – Gamle i medisinske avdelinger i norske sykehus 1998 (4)**

innsatsstyrt finansiering – står i sentrum. Boks 2 viser min oppsummering av dette problemet.

Dette er selvfølgelig et meget stort problem når en tenker på at de eldre er helsetjenestens største kunder. De eldre pasientene, dvs. de over 65 år, står for vel halvparten av den totale innsats i helsetjenesten. For å illustrere og understreke problemet, sammenfatter Boks 3 noen viktige data fra en pasientregistrering ved samtlige medisinske avdelinger i Norge (4). De som var 75 år og eldre utgjorde 42% av alle pasientene, og de var skrøpelige, var gjengangere og passet dårlig inn i dagens travle sykehus. Hele 38% var «ferdig behandlet» og ventet på plassering, som regel i sykehjem. Her kommer de til institusjoner som har få leger – se Boks 4.

	Sykehus	Sykehjem, og kombinerte sykehjem- og aldershjem
Senger	14 395	37 596
legeårsverk	6 606	ca. 230
Senger pr. årsverk	2,2	163,5

**Boks 4 – Senger og legedekning i sykehus og sykehjem i Norge i 1998 (Statistisk Sentralbyrå)**

Geriatrici-spesialiteten som dekker gamle menneskers sykdommer – står nederst på spesialitetenes rangstige. Norge har under 100 spesialister i geriatri, blant ca. 16 000 leger, og i de senere årene er de fleste rekruttert fra utlandet. Rekrutteringen er liten, og det skyldes iallfall delvis at selve grunnlaget er for snevert, fordi geriatri er en grenspesialitet under indremedisinen. En mulig løsning ville være å gjøre geriatri til en hovedspesialitet og rekruttere leger fra allmenntilmedisinen.

Forskning i geriatri og gerontologi er liten, og Norge har ikke noe

nasjonalt program for aldersforskning. Det er også et tankekors at eldreomsorg og geriatri ligger under sosialministeren, mens hele resten av helsetjenesten ligger under helseministeren.

Norge satser 30 mrd. kr på en enorm fysisk utbygging av eldreomsorgen, først og fremst av omsorgsboliger som bygger på service, ikke på omsorg (5). Mange snakker åpent om «boliggjøring og avmedikalisering» av eldreomsorgen som en riktig utvikling, til tross for at eldreomsorg er til for gamle, skrøpelige og kronisk syke mennesker i livets slutfase.

Sykepleierne har overtatt ansvaret for eldreomsorgen, og ære være dem for det. Men kvalitet i eldreomsorgen krever et aktivt engasjement fra legene, for de har det medisinske ansvar for diagnostikk, behandling og dødspleie. Hvert år dør ca. 18 000 mennesker i sykehjemmene, og god dødspleie krever samarbeid mellom sykepleiere og erfarne leger.

Konklusjonen blir at vi må få legene aktivt og engasjert med i helsetjenesten for de eldre og i eldreomsorgen.

### **Behandling er viktigere enn forebygging**

Behandling er den store oppgaven i helsetjenesten, så å si det helse-tjenesten er til for. Forebygging av sykdom og styrking av helsen har lavere prioritet. Vi har erstattet Verdens helseorganisasjons visjon «Helse for alle» med krav om behandling for alle. Jeg opplever at legene og helsetjenesten er på vei ut av det forebyggende og helsefremmende arbeidet, bortsett fra den medikamentelle forebyggingen. Potensialet i det generelle helsearbeidet er betydelig. Verdens helseorganisasjon sier: «Med noen få og klare unntak kan sykdom i prinsippet forebygges ved å endre livsstil, miljø og samfunn (6). I Oslo-undersøkelsen klarte Ingvar Hjermand og medarbeidere å redusere dødeligheten for menn i høyrisikogruppen med nesten 50%, bare gjennom samtaler (7). Likevel er det blitt en vanlig oppfatning blant leger at forebyggende og helsefremmende arbeid har liten effekt (8), er for tidkrevende og ofte utakknemlig. Dessuten kan det

skremme og sykeligjøre befolkningen. Jeg tror at de negative erfaringene henger sammen med måten arbeidet drives på. Kanskje minner det om ekteskapet: De nyligte har 50% risiko for å mislykkes. Ikke sjelden blir det sorg og store problemer. Jeg tror mange forskere ville frarådet tiltak med så dårlige resultater. Men legger man sitt hjerte i ekteskapet, kan det bli velsignelsen i livet. Min konklusjon er at det forebyggende og helsefremmende arbeid *kan* lykkes hvis legen legger sitt hjerte i det og i tillegg arbeider med sin pedagogikk (9).

Det er nære relasjoner mellom forebygging og rehabilitering. Rehabilitering er nært knyttet til det vi kaller sekundær og tertiær forebygging, dvs. å motvirke forverrelser og bedre funksjonen ved kronisk sykdom. Dessuten er den personlige motiveringen like nødvendig for rehabilitering som for forebygging. Endelig er virkemidlene nokså like, særlig fysisk aktivitet og trening.

Når vi får mer kroniske sykdommer, øker behovene for rehabilitering. Lenge har rehabilitering vært koblet til atferd til arbeid («arbeidslinja»), men den største gruppen i rehabiliteringsarbeidet er eldre som ikke skal rehabiliteres til arbeid, men til et mest mulig selvstendig og meningsfullt liv.

Alt i alt trenger vi derfor en ny holdning til og en ny prioritering av forebyggende og helsefremmende arbeid og av rehabilitering. Jeg tror dessverre at dette sitter langt inne, både hos legene og hos politikerne.

### **Snakker til pasientene, ikke med dem**

Kommunikasjon er grunnlaget for all helsetjeneste. Uten kommunikasjon er helsetjenesten sten død – kanskje en teknisk service, men ingen helse-tjeneste. Derfor er det bekymringsfullt at den hyppigste klagen på helsetjenesten er mangelfull informasjon. Pasientene opplever dels at de ikke får informasjon og dels at de ikke forstår den informasjonen de får. Som pårørende har jeg erfart at helsepersonell ofte snakker til meg og ikke med meg.

Ordet kommunikasjon kommer fra det latinske «communicare», som

betyr å gjøre felles. Derfor må begge parter være med i samtalen. Det gjelder å bruke kroppsspråk og ordvalg slik at det blir en felles forståelse og en positiv relasjon. For å få til det, må en være fullt og helt til stede i samtalen og vise at akkurat nå tenker en ikke på noe annet. Alt for ofte har jeg som pårørende opplevd at den jeg snakker med står og tripper og tydeligvis har helt andre ting i tankene.

Det er alltid en asymmetri mellom helsepersonell og pasienter og pårørende, og ofte er det en av grunn mellom dem. På den ene siden står helsepersonellet som er objektive, rasjonelle og effektive, og for dem er det ren hverdag. På den andre siden står pasienter og pårørende. De er subjektive, ineffektive og styrt av følelser, og for dem kan det være en skjebnedag. Helsepersonellet må bygge bro over avgrunnen, og de må huske at pasienter og pårørende stort sett er like kloke som de er selv, bare at de ikke kan like mye om sykdom. Til gjengjeld er de spesialister på seg selv, mens helsepersonellet er spesialister på sykdom. I samtalen må helsepersonellet alltid lytte etter to stemmer, sykdommens stemme og personens stemme.

Det fins gode bøker om samtalekunsten (10, 11), men det hjelper også å ha et ideal. Mitt ideal er Askeladden. Han har alt: karisma, vennlighet, godhet, hjelpsomhet, humor, og så har han grepet på gamle damer.

### **Uheldige hendelser: fortielse, ikke åpenhet**

En uheldig hendelse er en utilsiktet og uønsket følge av medisinsk undersøkelse og/eller behandling. Konsekvensen kan variere fra ubetydelig til katastrofal. Det fins en stor litteratur om dette, og budskapet er det samme fra alle land (12):

- Uheldige hendelser er hyppige og rammer ca. 10% av alle pasienter som legges inn på sykehus. Amerikanske forskere beregner at de fører til minst 44 000 dødsfall i året.
- Ca. halvparten kan antakelig forebygges.
- Årsakene er sammensatte. Ofte er

det en kombinasjon av systemfeil og individuelle feil. Grov menneskelig svikt er forholdsvis sjelden.

- Håndteringen av hendelsene er vanskelig, og fortlise er vanlig
- Uheldige hendelser er en tung belastning for det personell som rammes, «the second victim», og de får ofte liten kollegial støtte.

Vi står altså overfor et stort problem som ofte feies under teppet. I mange land snakkes det om at vi trenger en ny kultur i helsetjenesten på dette området.

En slik kultur må ha to viktige trekk:

- I det enkelte tilfelle må en legge alle kort på bordet og ikke skjule eller bortforklare noe.
- På det generelle planet kreves tre ting: et pålitelig rapportsystem, løpende analyser og forskning, og et pedagogisk arbeid for å lære av hendelsene og hindre at de gjentar seg, og for å håndtere dem på en åpen og ærlig måte.

### Diskusjon

Fem bekymringer – har de noe felles, er det noen rød tråd? Og fins det enkle botemidler? Vi kan ikke skru tiden tilbake til fortiden da leger og sykepleiere hadde det store kallet som rettesnor. Det er forsvunnet, sammen med legenes hjemmевærende koner og sykepleiernes stivede kapper på hodet.

Dessuten må vi huske at både pasienter og helsepersonell kommer fra den samme befolkningen, og helsetjenestens kultur er en del av samfunnets kultur. Det har vært en ufattelig materiell og økonomisk fremgang i de siste femti år. To trekk i utviklingen av befolkningens holdninger er dokumentert: økende materialisme og egoisme (13) – individualisme er et penere ord. Helsetjenesten kan derfor ikke bevare holdninger som samfunnet

har «vokset fra».

Likevel tror jeg vi bør tenke over våre røtter. For 100 år siden skrev William Osler en bok om det å bli en god lege. Tittelen var «Aequanimitas», som betyr sinnsro (14). Mange regner ham som den største av alle indremedisinere, og boken kom i mange opplag. Han satte pasienten i sentrum, og det store løsen var arbeid, godt arbeid. Men både livet og medisinen er blitt mer komplisert enn det.

Mange, ikke minst i etikken, føler at den gode hensikt er det vi må bygge på. Det er selvfølgelig riktig, men stort sett har helsepersonellet de beste hensikter. Likevel ser vi at dette ikke er noen forsikring, og jeg tror at det eldgamle ordet om at veien til helvete er brolagt med gode hensikter rommer en dyp erkjennelse. Forklaringen er ofte at den gode hensikt gjør en blind for motforestillinger.

For min egen del har jeg mer tro på tvilen og selvrefleksjonen. Spesielt er selvrefleksjon blitt et viktig begrep for meg. Jeg synes nemlig at jeg har sett at skråsikkerhet er den aller sikreste vei til helvetet, og skråsikkerhet er dessverre ganske vanlig i helsetjenesten.

En viktig tanke er at all vitenskapen og teknologien har fått oss til å glemme at pasientene er våre medmennesker. Kanskje er det slik at idealet i medisinen skulle være både den kloke Hippokrates og den gode samaritaner. Det er jo alltid vanskelig å holde fast på to forskjellige ideologier samtidig, men det er faktisk det vi må forsøke.

En annen tanke er i slekt med denne. Den sier at helsetjenesten må stå på to ben, fagkunnskapen og menneskekunnskapen. Vi har opplevd en fantastisk fremgang i fagkunnskapen, og vi tror at det er den – og bare den – det dreier seg om.

Menneskekunnskap prioriteres ned, og jeg bekymrer meg over at fremtidens leger og helsetjenesten blir halt med et langt faglig ben og et kort menneskeben.

Herfra er ikke veien lang til den tanken at løsningen er å bringe mer

humanisme inn i medisinen. Vi utdanner helsepersonell og glemmer at det kreves både utdanning og danning. Engelskmennene sier det slik: «Teaching drives out education». Botemidlet blir mer tid til litteratur, filosofi og historie, og Filosofisk poliklinikk i Bergen har utdypet dette på en inspirerende måte (15).

Jeg tror på alle disse tankene, og jeg tror ikke det fins enkle grep. Helsetjenesten er rett og slett for komplisert til det. Det er antakelig grunnen til at vi har fått den utviklingen vi har hatt i disse femti årene.

Det har slått meg at det er to måter å tenke på for helsepersonell:

- Etter den store måten sier en at utviklingen er på feil spor, og de store – de som bestemmer – må nå ta seg sammen og ordne opp.
- Etter den lille måten sier en at utviklingen får de store styre med, men la meg på min lille plass – her og nå – gjøre mitt for at livet skal bli litt bedre for pasienter, pårørende og kolleger. Jo eldre jeg blir, desto mer tror jeg på den lille måten.

### Konklusjon

Jeg har drøftet fem bekymringer ved moderne helsetjeneste:

- Vi behandler sykdommer og ikke syke mennesker
- Yngre pasienter er mer interessante enn eldre
- Behandling er viktigere enn forebygging
- Vi snakker til pasientene, ikke med dem
- Uheldige hendelser er hyppige i helsetjenesten og ofte håndteres dårlig.

Det fins ingen enkle overordnede grep som kan løse disse bekymringene, men det er viktig å tenke over dem. De er ikke naturgitt, men menneskeskapt. Derfor kan vi påvirke dem, dels ved å bedre utdanning, organisering og insentiver og dels ved selvrefleksjon.

**Litteraturhenvisninger se side 16**

## Litteraturhenvisninger til Peter F. Hjorts artikel side 8-11

### Litteratur

1. Thomas L. The youngest science. Notes of a medicine-watcher. New York: The Viking Press, 1983.
2. Spiro H. The power of hope. A doctor's perspective. New Haven: Yale University Press, 1998.
3. Lantos JD. Do we still need doctors? A physician's personal account of practicing medicine today. New York: Routledge, 1997.
4. Statens helsetilsyn. Gamle i sykehus. Innlagte 75 år og over i medisinsk avdeling 1998. Oslo: Statens helsetilsyn 7-99 (utredningsserie).
5. Andersen BR. Ældrepolitikk på afveje. København: Fremad, 1999.
6. Advisory Committee on Health Research. Health research strategy for health for all by the year 2000. Genève: WHO, 1986.
7. Hjermand I, Holme I, Byre KV, Leren P. Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. *Lancet* 1981; 2: 1303-10.
8. Reventlow S, Lauritzen T. Risiko og forebyggelse. Urealistiske forventninger? København: Foreningen af danske lægestuderendes forlag, 1998.
9. Arborelius E. Varför gör dom inte som vi säger? Stockholm: Allmänmedicinskt utvecklingscentrum, 1996.
10. Heap K. Snakk med meg. Å samtale med eldre. Oslo: Kommuneforlaget, 2000.
11. Mabeck CE. Samtalen med patienten. Kommunikation og forståelse. København: Lægeforeningens forlag, 1999.
12. Hjort PF. Uheldige hendelser i helse-tjenesten – forebygging og håndtering. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 3184-9.
13. Hellevik O. Nordmenn og det gode liv. Oslo: Universitetsforlaget, 1996.
14. Osler W. Aequanimitas. With other addresses to medical students, nurses and practitioners of medicine. Philadelphia: Blakiston, 1904.
15. Schei E, Gulbrandsen A (red.). Forstår du doktor? Mot en humanistisk legeutdanning. Oslo: Tano Aschehoug, 2000.