

# Folkesundheden og sundheds-tjenesten mod år 2000

Af Peter F. Hjort

*Stærkere engagement bliver den store udfordring i fremtiden. Det gælder ikke kun sundhedspersonalet, men også hele befolkningen og hele samfundet*

366  
FARMACI 89

Dette er den tredje og sidste artikel i serien om folkesundhed og sundheds-tjenesten mod år 2000. De første to artikler filosoferede over begrebet sygdom og sundhed, gjorde status på sundhedstjenesten og beskrev hvilke faktorer, der er bestemmende for udviklingen.

På baggrund af de tanker, der er beskrevet i de to foregående artikler, føler jeg, at alt dette summerer sig op til en paradoksal situation for folkesundheden og for sundhedstjenesten.

Tager vi medicinen og sundhedstjenesten først, vil der fortsætte med at komme dramatiske videnskabelige og teknologiske fremskridt. De vil være intellektuelt fascinerende, de vil give Nobelpriser, de vil betyde fremskridt for patienterne, og de vil øge omkostningerne i sundhedstjenesten yderligere. Sundhedspersonalet og patienterne vil forlange at få disse fremskridt – og politikerne kan ikke stå imod – fordi det er reelle fremskridt. Det vil føre til mere komplicerede og kostbare undersøgelser og behandlinger og øge behovet for specialister og avancerede medicinske miljøer. Det vil føre til, at stadig flere mennesker defineres som syge og behandlingstrængende. Jeg har allerede nævnt, at 75% af den norske befolkning har for højt kolesterol.

Alligevel må vi erkende, at disse fremskridt ofte er marginale for folkesundheden. De vil nok bidrage til

Professor Peter F. Hjort, Statens institutt for folkehelse, avd. for helsetjenesteforskning, Geitmyrsveien 75, 0462 Oslo 4, Norge.

»Vi har behov for nye paradigmer – tankemæssige grundlag for videnskab – først og fremmest det forebyggende og omsorgsparadigmet«, skriver forfatteren, »vi kan ikke nøjes med behandlingsparadigmet«.

Den tredje og sidste artikel i rækken af artikler om folkesundheden og sundhedstjenesten mod år 2000, omhandler fremtiden. Den første artikel filosoferede over sygdom og sundhed og beskrev, hvor folkesundheden og sundhedstjenesten befandt sig i dag. Den anden artikel beskrev, i hvilken retning udviklingen bevæger sig hen og hvilke faktorer, der er bestemmende for udviklingen.

at forlænge levealderen, men de vil ikke bedre subjektiv sundhed, ikke reducere andelen af befolkningen, som har kronisk sygdom og funktionshæmning, og ikke reducere sygefravær og førtidspensionering.

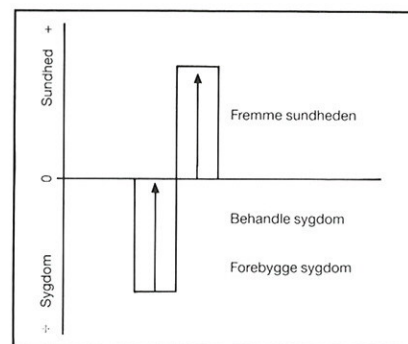
Forklaringen på dette paradoks er, at sundhed og sygdom er kvalitativt forskellige fænomener (14). Det er ikke sådan, at der er et naturligt forløb fra sygdom til sundhed. Der sker et kvalitativt spring fra 0 (figur 1) – fra »ikke-syg« til »sundhed«. Der ligger i dette, at traditionel sundhedstjeneste ikke kan give os sundhed, dens arbejde slutter ved 0, eller – rettere sagt – den nærmer sig 0 asymptotisk og med uendelige omkostninger. Hvis sundhed er målet, må vi derfor

satse uden for sundhedstjenesten og samtidig forandre den traditionelle sundhedstjeneste i forbyggende retning. Dette er ingen ny erkendelse. Den såkaldte »10-90 regel«, som siger, at sundhedstjenesten kun sørger for 10% af sundheden, er allerede over 10 år gammel (15). Alligevel har denne erkendelse ikke ført til nytænkning i sundhedstjenesten.

## Tre paradigmer

Jeg vil forsøge at formulere de nye tanker, jeg tror sundhedstjenesten trænger til, og jeg tager udgangspunkt i begrebet paradigme (16). Paradigme er det tankemæssige grundlag for en videnskab, det grundlag vi bygger på af skrevne og uskrevne love og regler for god standard.

Den biomedicinske tradition, som vor sundhedstjeneste bekender sig til, og som både De og jeg er uddannet i, bygger på et *behandlingsparadigme*. Vi tænker i sygdoms- og risikofaktorer, vi undersøger, diagnosti-



Figur 1. Fra sygdom til sundhed: To forskellige dimensioner.

Predictor Stick  
er så sikker,  
som den lover\*)

\*) I flg. klinisk test, Sint Elisabethkliniek, Holland.

Predictor  
Ingen er sikrere

Lintas 7389 B

Organon AS · Tlf. 42 84 68 00

serer og behandler. Drømmen er at behandle folk raske, at der »findes en pille for alt, som er ilde«. Dette paradigme har revolutioneret medicinen, gjort behandlingen rationel og effektiv og skabt utrolige resultater. Vi behøver det fortsat, og vi kan med rette være stolte af det. Det ville være reaktionært og tåbeligt at sige nej til fremskridtene, men vi må lære os at bruge fremskridtene mere rationelt og effektivt.

Samtidig er der behov for et nyt paradigme – *det forebyggende*. Det kræver en ny filosofi og en ny tænke- og arbejdsmåde. Fortsat må vi tænke i risikofaktorer og fjerne dem, både hos enkeltmennesker og i samfundet. I dette arbejde må vi koncentrere os om naturlige virkemidler og begrænse »medikaliseringen« af det forebyggende arbejde. Selvsagt findes der risikofaktorer, som må behandles medikamentelt hos særligt disponerede mennesker. Men behandling må ikke blive den brede vej i det forebyggende arbejde. Vi må også lære at tænke i positive beskyttelsesfaktorer (17) og styrke dem. Menneskene har både indre og ydre ressourcer, som kan mobiliseres, og vi må lære os, hvordan det kan gøres. Dette kræver en ny lægestil, fra behandler til samarbejder. Lægerne må huske, at doktor betyder lærer og ikke behandler, og lærerrollen kræver, at vi møder patienterne på deres hjemmebane.

Dette er store krav, men alligevel ikke nok. Der er også behov for et tredje paradigme, *omsorgs-paradigmet*. Her er målet at støtte, træne, lindre, hjælpe og trøste – ikke behandle. Også her må lægen lære at samarbejde med patienten, de pårørende og andre personalegrupper – særlig sygeplejerskerne. Opgaven er at mobilisere ressourcer – patientens egne, netværkets og samfundets. Det kræver nye færdigheder og nye holdninger – ikke mindst ydmyghed og evne til »at se med hjertet«. Det er ikke kun lægen, som må gennem denne omskolingsproces. Det gælder hele sundhedspersonalet, hele befolkningen og hele samfundet. De nye værdier må forstås, godtages og prioriteres.



Jeg tror, at farmaceuter bør engagere sig stærkere pædagogisk både i et personligt samarbejde med lægerne og over for befolkningen, skriver forfatteren i artiklen. Foto: Kaj Lund Hansen/Pressehuset.

### Udfordring for farmaceuten

Vil disse tanker få nogen betydning for farmacien og lægemiddelomsætningen? Ganske sikkert vil der komme nye og værdifulde fremskridt, først og fremmest inden for de store sygdomsgrupper. Samtidig tror jeg, at der vil vokse en stadig stærkere reservation mod overdreven brug af lægemidler og særlig på to områder:

- Gamle mennesker og særlig deres læge vil være mere restriktive og mere optagede af bivirkninger
- Lægerne vil være mere indstillede på at reducere risikofaktorer, særlig højt blodtryk og kolesterol, ved ikke-farmaceutiske metoder, før de eventuelt starter livslang medikamentel behandling.

Jeg tror ikke, der er nogen stor fare for, at lægemiddelomsætningen vil gå ned, men jeg tror, at lægemidlerne vil blive brugt med større omtanke og forsigtighed. Og jeg tror, at alle farmaceuter – også dem, som ikke er ansat i lægemiddelindustrien – bør en-

både i et personligt samarbejde med lægerne og over for befolkningen. Jeg tror, at dette bliver den store og spændende udfordring for farmaceuterne.

### En skillevej

I dette foredrag har jeg forsøgt at vise, at vi er kommet til en skillevej i vores tanker om folkesundhed og sundhedstjenesten. Vi skal ikke forkaste det biomedicinske paradigme, men vi må gøre plads i vort sind til de to nye paradigmer.

For mange år siden sammenlignede jeg sundhedstjenesten med en supertanker, som er så stor, at det er næsten umuligt for den at skifte kurs, især hvis mandskabet ikke vil. Min konklusion er, at vi *må* ændre kurs, hvis vi ikke skal sejle supertankeren på grund. Det afhænger af os – fremtiden er i *vore* hænder.

### Litteratur

Litteraturliste fås ved henvendelse til redaktionen. □