



Markedsideologi og medikalisering

REDAKSJONELT

ALVIK A

Kan vi - og vil vi - styre utviklingen?

Tilbakeblikk og fremtidsvyer hører med, og hører sammen, ved et århundre- og årtusenskifte. Mange medisinske nyvinninger og viktige endringer i tjenestetilbud og helsetilstand kan være verdt å reflektere over. En tankevekkende observasjon er den langsiktige og uttalte innføring av markedstenkning i norsk helsetjeneste - en annen er medikalisering og sykeliggjøring (1). Disse to trekkene ved helsetjenestens utvikling er til dels uavhengige av hverandre, men henger likevel på mange måter sammen.

Medikaliseringssamfunnet synliggjøres ved massemediens stadige interesse for helsestoff, men det blir for enkelt å plassere ansvaret hos massemediene. Fagmiljøene, den utøvende helsetjenesten, forskningsmiljøene og helsemyndighetene må spørre seg om de ikke har et medansvar. Av yrkesgruppene i helsetjenesten er det legene som i særlig grad kan påvirke utviklingen og som må vurdere sin rolle i medikaliseringen. Leger er genuint opptatt av å gjøre det beste for hver enkelt pasient, og som forskere å finne nye tiltak til nytte for befolkningen. Medisinske nyvinninger har hatt store positive virkninger.

Likevel er det tydelig at nye muligheter også anbefales og brukes i utide. Entusiaster innen ulike fagområder, ofte støttet av politikere eller legemiddelindustrien, argumenterer tilsynelatende overbevisende for nye masseundersøkelser eller nye "forebyggende" og ofte livslange medikamentregimer. Verdens helseorganisasjons screeningkriterier fra 1968 (2) er stadig aktuelle, men ser ut til å være glemt av mange. Europarådets anbefalinger fra 1994 er heller ikke godt kjent (3). En økende andel av befolkningen er engstelige og urolige for mulig sykdom, og etterspør regelmessige undersøkelser og forsikringer for å våge å tro at de er friske (4).

Helseopplysning og forebyggende helsearbeid har lenge vært honnørord, fulgt av politiske og faglige beklagelser og bekjennelser om for svak prioritering i forhold til kurative tiltak. Som leger må vi likevel spørre oss om vår innsats på forebyggingsfeltet burde vært dempet når det gjelder tidlige tegn til mulig alvorlig sykdom. Har vi medvirket til unødige engstelse ved vanlig forekommende småplager, som jo er en del av tilværelsen? Bør vi mer kraftfullt dele med andre samfunnssektorer vår kunnskap om hvordan samfunnsforhold og fordelingspolitikk kan gjøre det lettere for den enkelte å ha en meningsfull tilværelse?

Den medisinske profesjon må ha som utgangspunkt at faglig entusiasme må balanseres med helhetssyn og samfunnsmedisinske vurderinger i et befolkningsperspektiv. Vi ser heldigvis stadig bekreftelser på dette (5, 6), men her er det likevel et forbedringspotensial. Utfordringen for legeprofesjonen blir kanskje enda større når oppmerksomheten flyttes fra sykeliggjøring og medikalisering med bakgrunn i faglig entusiasme, til medikalisering med

utgangspunkt i markedsideologi og kommersialisering.

Helsetilsynet påpekte i Tilsynsmelding for 1997 (7) faglige betenkeligheter med fremvekst av private helsetjenester. Høyresidens politiske idyllisering av “det private supplement” er heldigvis sterkt avdempet i forhold til for noen år siden. Det er etter hvert godt dokumentert at eksempelvis den amerikanske modellen er mer kostbar i andel av bruttonasjonalprodukt, og gir dårligere resultater i form av tilbud om helsetjeneste til hele befolkningen, målt med de klassiske indikatorene (8). Markedsmekanismene fungerer ikke for helsetjenesten.

Det er likevel tankevekkende hvor godt fotfeste markedstenkning og økonomiske prioriteringer har fått i deler av legeprofesjonen. Leger har samme rett som andre til å arbeide for gode inntekts- og arbeidsforhold, enten man er arbeidstaker eller næringsdrivende. Men eksempler fra enkelte andre land viser at økonomiske forhold får forrang i legers prioriteringer. Ser vi tendenser til det samme i Norge? Kan vi forsvare enhver helsekontroll eller undersøkelse? Har leger god nok forståelse av forskjellen mellom behov og etterspørsel? Eller blir det enklest å gjøre det pasienten ber om, og særlig hvis pasienten betaler selv, i stedet for å møte pasientens uro med samtale og informasjon? Bygger legene opp under et kvinnebilde med behov for kosmetiske inngrep i stedet for å understreke det flotte og vakre i menneskekroppen i dens ulike varianter? Og hva mener vi om en medisinsk praksis som kan sette svært store deler av befolkningen på langvarig eller livslangt inntak av medikamenter (9)?

Det er lett å se for seg at både tendensene til medikalisering og til kommersiell medisin vil forsterkes i årene som kommer. Men det er også spennende å se for seg det stikk motsatte. Samfunnets tildeling av ressurser til helsetjenesten må være betydelig, både fordi antall eldre øker, og fordi medisinske nyvinninger kan gi store og viktige helsegevinster når indikasjonen er faglig godt fundert. Det bør være lettere å argumentere for nødvendige ressurser til helsetjenesten, hvis befolkningen og politikerne har tillit til at helsetjenestens virksomhet står på trygg faglig grunn. Da blir kanskje også gapet mellom det som er mulig og det som kan finansieres, likevel ikke særlig stort. Det blir mer rom for å konsentrere seg om de rette oppgavene hvis de unødvendige kuttet ut. Og hvem er nærmere til å gjøre de avveiningene enn nettopp legene?

Et stykke inn i neste århundre kan vi kanskje oppleve at helsetjenesteskandaler og oppblåste helsetrusler ikke lenger er godt salgsstoff i mediene. Det kan bli avvist av seere og lesere som uinteressant. Den informerte pasient, som er fortrolig med Internett og andre kilder til informasjon, kan nok få legen til å oppleve et press for mer og bedre diagnostikk og flere behandlingsforsøk. Men vi behøver kanskje ikke komme svært langt inn i neste århundre før vi opplever at befolkningen, pasientene, brukerne av helsetjenesten oppdager motargumentene og det tynne grunnlaget for noen av tiltakene i dagens helsetjeneste.

For legeprofesjonen må det være en utfordring ikke å “bli tatt på sengen”, men å være i forkant og lede utviklingen i riktig spor.

Anne Alvik

Anne Alvik (f. 1937) er siden 1992 helsedirektør og leder av Statens helsetilsyn. Fra mai 1997 har hun vært Norges medlem i styret (Executive Board) i Verdens helseorganisasjon (WHO).

LITTERATUR:

1. Tilsynsmelding 1998. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.
2. Wilson JM, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Genève: WHO, 1968.
3. On screening as a tool of preventive medicine. Committee of Ministers, Recommendation No R (94) 11, 1994. Strasbourg: Europarådet, 1994.
4. Meador CK. The last well person. N Engl J Med 1994; 330: 440-1.
5. Johansen TEB. PSA-basert screening for prostatakreft. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3550.

6. Fosså SD, Eri LM. Norske legers rutiner for opportunistisk screening for prostatakreft. Tidsskr Nor Lægeforen 1999;119: 3572-6.
 7. Tilsynsmelding 1997. Oslo: Statens helsetilsyn, 1998.
 8. Navarro V. The political economy of the welfare state in developed capitalist countries. Int J Health Serv 1999;29: 15.
 9. Holmen J, Hetlevik I, Krüger Ø. Legemidler ved symptomfrie risikotilstander - dokumentasjonskravene bør skjerpes. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3972-4.
-

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no