
Fremtiden er lys – det er bare tre bekymringer

REDAKSJONELT

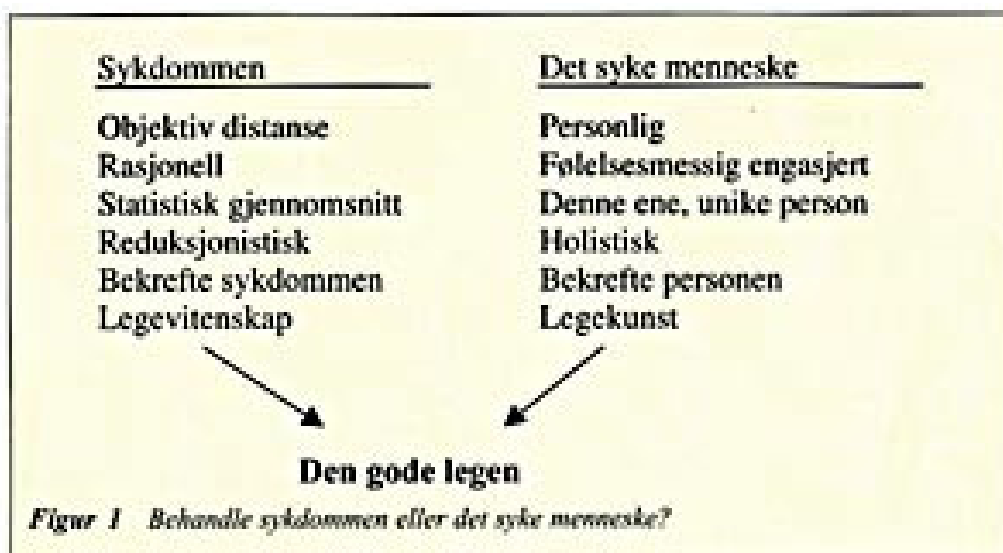
PETER F. HJORT

Peter F. Hjort (f. 1924) har vært professor i hematologi, rektor ved Universitetet i Tromsø, leder for samfunnsmedisinsk avdeling ved Folkehelse og er professor II i geriatri ved Universitetet i Tromsø.

Bjerkåsen 32
1338 Sandvika

Leger er vant til – og forpliktet til – å bekymre seg over bivirkninger ved all behandling. Disse bivirkningene rammer enkeltpasienter og er den enkelte leges ansvar. Her tar jeg opp tre bivirkninger som er en følge av utviklingen i medisinen og helsetjenesten. De er vårt felles ansvar som leger, og de kaster bekymringsfulle skygger inn i det nye årtusen.

Den første er at vi blir stadig flinkere til å behandle sykdommer og stadig dårligere til å behandle syke mennesker (fig 1). I gamle dager – før det første sulfapreparatet ble lansert i 1935 – var behandlingen lite effektiv, og legens viktigste og ofte eneste virkemiddel var hans egen person: «His job was to walk in and take over» (1). Fremskrittene har vært ufattelige, men prisen har vært at vi mer og mer behandler sykdommer og ikke syke mennesker. Det *må* ikke være slik, og det er store forskjeller mellom legene. Men utviklingen presser oss i denne retningen, og mange faktorer virker sammen: den fascinerende biomedisinske og tekniske utviklingen, de økonomiske rammene og incentivene, effektiviseringen, rasjonaliseringen og spesialiseringen.



Figur 1 Behandle sykdommen eller det syke menneske?

Folk drømmer om «menneskelegen», som har tid og omtanke for dem, som er trofast og som fortjener den tillit pasienter og pårørende lengter etter. Men de møter stadig oftere PC-legen eller organspesialisten, og de møter travelhet, innsparing og venteliste. Den hyppigste klage i helsetjenesten er mangel på kommunikasjon.

Den andre bivirkningen er at legene er på vei ut av eldreomsorgen. Det skyldes mange forhold. Gamle mennesker har nesten alltid flere kroniske og ofte kompliserte sykdommer som går over spesialitetsgrensene. De er langsomme, krever tid og egner seg ikke for kjappe konsultasjoner og innleggelser. Geriatrien står nederst på spesialitetenes statusskala – Norge har bare 70 spesialister i geriatri (blant ca. 16 000 leger), og rekrutteringen er liten. Det skyldes iallfall delvis at rekrutteringsgrunnlaget er altfor snevert, fordi geriatrien er en grenspesialitet under indremedisinen. Forskningen i gerontologi og geriatri er liten, og Norge har ikke noe nasjonalt program for aldersforskning. Eldreomsorgen og det nasjonale geriatriprogrammet ligger under sosialministeren, mens hele resten av helsetjenesten ligger under helseministeren. Det satses enormt på en fysisk utbygging av eldreomsorgen, først og fremst på omsorgsboliger (der det ofte er lite omsorg). Mange snakker om «boliggjøring og avmedikalisering» av eldreomsorgen som en riktig utvikling, til tross for at eldreomsorgen 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 kvaliteten i eldreomsorgen krever også et aktivt engasjement fra legene, fordi de har det medisinske ansvaret for diagnostikken, behandlingen og dødspleien. Tallene virker provoserende: Det er ca. 15 000 somatiske sykehussenger med ca. 6 500 legeårsverk, mot ca. 35 000 sykehjemssenger med ca. 217 legeårsverk.

Den tredje utfordringen er at legene er på vei ut av det forebyggende og helsefremmende arbeidet, bortsett fra den medikamentelle forebyggingen. Potensialet i dette arbeidet er betydelig. Verdens helseorganisasjon sier: «Med noen få og klare unntak kan sykdom i prinsippet forebygges ved å endre livsstil, miljø og samfunn» (2). I Oslo-undersøkelsen klarte Ingvar Hjermann og medarbeidere å redusere dødeligheten for menn i høyrisikogruppen med nesten 50 %, bare gjennom samtaler (3). Likevel er det blitt en vanlig oppfatning blant leger at forebyggende og helsefremmende arbeid har liten effekt (4), er for tidkrevende og ofte utakknemlig. Dessuten kan det skremme og sykeliggjøre 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 (5).

Disse tre bivirkningene berører store deler av legenes arbeid og ansvar. De er alvorlige, men skyldes ikke naturlover. De skyldes faglige, politiske og økonomiske faktorer. Vi kan bekjempe dem og snu utviklingen, hvis vi vil. Jeg ser dette som den store utfordringen for legene og Legeforeningen ved årtusenskiftet.

Hva er midlet? Kanskje er analogien med ekteskapet meningsfull. Her er midlet ikke bare å velge den rette, men å bygge en relasjon som gjør en selv til den rette for den man har valgt. For legene er midlet ikke bare å velge rett behandling og rette ord, men å bygge en relasjon som gir pasienten tillit og håp.

LITTERATUR

1. Thomas L. The youngest science. Notes of a medicine-watcher. New York: The Viking Press, 1983.
2. Advisory Committee on Health Research. Health research strategy for health for all by the year 2000. Genève: WHO, 1986.
3. Hjermann 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.
4. Reventlow S, Lauritzen T. Risiko og forebyggelse. Urealistiske forventninger? København: Foreningen af danske lægestuderendes forlag, 1998.
5. Arborelius E. Varför gör dom inte som vi säger? Stockholm: Allmänmedicinskt utvecklingscentrum, 1996.

Publisert: 20. januar 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 9. september 2026.