



Legekunsten i det 21. århundre

– en balansekunst!

Å balansere er en kunst. Interessen for østlige treningsformer og idealer har vokst veldig de siste åra. Yoga, pilates, tai chi, body balance og annen trening for kropp og sjel er populære treningsformer der balanse er et sentralt element.

Etter hvert som årene går tenker jeg mer og mer på de østlige kulturer som dyrker balansekunsten, har vi leger noe å lære? Det som preger utviklingen i den vestlige verden i det 21. århundre kan sies å være preget av globalisering, medikalisering og markedsliberalisme. Hvordan påvirker denne utviklingen legenes mulighet til å holde balansen, greier vi å stå på rett fot?

Balansekunst i kontakten med legemiddelindustrien

Hvordan kan man å la seg informere om medikamenter uten å la seg påvirke til å endre praksis utfra andre motiver enn de faglige? Legemiddelforbruket i Norge går rett til vær. De siste ti år har omsetningen økt fra seks til 14 milliarder kroner årlig (www.legemiddelforbruk.no). Markedsføringen av legemidler er omfattende og aggressiv. Dokumentasjonen som presenteres i reklamene er ofte selektert og ubalansert, til tider direkte spekulativ. I Helsepersonellovens § 9 står det at helsepersonell ikke må motta gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse som er egnet til å påvirke helsepersonells tjenestlige handlinger på en utilbørlig måte. Hvis vi ikke lot oss påvirke av måltider, gaver og sponsede turer hadde legemiddelindustrien sikkert brukt pengene på noe annet.

Som naiv nordmann har jeg levd i den tro at jeg kanskje kunne greie denne balansen. Når jeg ser ti år tilbake blir jeg betenkt. I første halvdel av 1990-årene ble kalsiumblokkere markedsført tungt, dokumentasjonen var haltende. Jeg var ute av balanse og ser i ettertid at jeg ble påvirket til en praksis som var dårlig faglig fundert.



Steinar Krokstad

Cand.med. 1989, Universitetet i Oslo
Kommunelege II i Holtålen 1991–1997.
Spesialist i allmennmedisin Spesialistutdanning i psykiatri 1997–2004. PT: 1. amanuensis dr. med. og Nestleder HUNT forskningscenter, Verdal Institutt for samfunnsmedisin NTNU Bistilling: Psykiatrisk poliklinikk. Sykehuset Namsos

Dessuten trodde jeg at jeg hadde oversikt over de faktorene som har betydning for å vurdere forholdet til industrien. Helt til jeg leste Eva Joly, «Er det en slik verden vi vil ha?» (1). Trolig foregår det en omfattende korrupsjon i all globalisert handel, og hva skulle tilsi at internasjonal legemiddel-

«Hvis man må behandle 100 pasienter i fem år for at ett liv skal bli spart, skal man da fortsatt anbefale piller som profylakse?»





industri er bedre enn de andre. Når det gjelder bruk av medikamenter i vår praksis tror jeg det er behov for å rette opp balansen.

Å balansere bruken av medikamenter i primær profylakse

Når ingen vet om pasienten egentlig har nytte av det, når ingen vet om bivirkningene egentlig er mer skadelige enn effektene for den enkelte pasient på lang sikt, hva gjør man da? Hvis man må behandle 100 pasienter i fem år for at ett liv skal bli spart, hvis sjansen for å holde seg frisk øker fra 90 til 95 % i løpet av 10 år, skal man da fortsatt anbefale primærprofylakse (2)? Statistiske beregninger viser imidlertid at flere holder seg friske i behandlingsgruppen i kontrollerte forsøk. Men disse forsøkene kan ikke sammenlignes med den kliniske hverdag (3). Å balansere mellom å tilrå og fraråde medikamentell primærprofylakse er en krevende kunst. 2. linjespesialister har individets perspektiv og synes å ha store problemer med å se konsekvensene av det de anbefaler i befolkningen og primærhelsetjenesten. Sammen med legemiddelindustrien blir de en meget tung meningsbærer som kan vippe en og enhver lege ut av balanse.

Balansen mellom individuelle- og populasjonsbaserte strategier i forebyggende helsearbeid

Hvilken rolle skal så legene ha i forebyggende helsearbeid? I prinsippet er det to måter å forebygge sykdom på, å forsøke å redusere risikoen til pasienter med høy risiko eller å forsøke å redusere risikofaktorer i hele populasjonen. Alle burde lese «The strategy of preventive medicine» av Geoffrey Rose – minst to ganger (4). Ikke bare leger, men også helsepolitikkerne. Når helseministeren anbefaler grønn re-

... at det masseproduseres medikamenter designet for den friske og rike del av verden.



sept, først og fremst en individualisert forebyggingsstrategi, kan det skyldes mangel på kunnskap. Resepter kan aldri endre folks sosiale situasjon. Hovedårsakene til sykkelighet i samfunnet i dag er av psykososial art (5). Psykiske lidelser og diffuse muskel-skjelettlidelser dominerer uførestatistikken (6). I helsevesenet foregår det mye forebyggende helsearbeid. Effektene av slike individuelle strategier er imidlertid ofte svært skuffende på populasjonsnivå. Det er fordi de bakenforliggende årsakene til årsakene fortsatt er til stede i samfunnet. De primære årsakene for helseproblemer i befolkningen er av sosial og økonomisk art. Derfor må virkemidlene også være sosiale og økonomiske (7). Det må vi leger bli mer tydelige på i vår kommunikasjon slik at vi kan rette opp balansen og i større grad bli premissleverandører for helsepolitikken.

Balanse i butikken

Loven om den omvendte omsorg ble formulert av den engelske allmennpraktikeren Julian Tudor Hart (8). Loven handler om at helsetjenester tenderer til å drifte i retning av at tjenestene blir best for de som trenger dem minst, og motsatt, dårligst for de som trenger dem mest (9;10). Loven utøver sin effekt i økende grad når helsetjenesten eksponeres for markedsmekanismer, og kan motvirkes gjennom bevisste politiske og strategiske valg. Problemet oppstår når slike politiske valg nettopp gir større plass for markedsmekanismer slik vi ser i Norge i dag (11). Egenandelene øker kontinuerlig, konkurranse innføres som prinsipp for prioriteringer, private helseinstitusjoner øker i antall, løsninger som passer de friskeste vinner fram på bekostning av løsninger tilpasset de sykeste (12;13).

Fastlegeordningen ble også en privatiseringsreform. All markedstilpasning har konsekvenser. Viktigere enn noen gang er det å reflektere over balansen mellom å drive etter bedriftsøkonomiske prinsipper og å tilby helsetjenester etter behov og ikke etter betalingsevne. Mange små mekanismer utøver til sammen en betydelig kraft og kan vippe oss ut av balanse. Språkproblemer, dårlig betalingsevne, kulturelle forskjeller, upassende oppførsel og sosiale problemer er faktorer som gjør det lettere å velge å arbeide der disse faktorene i liten grad er til stede og møte pasienter som er mindre krevende og friskere. Et høyt kunnskapsnivå om sosial ulikhet i helse og velutviklede holdninger er faktorer som må være med for å holde balansen.

Den globale medikamentbalansen

Loven om den omvendte omsorg blir tydeligst demonstrert når vi tenker på fordelingen av medikamentforbruk i et globalt perspektiv. Manglende politisk styring av den internasjonale legemiddelindustrien fører til at det masseproduseres medikamenter designet for den friske og rike del av



«Ventetid.»

verden. Utvikling av medisiner som kunne ha hjulpet millioner av fattige går tregt. Legemiddelindustrien burde selv tatt ansvar og utviklet etiske retningslinjer. De internasjonale legeorganisasjoner burde i større grad utøve et press mot industrien, gjerne gjennom Verdens helseorganisasjon. Tette forbindelser mellom de som produserer og de som forskriver hemmer trolig balanseevnen i alvorlig grad.

Friskmeldingsbalansen

Kostnadene forbundet med sykkelighet, sykmeldinger og stress i arbeidslivet er formidable. De er godt kjent, og det er gjort mye forskning på området som gjør at vi har kunnskap om hvordan problemene oppstår (6), og hvordan de kan reduseres (14). Nedsatt produktivitet gjennom tapt arbeidstid, tapte ferdigheter, tapt motivasjon og nedsatt mulighet for å utvikle nye ideer og å nå nye mål for bedrifter og organisasjoner, kommer i tillegg til all den unødvendige menneskelige lidelsen. Det at alt skal lønne seg i øyeblikket har blitt viktigere enn at folk skal greie å stå i arbeidslivet over tid og holde seg friske. Den totale mangel på et balansert regnskap i omstillingsprosesser både i privat og offentlig sektor er himmelropende. Gammeldags kortsiktig konvensjonell bedriftsøkonomisk tenkning appliseres over alt, i de siste 10 år ikke minst i offentlig sektor. Mange lurer på hvem det er som genererer slike prosesser og hvor de kommer fra. Blårussen blir stadig nevnt. Nå har vi fått et eget moderniseringsdepartement...

Arbeidstakernes livskvalitet og helse har blitt mindre viktig enn profitt og regnskap. Nå er over 10% av befolkningen i arbeidsfør alder uføretrygdet, og andelen øker stadig. Folk som har kroniske plager og problemer utstøtes fra arbeidslivet. Vi beveger oss raskt i retning av det Peter F. Hjort har kalt sjokkvisjonen for det fremtidige arbeidslivet: 20% på uførepensjon, 20% midlertidig ansatt, stadig arbeidsløs eller i sesongarbeid, 40% i fast arbeid, mens 20% innehar høyt-lønnede jobber forbundet med makt, prestisje og 16 timers

arbeidsdag (15). Inntektsforskjellene øker, motivasjonen for å stå i arbeid for de med lavest inntekt synker.

I dette landskapet får leger ofte kritikk for å ha for lite engasjement i arbeidet med å redusere sykefraværet. Balansen mellom å beskytte folk for helseskadelige prosesser i arbeidslivet og motivere dem til arbeidsinnsats er en legekunst.

Kvalitetsbalansen

De siste årene har det blitt mer og mer vanlig å sette tall på hvor bra ting er (11). Kvaliteten på helsetjenesten skal også vurderes ved hjelp av tall. Rett etter sykehusreformen var et faktum startet det nye helseforetaket i min del av landet med å utgi en informasjonsavis. Jeg var spent på hva den nye direktøren for helseregionen ville formidle i sin første lederartikkel. Lederen handlet hverken om helsetjenestens overordnede rolle, hvordan de nye helseforetakene kunne bidra til bedre folkehelse, om fordeling av helsetjenester til beste for befolkningen eller om overordnet kvalitet, men om *ventetid*.

Det første og største målet for det nye helseforetaket var å redusere ventetiden i poliklinikkene! Ventetid var et hett politisk tema, og er et godt eksempel på hvordan det som kan telles ofte blir gjenstand for debatt og strategi i dagens samfunn. Det skal formuleres tydelige mål, standarder og kriterier for god kvalitet på tjenester, og ikke minst, det skal systematisk vurderes om man oppnår resultater. Det er enkelt å gjøre ved å tallfeste det vi oppnår gjennom våre handlinger.

Spørsmålet er om slike systemer gir oss det de lover. Kan kvalitet i helsetjenesten telles? Svaret er selvsagt både ja og nei. Men når vikeligheten skal måles, tvinges vi ofte til å redusere den til noen få målbare tegn. Og tallene blir ofte stående igjen alene som objektive sannheter. Legekunst handler imidlertid først og fremst om holdninger, kunnskaper og ferdigheter. Det er disse egenskapene som primært gjør legen i stand til å holde balansen og gjøre det rette på rett sted og til rett tid. Gode holdninger, kunnskaper og ferdigheter oppnås gjennom utdanning, forskning og veiledning. Faren er at balansen forrykkes, og at det er disse grunnleggende aktivitetene som blir skadelidende i en verden der stadig mer handler om suksesskriterier, konkurranse, penger og retten til å velge.

Litteratur

- 1 Joly E. Er det en slik verden vi vilk ha? Oslo: Aschehoug, 2003.
- 2 Wisløff T, Halvorsen PA, Kristiansen IS. Antall som må behandles (NNT) – misvisende, misforstått, misbrukt? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124(15):1926–1929.
- 3 Hetlevik I. Individuell forebygging i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123(10):1395–1396.
- 4 Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford University Press, 1992.



- 4 Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford University Press, 1992.
- 5 Krokstad S, Johnsen R, Westin S. Medisinske og ikke-medisinske risikofaktorer for uførepensjon. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122:1479-1485.
- 6 Krokstad S, Westin S. Disability in society. Medical and non-medical determinants for disability pension in a Norwegian total county population study. Soc Sci Med 2004; 58:1837-1848.
- 7 Rose G. Sick individuals and sick populations. Int J Epidemiol 2001; 30:427-432.
- 8 Hart JT. The inverse care law. Lancet 1971; 1(7696):405-412.
- 9 Franks P, Clancy CM, Nutting PA. Gatekeeping revisited - protecting patients from overtreatment. N Engl J Med 1992; 327(6):424-429.
- 10 Grøholt EK, Stigum H, Nordhagen R, Kohler L. Health service utilization in the Nordic countries in 1996: Influence of socio-economic factors among children with and without chronic health conditions. Eur J Public Health 2003; 13(1):30-37.
- 11 Lian OS. Når helse blir en vare: medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2003.
- 12 Westin S. Likhhet og brorskap - verneverdige verdier i helsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119(1):1474-1479.
- 13 Westin S. Ny ekstraskatt for de syke. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120:653.
- 14 Karasek RA, Theorell T. Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books, 1990.
- 15 Hjort PF. Social inequities in health - an overview with five perspectives. Norsk Epidemiologi 2002; 12:7-9.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ingvild Menes Sørensen. Kontakt henne på ingmenes@online.no



Nasjonal konferanse:

Svangerskap og fødsel - i en kunnskapsbasert og differensiert helsetjeneste

Radisson SAS Royal Hotel, Bryggen, Bergen 26. - 28. januar 2005

ONSDAG 26. JANUAR 2005

Åpning kl 11 00 ved Ansgar Gabrielsen, Helse- og omsorgsdepartementet. Legkvinnekonferansen i 1999: Hva var budskapet? Synnøve Berg, Fra lydig og flink pike til trygg hovedperson i egen fødsel. Hvordan? Janecke Thesen. Hva er brukerorientert svangerskapsomsorg? Brit Roland

Faglig kvalitet i fødselshjelpen - tilsyn som verktøy. Utfordringer etter landsomfattende tilsyn med fødestasjoner i 2004. Innledninger ved: Lars E. Hanssen, Helga Ariansson, Per Bårdahl og Nina Jamissen.

Trender i fødselsomsorgen i Europa.

Thierry Du Pont

Kveldshopping med mat og drikke.

Banco Rotto

TORS DAG 27. JANUAR 2005

Nye retningslinjer for svangerskapsomsorgen
Keiserinner i nye klær: Nye retningslinjer for svangerskapsomsorgen, Atle Klovning. **Kunnskapsgrunnlaget for færre kontroller i svangerskapet,** Per Bergsjø. **Elektronisk helsekort for gravide,** Anders Grimsmo. **Psykiske lidelser og graviditet: Effekt av forebygging og behandling,** Lillebeth Larun. **Overvekt og svangerskapskomplikasjoner,** Nanna Voldner/Tore Henniksen. **Svangerskapsdiabetes, noe å bry seg om?** Tore Henniksen. **Svangerskapsdiabetes hos kvinner med innvandrerbakgrunn - hva gjør vi?** Synne Holan. **Svangerskapsomsorgen - hvem gjør hva? Om organisering,** Bjørn Backe.

Differensiering av fødselsomsorgen
Making labour safer for the mother and the baby, Lawrence Impye, Oxford. **Normale fødsler- hvilken betydning har CTG?** Ellen Blix. **Home deliveries - a part of modern obstetrics in the Netherlands,** Simone Buitendijk, Leiden. **Barnelege i vakt ved alle fødestasjoner?** Kristin Lossius. **Perinatal outcome in Europe,** Simone Buitendijk. **Hvorfor ber kvinner om keisersnitt?** Lotta Halvorsen/Hilde Nerum. **Perinealrifter: Hva kan vi gjøre bedre?** Jouko Pirhonen. **Maternelle dødsfall: Hva kan vi gjøre bedre?** Alice Beathe Andersgaard. **Kveldshopping med mat og drikke:** Galleri Nygaten.

FREDAG 28. JANUAR 2005

Differensiert fødselsomsorg i Norge: Hva skjer? Helse Nord, Einar Hannisdal og presentasjon av et prosjekt: Fem års data fra fødestuene, Nina Schmidt. **Helse Midt-Norge ved en representant og presentasjon av et prosjekt i Trondheim,** Kjell Å. Salvosen. Helse Vest, Helge Bryne og presentasjon av et prosjekt fra Odda og Haugesund, Torunn Eikeland. **Fødsel i kunsten,** Gunnar Danbolt. **Helse Sør ved en representant og presentasjon av et prosjekt fra Drammen,** Lise Broen. Helse Øst, Bente Mikkelsen og presentasjon av et prosjekt fra Bærum, Karen Sofie Koss. **Avslutning: Veien fremover: Inviterte stortingsrepresentanter ved Sonja Sjøli, med flere. Hvor går svangerskaps- og fødselsomsorgen?** Pål Øian (Dagen avsluttes ved lunsj kl. 13.30).

PÅMELDING TIL NASJONAL KONFERANSE

Fornavn _____
 Etternavn _____
 Stilling _____
 Arbeidssted _____
 Avdeling _____
 Postadresse _____
 Postnummer _____ Sted _____
 Telefon _____
 Telefaks _____
 E-post _____
 Vegetarianer Coliaki Røykerom

Jeg ønsker å delta på konferansen:
 Konferanseavgift inkl. lunsjer, kaffepauser og to kveldsarrangement Kr. 2.500,-

Jeg bestiller følgende overnatting på Radisson SAS Royal Hotel
 Enkeltrum per person inklusiv frokost Kr. 950,-
 Dobbeltrum per person inklusiv frokost Kr. 475,-

Jeg bestiller: Enkeltrum: Dobbeltrum:

Ankomstdato: _____ Avreisedato: _____

Bo sammen med: _____

Jeg bestiller følgende flybilletter:

Jeg skal reise til Flesland fra: _____ Dato: _____ Ca kl _____

Jeg skal reise fra Flesland til: _____ Dato: _____ Ca kl _____

Jeg ønsker å reise elektronisk (e-ticket) og bruker følgende kortnr. og utløpsdato:

Jeg ønsker full-pris flybillet (kan endres) 50% rabatt (kan endres, men refunderes ikke etter at billetten er skrevet ut)

NB! Servicehonorar kommer i tillegg til billettprisen med kr 325,-.

Påmeldingsfrist 15. desember 2004

Påmeldingen er bindende. Bekrefteelse med faktura for de bestilte tjenester sendes fra Team Congress. Innbetaling skal være gjort for arrangementet starter.

Ved avbestilling etter 10. januar 2005 ingen refusjon.

Ved endring/avbestilling for 10. januar, servicehonorar kr. 350,-.

Påmelding sendes TEAM CONGRESS AS, Postboks 594, 2603 Lillehammer, tlf 61 24 70 70, faks 61 24 70 71

Påmelding og program:
www.teamcongress.no/shdir2005



Nasjonalt råd for fødselsomsorg



Sosial- og helsedirektoratet

Signatur: _____

Dato: _____