

Folkehelsen og helsetjenesten mot år 2000:

Hele folket under behandling?

Av professor Peter F. Hjort
Statens institutt for folkehelse, avd. for helsetjenesteforskning

Vårt helsevesen – og vår utdanning – bygger tradisjonelt på et behandlingsparadigme, sier professor Peter F. Hjort i denne artikkelen. Det er behov for nye paradigmer (tankemessig grunnlag for en vitenskap), og Hjort fremholder i første rekke det *forebyggende* paradigmet og *omsorgs*-paradigmet. Dette krever nye ferdigheter og holdninger hos oss alle, ikke minst ydmykhet og evne til «å se med hjertet». Livsstil og «samsykdommer», økende antall eldre og nye sykdommer er noen av momentene som må danne grunnlaget for helsepolitiske prioriteringer og arbeid fremover.

Her tar han for seg helse- og sykdomsbegrepet og faktorer som vil påvirke utviklingen og forme helsepolitikken i Norge i fremtiden. Og naturlig nok tar han her også for seg hvilken betydning legemidler og farmasi vil få i dette bildet, og han mener at sterkere engasjement blir den store utfordringen fra farmasøytens side. Det kan også være verdt å merke seg påminnelsen om at doctor betyr lærer, ikke behandler.

Innledning

Legekunsten er eldgammel, antakelig like gammel som menneskeheten selv. Men den moderne medisin er ung – bare 52 år gammel. I sin fabelaktige selvbiografi sier Lewis Thomas (1) at det store gjennombruddet i medisinen kom med sulfanilamid i 1937. Han beskriver den utrolige følelse av triumf da de første pasientene med streptokokk-sepsis ble helbredet: «... we became convinced, over night, that nothing lay beyond reach for the future. Medicine was off and running». Siden har tempoet bare økt.

Jeg tenkte dere ville like at gjennombruddet var knyttet til et legemiddel. Siden har fremskrittene og Nobelprisene kommet på løpende bånd i legemiddel-sektoren. Piller er blitt en del av hverdagen, og nordmenn bruker gjennomsnittlig 1000 kr pr. innbygger pr. år til legemidler.

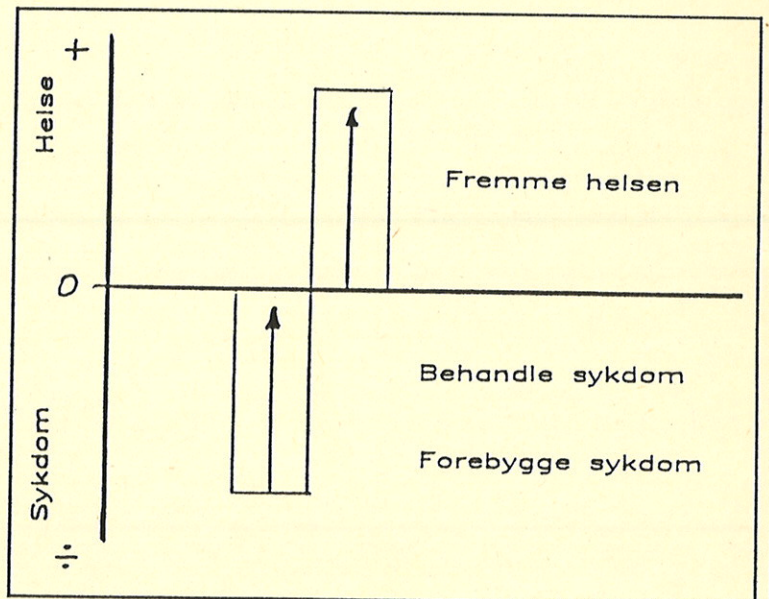
Betyr det at vi bare kan trå enda hardere på gasspedalen og la alle kurver akselerere oppover, eller vil vi erfare at ingen kurver – heller ikke for legemiddelsalget – vokser inn i himmelen? Det er min oppgave å legge frem mine tanker om dette. Jeg vil ikke forsøke å gi dere svarene, men jeg vil gi dere informasjon og refleksjoner – premisser for de konklusjoner dere må trekke selv.

Sykdom og helse

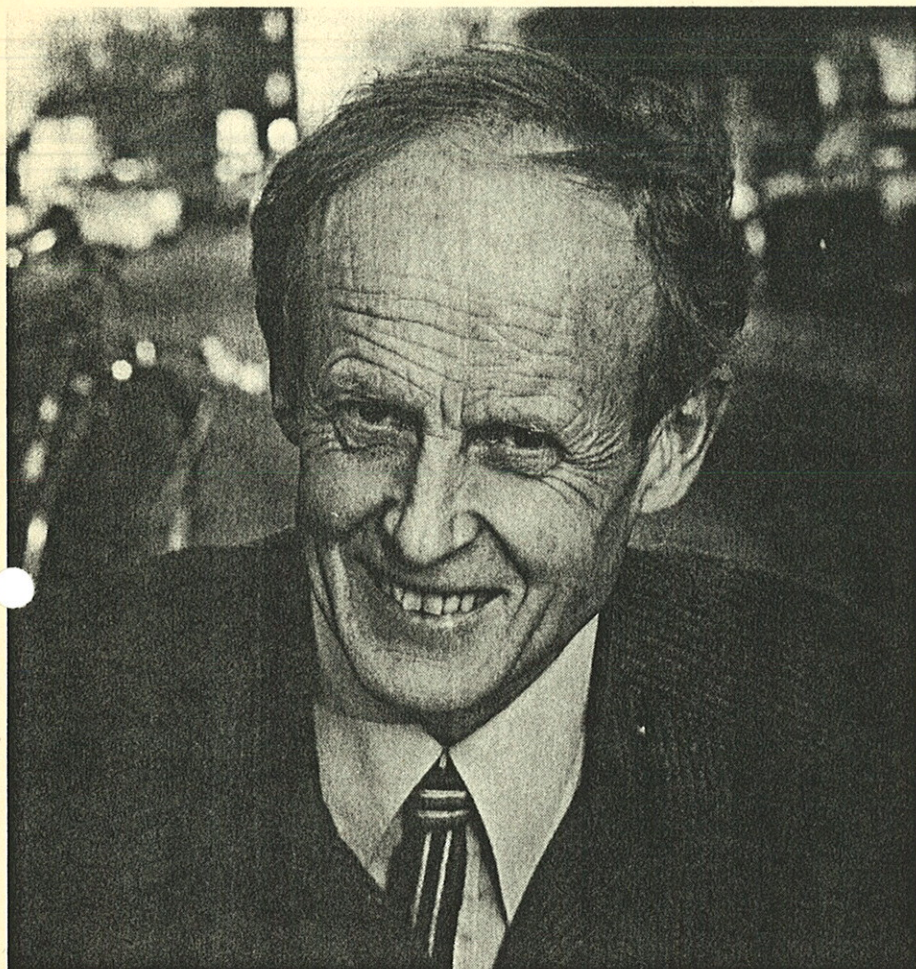
Jeg må starte med litt filosofi om sykdom og helse. Alle har opplevd sykdom og vet at den har årsaker og kan behandles. I heldige tilfelle kan behandlingen helbrede, slik at en ikke lenger er syk. Målet for behandlingen og dermed for helsetjenesten er altså «ikke lenger syk». Det betyr at helsetjenesten er en syketjeneste. «Ikke-syk» (0 på figur 1) er selvfølgelig

også målet for det sykdomsforebyggende arbeid.

Helse er noe mer enn «ikke-syk». Helse, sier Verdens helseorganisasjon, er en tilstand av fullkommen legemlig, sjelelig og sosialt velvære. Dette er selvfølgelig en utopi, men helse rommer noe over 0, noe på pluss-siden, et overskudd av livs- og arbeids glede (2). Det er selvfølgelig helse som er målet for det helsefremmende arbeid.

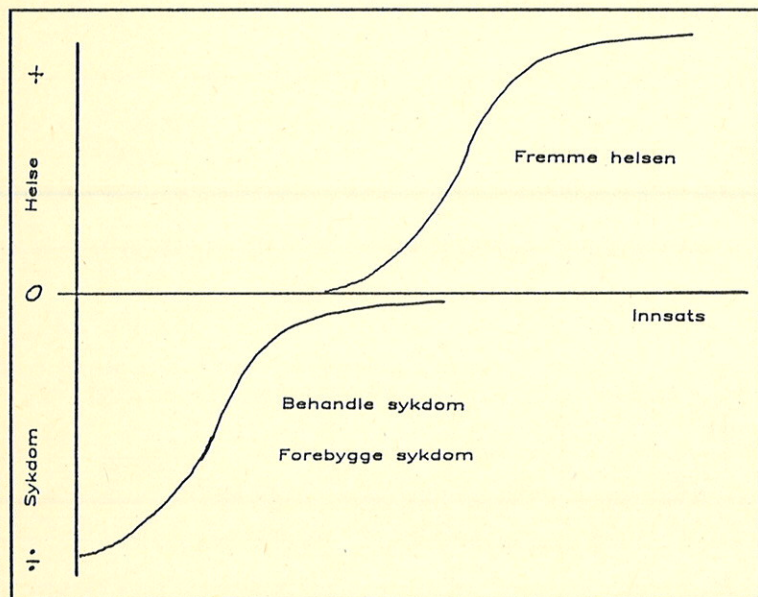


Figur 1. Fra sykdom til helse: to forskjellige dimensjoner.



Professor dr.med. Peter F. Hjort har i en årrekke arbeidet for å spre opplysning om folkehelse og ikke minst påpekt sammenhengen mellom livsførsel og helse. Vi kjenner ham som forfatter, forsker og foreleser. På verdens helsedag, 7. april, ble han tildelt en nyopprettet nordisk folkehelsepris, en pris som årlig skal gis til en person, organisasjon eller institusjon som har gjort en virkelig innsats for den nordiske folkehelsen.

Foto: Knut Snare, Aftenposten/A-foto.



Figur 2.
Fra sykdom til helse: helsetjenestens begrensede rolle.

Jeg har erfart at mange har vanskelig for å forstå dette. De tror at en kan behandle seg til helse, og de forstår ikke forskjellen mellom det sykdomsforebyggende og det helsefremmende arbeid. Det er helt avgjørende at dere forstår denne forskjellen, og derfor illustrerer jeg den på denne måten også. Selv om en legger hele statsbudsjettet i behandling, kommer en ikke over 0 og derfor ikke til helse. (Figur 2) Det skyldes at helse er en kvalitativt annen dimensjon enn ikke-sykdom. Jeg kan illustrere det med et annet bilde. Det er ikke nok at en akkurat såvidt ikke er deprimert. Skal livet ha mening og verdi, må en oppleve glede og overskudd, faktisk være glad. Det er ikke et spørsmål om behandling, men om ganske andre ting.

Hvor står vi i dag?

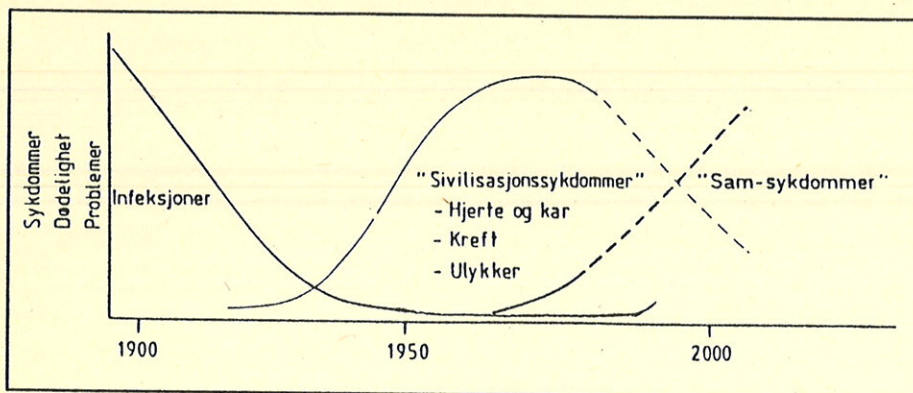
Før vi tenker på fremtiden, må vi vite hvor langt vi er kommet og hvor vi står i dag.

For ti år siden laget jeg denne figuren (figur 3) for å summere opp hva helsetjenesten har utrettet i dette hundreåret. Vi har praktisk talt utryddet infeksjonssykdommene, og stort sett holder vi denne stillingen, bortsett fra AIDS. Sivilisasjonssykdommene definerte jeg som de store sykdomsgruppene som avløste infeksjonssykdommene, først og fremst hjerte- og karsykdommene, kreft og ulykker. Til sammen står disse tre gruppene for ca. 75% av dødsårsakene. Vi har snudd kurvene for hjerte- og karsykdommer (figur 4), og vi har også oppnådd mye for ulykkene – mer i Sverige enn i Norge. Mot kreften har vi derimot oppnådd lite, og kurvene går fortsatt oppover. Fantastiske terapeutiske fremskritt har selvsagt påvirket disse kurvene, men fremgangen skyldes først og fremst det forebyggende og samfunnsmessige arbeid – langt mer enn behandling. Folk har blitt friskere fordi de har fått det bedre og fordi de har begynt å legge om livsstilen.

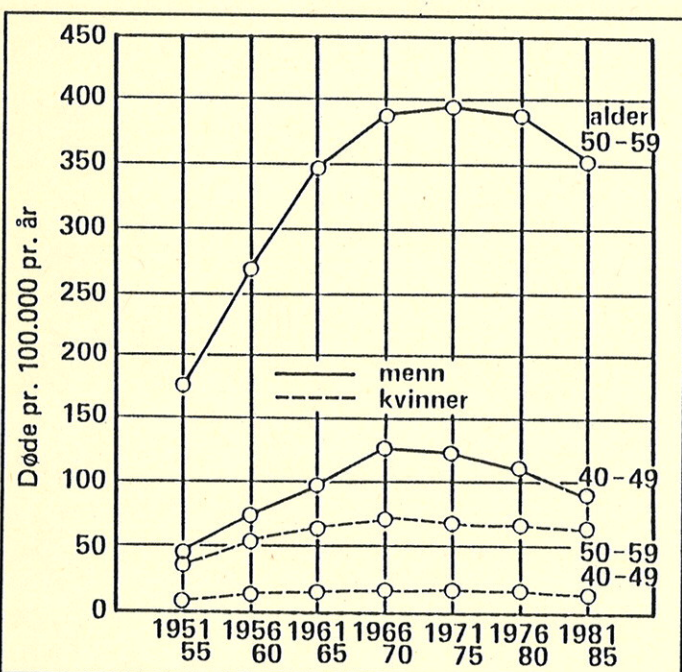
Jeg pekte på at en tredje sykdomsgruppe var i ferd med å vokse frem. Jeg kalte den «samsykdommer», fordi jeg mente at disse sykdommene skyldes at menneskene har problemer med alt det som begynner på «sam»: samliv, sameksistens, samarbeid og samfunn. Utslagene er mange, bl.a. narkotika, alkohol, vold, kriminalitet, skilsmisser, selvmord, psykiske problemer og psykosomatiske sykdommer. Spesielt bekymrer jeg meg over at så mange unge har problemer med å komme i gang med livet sitt og over at så mange eldre blir ensomme og isolerte. Alle disse kurvene fortsetter å øke. F.eks. er selvmord hos unge menn i Norge doblet over de siste 10 år.

I tillegg ser vi et annet problem, nemlig

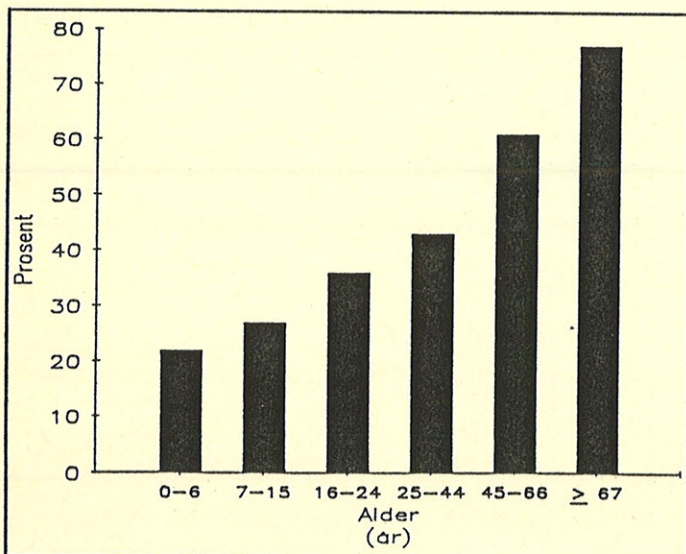
Den 15. nordiske farmasikongress



Figur 3. Sykdomspanorama i Norge i det 20. århundre: de tre sykdomsbølgene.



Figur 4. Dødelighet av hjerteinfarkt pluss plutselig død av ukjent årsak, Norge 1951-85.



Figur 5. Andel av befolkningen som angir at de har langvarige sykdommer. (Helseundersøkelsen 1985).

de degenerative sykdommer hos gamle, først og fremst senil demens og skjelettmuskelsykdommer. Det er ikke noe merkelig i dette problemet, for dødeligheten er til slutt selvfølgelig 100%. Når noen sykdommer drives tilbake, må andre sykdommer ta deres plass, men senere og senere i livet.

Ett annet perspektiv er viktig å merke seg. Det er at andelen av personer med kronisk sykdom og funksjonshemming antakelig øker. Figur 5 viser andelen av den norske befolkning som sier at de har langvarig sykdom (3). I tråd med dette har vi beregnet den andelen av befolkningen som har en varig og vesentlig funksjonshemming. Svaret er 770 000 mennesker eller 18,8% av befolkningen (4). Vi kommer derfor til et paradoks, nemlig at oppgaven for mange mennesker er å forsøke å holde seg friske til tross for at de er syke.

Parallelt med denne utviklingen har vi bygget ut en moderne helsetjeneste, først og fremst basert på moderne medisinsk teknologi og på sykehus. Dette har ført til raskt økende kostnader. Helt frem til slutten av 1970-årene var samfunnet både i stand til og villig til å betale de økende helseutgifter. Fra slutten av 1970-årene har helsetjenestens budsjetter blitt strammere. Begrensningen er ikke lenger kunnskap, men penger. Dette innebærer at vi har passert et vendepunkt. Begrensningene for vekst i helsetjenesten er blitt permanente.

Her står vi nå med folkehelsen og helsetjenesten. La oss så se hvor vi går.

Faktorer som bestemmer utviklingen – megatrender

Utviklingen frem mot år 2000 bestemmes selvfølgelig av mange faktorer. Noen er ennå ukjente, men de tunge faktorene – megatrendene – er rimelig godt kjent (5,6). Jeg vil drøfte de seks viktigste.

Den demografiske revolusjonen

Kjernen i den demografiske revolusjonen er økningen i antall eldre, det som ofte kalles eldrebølgen. Alle de degenerative sykdommene (senil demens, åreforkalkning, Parkinsons sykdom, osteoporose, artrose osv.) øker med alderen etter en eksponensiell kurve. Kurven for senil demens er et typisk eksempel. (se figur 6) 80 år er et statistisk grenseskille: over denne alderen øker sykkelighet og avhengighet raskt. Det viktigste tallet for helsetjenesten og eldreomsorgen er derfor økningen i antall mennesker over 80 år.

Dette tallet vil øke med ca. 40% i Norge frem mot år 2000 (se tabell 1), og det vil øke presset på helsetjenesten betydelig. Politisk blir det tvingende nødvendig å prioritere disse oppgavene, men samtidig må en finne frem til billigere løsninger. Det vil føre til at primærhelsetjenesten og hjemmesykepleien må prioriteres foran avansert medisin i sykehus.

Hovedårsaken til eldrebølgen 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 av de aller eldste blant de eldre øker. Dette reiser et spennende og komplisert problem, nemlig hvor gamle menneskene egentlig er programmert for å bli. En amerikansk epidemiolog, James Fries, har lagt frem overlevelseskurvene i figur 7. (7) Han hevder at menneskets naturlige levealder er 85 år og at det i økende grad vil skje en «compression of morbidity» mot slutten av livet. Klarer en å holde seg frisk så lenge, vil alle organer bryte sammen samtidig, slik at en får en god død etter kort tids sykdom. Det er strid om denne teorien, og vi som arbeider i eldreomsorgen er mer slått av at problemene øker og øker. Jeg tror derfor eldreomsorgen må være forsiktig med å basere seg på Fries' optimistiske teori om «compression of morbidity».

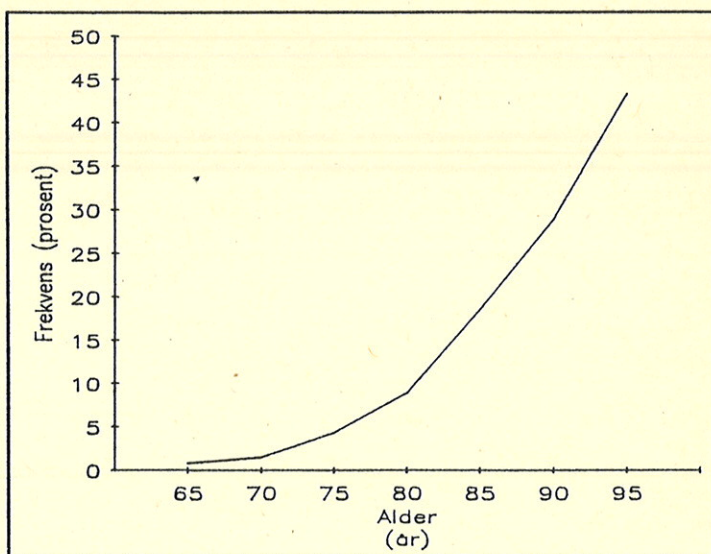
Vi har nylig beregnet at ca. 50% av helsetjenestens totale ressurser går til folk over 67 år. Denne andelen vil øke. Helsetjenesten vil derfor stadig mer preges av de eldre. Dette må få omfattende konsekvenser for utdanningen av helsepersonell og organiseringen av tjenesten. Det er viktig å forstå at eldrebølgen også krever kvalitative endringer i helsetjenesten. Geriatri krever spesielle kunnskaper, ferdigheter og holdninger (8). Spesielt vil jeg peke på at gamle pasienter ofte blir møtt med diskriminerende holdninger. Dette er alvorlig, fordi gamle mennesker ofte har et dårlig selvbilde, og diskriminering kan ødelegge det helt.

For farmasøytene er det selvfølgelig viktig å nevne at de gamle ofte har et legemiddelbruk som både er alt for stort og feilaktig. Legene må derfor hele tiden være på vakt mot polyfarmasi og derav følgende iatrogene sykdommer.

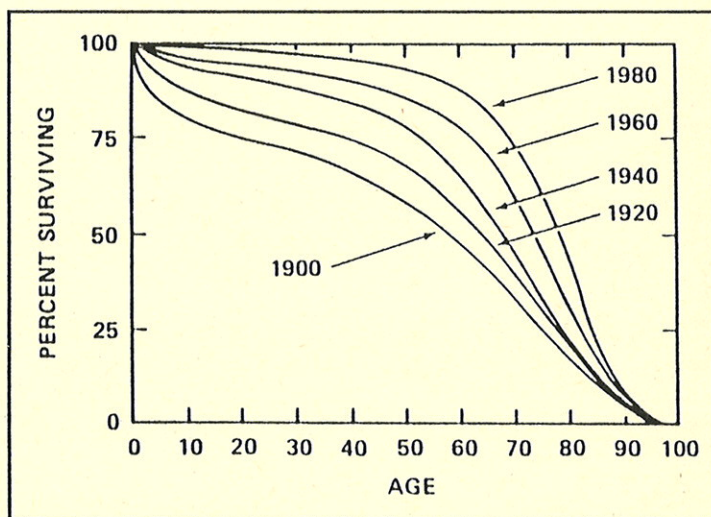
Endringer i sykdomspanoramaet

I mange år har sykdomspanoramaet endret seg fra akutte til kroniske sykdommer og funksjonshemninger. Denne utviklingen vil fortsette. Det skyldes mange faktorer, bl.a. at befolkningen blir eldre, at medisinske fremskritt øker overlevelsesratene ved kroniske sykdommer og at

Figur 6. Aldersspesifikk frekvens av aldersdemens i en svensk befolkning – basispopulasjon ca. 35 000 individer. (Gottfries, Medicinsk Årbog 1984).



Figur 7. Rektangulæriseringen av overlevelseskurvene i dette århundret. USA, begge kjønn. (Fries 1988).



Tabell 1. «Gamlebølgen» i Norge 1986–2000. (NOS. Framskrivning av folkmengden 1985–2050).

Aldersgruppe	1986	2000	Økning i prosent
75 - 79 år	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

akutte sykdommer klarer seg med kortere behandlingstid. Ca. halvparten av konsultasjonene i primærhelsetjenesten (4) og over 80% av innleggelsene i indremedisinske avdelinger (9) gjelder kroniske sykdommer. Studerer en de enkelte kroniske sykdommer, blir en slått av økningen i sukkersyke, allergier, revmatisme og andre skjelett-muskelsykdommer, kreft og mentale lidelser (5,10).

Kroniske sykdommer krever en annen tilnærming og organisering av helsetje-

nesten. Kontinuitet i behandlingen er viktig. Omhyggelig oppfølging, pedagogiske tiltak, støtte og omsorg er nødvendig for å motvirke tendensen til svekket funksjon, lavt selvbilde, isolasjon og avhengighet. Utdanningen av helsepersonell er viktig. For farmasøytene er det viktig å vite at kronisk sykdom ofte fører til feilbruk, over- og underforbruk av legemidler. Pasientene er helt avhengige av god og korrekt informasjon om de legemidler de skal bruke. Alt helsepersonell må innstille seg

Den 15. nordiske farmasikongress

på at pasientene er likeverdige medarbeidere, ikke kasus som skal behandles. Ved kroniske, sjeldne sykdommer har jeg opplevd at pasientene kan mer om sykdommen enn legen deres. Vi bør huske det.

Medisinske og teknologiske fremskritt

Mange mener at slike fremskritt er den viktigste drivkraften i medisinen og i helsetjenesten. Fremskrittene skyldes forskning og utvikling som stort sett er utenfor politisk planlegging og kontroll. Derfor får en inntrykk av at fremskrittene kommer av seg selv, og de utgjør alltid et imperativ. De beste legene viser at de følger best med ved å være tidlig ute, og politikerne kan ikke stå imot presset og må ta fremskrittene i bruk. Svært ofte – nesten som en regel – tas fremskrittene i bruk før de er skikkelig utprøvd, før det er gjort cost-benefit beregninger og uten at en sanerer tidligere metoder. Ikke sjelden oppstår det uforklarlige moter – pseudo-fremskritt. F.eks. fødes snart hvert tredje barn ved keisersnitt i Washington, D.C. De tre lengste køene i norsk helsetjeneste skyldes ekte fremskritt – hjertekøen, hoftekøen og grå stær-køen. Poenget i alt dette er at fremskrittene som regel er bra for pasientene, men kostbare for skattebetalerne og helt ustyrkelige for politikerne.

Noen av fremskrittene er dramatiske og heroiske, som hjertetransplantasjon. Andre er tilsynelatende beskjedne, som en ny undersøkelsesmetode eller en forbedret pille. Fremskrittene er alltid dyrere enn det en gjorde før. Forretningmessig er selvfølgelig drømmen et dyrt fremskritt som gjelder mange mennesker. Behandling av høyt blodtrykk er et eksempel. Samfunnets utgifter til denne behandlingen avhenger av to faktorer:

- Hvor en setter behandlingsgrensen, for det bestemmer hvor mange pasienter som skal behandles. For flere år siden beregnet vi at det kostet 30 mill. kr å senke behandlingsgrensen for høyt blodtrykk med 1 mm

- Hva slags medikamentell profil en velger – dyre eller billige medikamenter

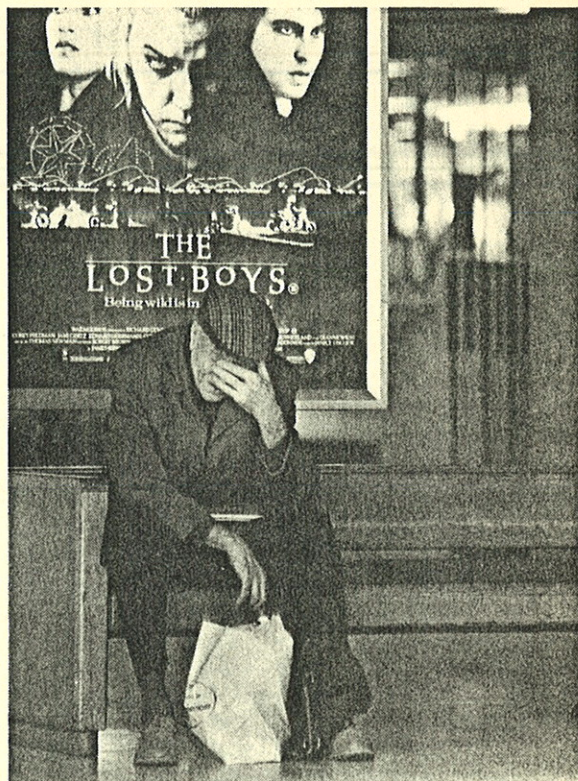
Hans Waaler i vår forskningsgruppe har beregnet at det billigste behandlingsalternativet i Norge koster ca. 108 mill. kr. pr. år, det dyreste 909 mill. kr. Det foreligger ikke kliniske kontrollerte forsøk som forteller med sikkerhet hvorledes en skal legge opp behandlingen, men det er nylig utarbeidet et behandlingsprogram i Norge (11).

Forventninger

Den fjerde faktoren er at forventningene øker raskere enn budsjettene. Gapet øker

Helse er en kvalitativ annen dimensjon enn ikke-sykdom. WHO sier at helse er en tilstand av fullkommen legemlig, sjelelig og sosialt velvære – og det gjelder alle aldersgrupper.

Foto: Samfoto.



mellom det folk venter og det helsetjenesten kan tilby. Det skaper frustrasjon og fortvilelse hos både pasienter og personell. Verst er det nok for personellet som må leve med denne konflikten i sitt eget sinn. På den ene siden vet de hva som er mulig å gjøre og hva folk forventer, og på den andre siden vet de også hva de kan utrette med det budsjettet de får.

Jeg tror at forventningene oppstår i helsetjenesten, ofte utløst av forskning og fremskritt. Disse forventningene kommer ut til befolkningen, transformeres opp og bringes tilbake til helsepersonellet som krav og rettigheter. Når det umulige blir mulig, blir det samtidig en rettighet. I tillegg kommer så ønsketenkningen – folk blir så vant til fremskritt at de venter det som fortsatt er umulig.

To mekanismer forsterker disse effektene. Den ene er legenes kliniske frihet, den andre er den sterke desentraliseringen av helsetjenesten. Dette fører til at en alltid kan finne noen å sammenligne seg med som har det vesentlig bedre.

En helseøkonom uttrykte det slik: «Sykehusene blir ikke fornøyd før alle ligger over gjennomsnittet».

Alt dette skaper et klima som ikke fremmer nøktern overveielse, omhyggelig evaluering og balanserte prioriteringer. Det fører også til at svake grupper blir etter fordi de ikke klarer å fremme sine krav. Det gjelder de gamle, de kronisk syke, de funksjonshemmede, de tilbakestående og mange andre. En liten forbed-

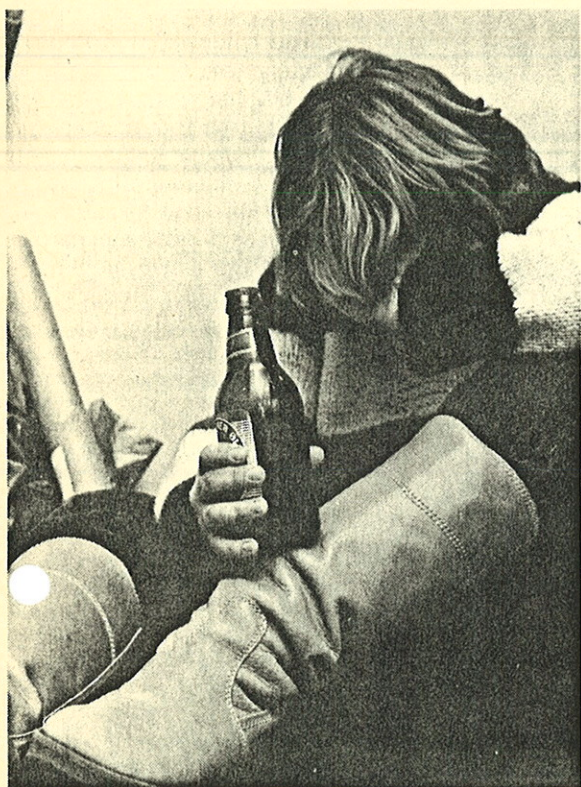
ring for disse gruppene drukner i mediabildet. Det er det dramatiske og heroiske som kommer på førstesidene og vinner i budsjettkampen.

Behandling står sterkere enn forebygging

Helsetjenestens oppgave er å behandle. Det er en selvfølge for både pasienter og personell – og likevel er behandling ofte utilstrekkelig. F.eks. er de tre viktigste årsakene til innleggelse i sykehus – hjertesykdommer, kreft og ulykker – også de tre viktigste dødsårsakene. For alle tre er forebygging en bedre løsning enn behandling, og de fleste sykdommer kan forebygges. F.eks. kunne halvparten av de pasienter som står i hjertekøen vært friske med enkle forebyggende tiltak. Dette betyr selvfølgelig ikke at vi kan forebygge oss til evige liv, men de fleste kan oppnå både et langt liv og et godt liv og «dø unge så sent som mulig».

Allikevel er helsetjenesten dypt forankret i sykdom og ikke i helse. Det virker også logisk: «Vi kan ikke bruke penger på de friske, når vi ikke har råd til å behandle alle som er syke». Og når helsetjenesten engasjerer seg i forebyggende arbeid, så holder den seg til sin velprøvede behandlingssideologi. Tankemodellen – «the medical model» – er alltid den samme: En identifiserer risikopersoner og tilbyr dem behandling. Her er tre typiske eksempler:

Den 15. nordiske farmasikongress



En ny sykdomsgruppe – «samsykdommene» – er i ferd med å vokse frem. De gir seg utslag i vold, kriminalitet, alkohol- og narkotikabruk, psykiske og psykosomatiske problemer osv.

Foto: Samfoto.

- Mammografi for tidlig diagnose av brystkreft
- Måling av blodtrykk og behandling av dem som ligger for høyt
- Screening for kolesterol og behandling av dem som ligger for høyt, dvs. kanskje 75% av befolkningen

For over 10 år siden pekte Ivan Illich på at denne behandlingssideologien – medikaliseringen, som han kalte den, (12) – svekker folks selvtilit og vilje til å stole på egne krefter. Noen leger har forsøkt å gi opprør, f.eks. med disse slagordene:

- «Det fins ingen pille for alt som er ille»
- «Lavt selvbilde er farligere enn høyt kolesterol»

Men foreløpig går det andre veien, illustrert ved følgende amerikanske hjerte-

sukk: «True, there has been a lot of progress, but unfortunately in the wrong direction».

Pasienten eller samfunnet? Legens to roller

Den siste megatrenden har fått full tyngde de siste 10 årene. Jeg illustrerer den ved legens to roller: den tradisjonelle rollen som lege for enkeltpasienter og den nye rollen som forvalter av store samfunnsmessige ressurser og oppgaver. (Se figur 8)

Den nye rollen er komplisert, kontroversiell og upopulær. Den truer hevdvunne prinsipper som klinisk frihet for den enkelte lege og at liv hverken kan eller bør måles i penger. Langt på vei er den nye rollen en følge av at medisinen og

helsetjenesten har sprengt budsjettene.

Dette har omfattende konsekvenser f.eks.:

- Helsetjenesten tvinges til å prioritere mellom behandlingstyper og mellom pasientgrupper. Prioriteres noe opp, må noe annet prioriteres ned.
- Helsetjenesten tvinges til å evaluere sin egen virksomhet. Oppnår vi det vi tror, er organisasjonen effektiv, velger vi de rette metodene, hvorfor er det så store forskjeller i helsetjenesten, osv.?
- Helsetjenesten tvinges til å sanere sin egen virksomhet, samle seg om de beste alternativene, eliminere sløsing og ineffektivitet, og utdanne personellet bedre. Ett eksempel, som mange av dere kjenner godt, er legemiddelkomitéene ved sykehus som forsøker å standardisere og effektivisere behandlingen. For mange sykdommer tas det nå et langt skritt videre ved å innføre behandlingsprogrammer, f.eks. for hypertensjon og diabetes (11,13).

På mange måter er denne trenden en reaksjon mot de andre trendene. Jeg er overbevist om at den vil forsterke seg, ikke bare av økonomiske grunner, men også av samfunnssetiske grunner.

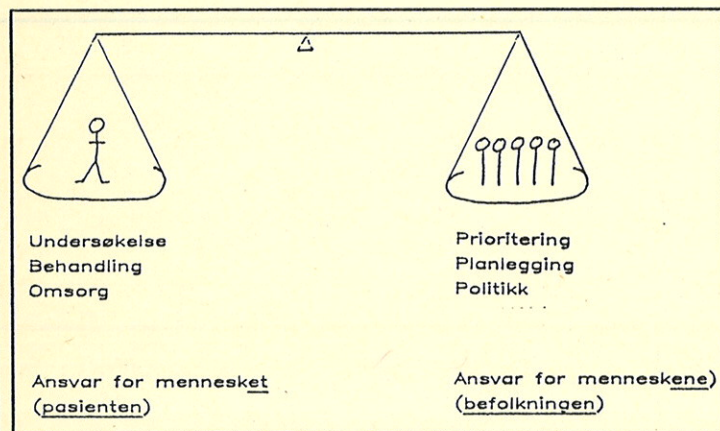
Fremtiden:

Hele folket under behandling?

Jeg føler at alt dette summerer seg opp til en paradoksal situasjon for folkehelsen og for helsetjenesten.

Tar vi medisinen og helsetjenesten først, vil det fortsette å komme dramatiske vitenskapelige og teknologiske fremskritt. De vil være intellektuelt fascinerende, de vil gi Nobelpriser, de vil bety fremskritt for pasientene, og de vil øke kostnadene i helsetjenesten ytterligere. Helsepersonellet og pasientene vil forlange å få disse fremskrittene – og politikerne kan ikke stå imot – fordi det er reelle fremskritt. De vil føre til mer kompliserte og kostbare undersøkelser og behandlinger og øke behovet for spesialister og for avanserte medisinske miljøer. De vil føre til at stadig flere mennesker defineres som syke og behandlingstrenende. Jeg har allerede nevnt at 75% av den norske befolkning har for høyt kolesterol.

Likevel vil vi måtte erkjenne at disse fremskrittene ofte er marginale for folkehelsen. De vil nok bidra til å forlenge levealderen, men de vil ikke bedre subjektiv helse, ikke redusere andelen av befolkningen som har kronisk sykdom og funksjonshemming, og ikke redusere sykefravær og førtidspensjonering.



Figur 8.
Balansen mellom legens to roller.

Den 15. nordiske farmasikongress

Forklaringen på dette paradokset er at helse og sykdom er kvalitativt forskjellige fenomener (14). Det er ikke slik at det er et kontinuum fra sykdom til helse. Det skjer et kvalitativt sprang ved 0 – fra «ikke syk» til «helse». Det ligger i dette at tradisjonell helsetjeneste ikke kan gi oss helse, dens jobb slutter ved 0, eller – rettere sagt – den nærmer seg 0 asymptotisk og med uendelige kostnader. Hvis helse er målet, må vi derfor satse utenfor helsetjenesten og samtidig forandre den tradisjonelle helsetjenesten i forebyggende retning. Dette er ingen ny erkjennelse. Den såkalte «10-90 regelen», som sier at helsetjenesten bare svarer for 10% av helsen, er allerede over 10 år gammel (15). Likevel har denne erkjennelsen ikke ført til ny tenkning i helsetjenesten.

Tre paradigmer

Jeg vil forsøke å formulere de nye tanker jeg tror helsetjenesten trenger, og jeg tar utgangspunkt i begrepet paradigme (16). Paradigme er det tankemessige grunnlaget for en vitenskap, det grunnlaget vi bygger på av skrevne og uskrevne lover og regler for god standard.

Den biomedisinske tradisjonen, som vår helsetjeneste bekjenner seg til og som både dere og jeg er utdannet i, bygger på et *behandlingsparadigme*. Vi tenker i sykdoms- og risikofaktorer, vi undersøker, diagnostiserer og behandler. Drømmen er å behandle folk friske, at det fins en pille for alt som er ille. Dette paradigmet har revolusjonert medisinen, gjort behandlingen rasjonell og effektiv og skapt utrolige resultater. Vi trenger det fortsatt, og vi kan med rette være stolte av det. Det ville være reaksjonært og tåpelig å si nei til fremskrittene, men vi må lære oss å bruke fremskrittene mer rasjonelt og effektivt.

Samtidig er det behov for et nytt paradigme – *det forebyggende*. Det krever en ny filosofi og en ny tenke- og arbeidsmåte. Fortsatt må vi tenke i risikofaktorer og fjerne dem, både hos enkeltmenneskene og i samfunnet. I dette arbeidet må vi konsentrere oss om naturlige virkemidler og begrense «medikaliseringen» av det forebyggende arbeid. Selvsagt fins det risikofaktorer som må behandles medikamentelt hos særlig disponerte mennesker. Men behandling må ikke bli den brede vei i det forebyggende arbeid. Vi må også lære oss å tenke i positive beskyttelsesfaktorer – «salutary factors» (17) – og styrke dem. Menneskene har både indre og ytre ressurser som kan mobiliseres, og vi må lære oss hvordan det kan gjøres. Dette krever en ny legestil, fra behandler til samar-

beider. Legene må huske at doctor betyr lærer og ikke behandler, og lærerrollen krever at vi møter pasientene på deres hjemmebane.

Dette er store krav, men likevel ikke nok. Det er behov for et tredje paradigme også, *omsorgs-paradigmet*. Her er målet å støtte, trene, lindre, hjelpe og trøste – ikke behandle. Funksjonen blir viktigere enn diagnosen, og funksjonstrening blir viktigere enn behandling. Også her må legen lære seg å samarbeide med pasienten, de pårørende og andre personellgrupper – særlig sykepleierne. Oppgaven er å mobilisere ressurser – pasientens egne, nettverkets og samfunnets. Det krever nye ferdigheter og nye holdninger – ikke minst ydmykhet og evne til «å se med hjertet». Det er ikke bare legen som må gjennom denne omskoleringsprosessen. Det gjelder alt helsepersonell, hele befolkningen og hele samfunnet. De nye verdiene må forstås, godtas og prioriteres.

Betydningen for farmasien og legemiddelomsetningen

Vil disse tankene få noen betydning for farmasien og legemiddelomsetningen? Ganske sikkert vil det komme nye og verdifulle fremskritt, først og fremst innenfor de store sykdomsgruppene. Samtidig tror jeg det vil vokse frem stadig sterkere reserverasjoner mot overdreven bruk av legemidler, og særlig på to områder:

- Gamle mennesker og særlig deres leger vil bli mer restriktive og mer opptatte av bivirkninger
- Legene vil bli mer innstilt på å redusere risikofaktorer, særlig høyt blodtrykk og kolesterol, ved ikke-farmasøytiske metoder før de eventuelt starter livslang medikamentell behandling

Jeg tror ikke det er noen stor fare for at legemiddelomsetningen vil gå ned, men jeg tror at legemidlene vil bli brukt med større omtanke og forsiktighet. Og jeg tror at alle farmasøytter – også de som ikke er ansatt i legemiddelindustrien – bør engasjere seg sterkere pedagogisk, både i et personlig samarbeid med legene og overfor befolkningen. Jeg tror dette blir den store og spennende utfordringen for farmasøytene.

Avslutning

I dette foredraget har jeg forsøkt å vise at vi er kommet til en skillevei i vår tenkning om folkehelsen og helsetjenesten. Vi skal

ikke forkaste det biomedisinske paradigme, men vi må rydde plass i vårt sinn til de to nye paradigmene.

For mange år siden sammenlignet jeg helsetjenesten med en supertanker som er så stor at det er omtrent umulig for den å skifte kurs, særlig hvis mannskapet ikke vil. Min konklusjon er at vi *må* endre kurs, hvis vi ikke skal kjøre supertanken vår på grunn. Det avhenger av oss – fremtiden er i *våre* hender. Derfor vil jeg slutte med å ønske dere hell og lykke i vår felles fremtid.

Referanser

1. Thomas L. The youngest science. Notes of a medicine-watcher. The Viking Press, New York 1983.
2. Hjort PF. Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål. s. 11-31 i Lorentzen PE (edit.): «Helsepolitikk og helseadministrasjon». Tanum-Norli, Oslo 1982.
3. Norges offisielle statistikk. Helseundersøkelse 1985. Statistisk Sentralbyrå, Oslo 1987.
4. Barth E. Funksjonshemmede i Norge. En analyse av antall, helse og levekår på grunnlag av Helseundersøkelsen 1985. SIFF, Gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr. 6-1987.
5. Sosialstyrelsen. Folkhälsoberapport 1987. Sosialstyrelsen redovisar 1987:15.
6. Hjort PF. Helsetjenesten mot år 2000: Utviklingen av behov og andre pressfaktorer. SIFF, Gruppe for helsetjenesteforskning. Arbeidsnotat nr. 3/87.
7. Fries JF. Aging, illness, and health policy: implications of the compression of morbidity. Persp. Biol. Med. 1988; 31:407-28.
8. Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Styrking av fagområdet geriatri/gerontologi. Oslo 1980.
9. Torsvik D. Primærhelsetjenesten og sykehusforbruket. En analyse av årsakene til forskjellene i forbruk av sykehustjenester i Nord-Trøndelag. SIFF, Gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr. 5-1986.
10. Guldvog B, Hjort PF. Helse for alle gjennom forebyggende arbeid. Oversikt over grunnlag og muligheter, forslag til tiltak. SIFF, Avd. for helsetjenesteforskning. Arbeidsnotat nr. 5/88.
11. Hølmen J og medarb. Høyt blodtrykk. NSAM's handlingsprogram for almenpraksis. GHE-K/rapport nr. 11, Oslo 1986.
12. Illich I. Medical nemesis. The expropriation of health. Calder & Boyars, London 1975.
13. Midthjell K og medarb. Diabetes. NSAM's handlingsprogram for allmenpraksis. GHE-K/rapport nr. 12 (1988), Oslo 1988.
14. Holst D. personlige samtaler 1988-89.
15. Wildavsky A. Doing better and feeling worse: the political pathology of health policy. Daedalus Winter 1977: 105-23.
16. Wulff HR, Pedersen SA, Rosenberg R. Philosophy of medicine, an introduction. Blackwell, Oxford 1986.
17. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. Jossey-Bass, San Francisco 1987.