
Prioritering – politisk likhetsideal gir medisinsk ubehag

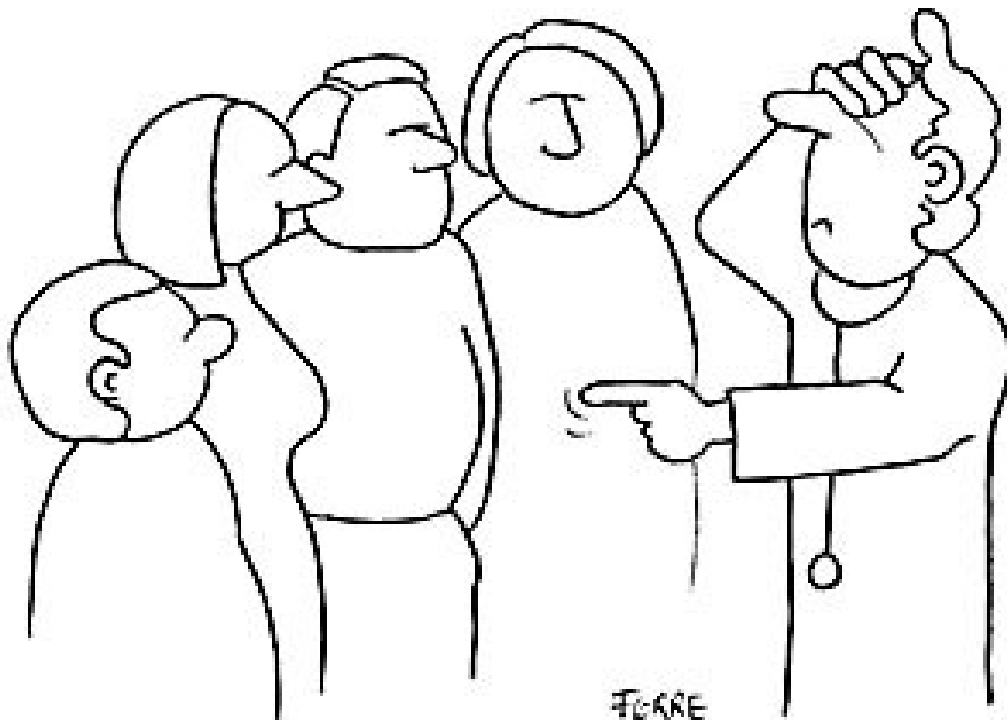
NYHETER OG REPORTASJER

NINA HUSOM

Email: nina.husom@legeforeningen.no

Tidsskriftet

Tåler likhetsprinsippet, som er grunnsteinen i alle utredninger og debatter om prioritering av helsetjenester, å bli rokket ved og omformet til spørsmålet: Hva kan vi gjøre for at de som har det verst skal få det bedre?



Knut Kvernebo i Norsk kirurgisk forening stilte spørsmålet på et seminar om utvikling av prioriteringskriterier i helsetjenesten

27. september. Helseminister Tore Tønne, ledere for spesialforeningene og representanter for Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedepartementet var til stede.

Hensikten med seminaret var å trekke spesialforeningene aktivt med i arbeidet med prioriteringskriterier som fungerer når de løftes ut av offentlige utredninger og stortingsmeldinger. Målet er å opprette fagutvalg innen hver spesialitet som skal komme med innspill til Nasjonalt råd for prioritering i helsevesenet (se ramme).

Shell, Mobil og syke

Via eksempler og foredrag ble det vist at det er langt fra byråkratenes verden til den kliniske hverdag der de vanskelige valgene tas mellom hvem som skal få, hvem som må vente og hvem som aldri kommer til å få tilbud om en type behandling.

Mange etterlyste en grundig debatt om begreper og grensdragninger: Hvordan skal vi definere grunnleggende helsetjenester? Hvilke pasienter skal omfattes av prioriteringsgruppene? Hvor anvendelige er begrepene alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet i praktisk prioriteringsarbeid? Hvordan skal kriterier som passer for enkelte somatiske spesialiteter tilpasses problemstillinger i psykiatri eller i geriatri der gjennomsnittspasienten har fire diagnoser eller mer? Hvor blir det av myndighetenes forståelse for skjønn i medisinske prioriteringer?

Knut Rasmussen, avdelingsoverlege ved Regionsykehuset i Tromsø understreket det problematiske spriket som er mellom departementets direktiver og sykehusenes ressursmessige muligheter (1).

– Idealene må synkroniseres i toppen av departementet, sa han, og viste til at det er full kollisjon mellom politiske signaler om prioritering og dagens økonomiske systemer som virker som en motkraft til disse.

– Det er en utfordring nå å finne ut hvordan vi skal inkorporere medisinsk-faglige vurderinger med politiske avveininger i prioriteringsarbeidet, sa helseminister Tore Tønne. Han la vekt på at Nasjonalt råd for prioritering i helsevesenet blir et viktig instrument når medisinsk-faglige vurderinger skal veies opp mot og tilpasses politiske mål. Statsråden sa også at en sterkere grad av arbeidsdeling mellom sykehusene må aksepteres dersom ressurskrevende metoder skal tas i bruk. – Vi må akseptere prioritering som går på bekostning av nærhet, sa politikerens.

Som tidligere næringslivsmann hadde Tønne forståelse for legenes ubehag og uvilje mot å prioritere mennesker mot hverandre: – Den gangen kunne jeg komme hjem til middag og si at i dag sa jeg nei til både Shell og Mobil uten å vike en tomme. Og jeg var stolt av det. Slik er det aldri i den jobben jeg har i dag.

Regelverk nytteløst?

Verken Lønning I-utvalget fra 1987 (2) eller Lønning II-utvalget fra 1997 (3) (odin.dep.no/shd/norsk/publ/utredninger/index-b-n-a.html) har maktet å presentere kriterier for prioritering som ivaretar likhetsprinsippet og som fungerer når tid, plass og

penger skal fordeles på altfor mange trengende. Paradoksalt nok har høyt prioriterte felt som geriatri, psykiatri og rehabilitering sakkert akterut i forhold til tjenester og pasientgrupper med lavere prioritet.

– Det som kom ut av Lønning I-utvalget var at folk etter hvert forstod at prioritering er nødvendig, sa Reidun Førde som satt i begge Lønning-utvalgene. – Initiativ til å lage kriterier er prøvd fra toppen av departement og helsetilsyn uten hell. Nå må ideene og innspillene komme fra fagfolk ved de kliniske avdelingene.

Hun mente at dimensjonene alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet som Lønning II-utvalget foreslo, fortsatt ville være hensiktsmessige kriterier å trekke med seg i det videre arbeidet.

President Hans Petter Aarseth mente at regelverk er nytteløst som grunnlag for prioritering på individnivå, og uttrykte forståelse for at legenes beslutninger er mer styrt av hva pasienten er tjent med enn av overordnede regler. Han sammenfattet dilemmaene legene står overfor slik: Skal jeg prioritere den minst syke som har mest nytte av behandlingen eller den som er mest syk, men som har minst nytte av behandlingen?

Fra 1. januar 2001 er den utskjelte tre måneders ventetidsgarantien en saga blott. Fra denne datoen reguleres pasientenes individuelle rettigheter i lov om pasientrettigheter (4). Ifølge loven har pasientene rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 dager etter at henvisning er mottatt samt en lovfestet rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten eller offentlig spesialisthelsetjeneste. Retten til helsehjelp gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.

Fagutvalg underveis

Fagsjef Petter Schou i Statens helsetilsyn har ansvar for å samordne etatens videre arbeid med prioriteringskriterier. Han sier til Tidsskriftet at spesialforeningene innen gynekologi, ortopedi og barne- og ungdomspsykiatri er godt i gang med å utvikle kriterier og at flere spesialforeninger har meldt sin interesse for å danne fagutvalg.

– Disse skal, med utgangspunkt i egne kliniske erfaringer, komme frem til enkle, ensartede retningslinjer for prioritering innen sin spesialitet, og komme med innspill til Nasjonalt råd for prioritering i helsevesenet, sier Schou. Slike utvalg skal etter hvert opprettes innen alle medisinske spesialiteter. Finansiering av arbeidet og beslutning om hvem som skal være sekretariat for utvalgene er ikke tatt.

Schou er ikke enig med Aarseth i at regler for prioritering er nytteløst: – Jeg ser ikke noe galt i å benytte regler og kriterier til sortering av pasienter, dersom reglene oppleves faglig fornuftige. Kjøreregler bidrar dessuten til å skjerpe tankegangen og det gir legene en viss trygghet å ha noe overordnet å forholde seg til, sier han.

Hva blir somatisk smerte i psykiatrien?

Otto Mathisen, Norsk psykiatrisk forening : – Det blir en utfordring for det psykiatriske fagmiljøet å beskrive hva kriterier som for eksempel smerter, svarer til ved psykiske lidelser, sier Mathisen, sjeflege ved Nordland psykiatriske sykehus. Han mener at noen av kriteriene for prioritering er mer siktet inn mot somatiske lidelser enn mot psykiske lidelser.

– Vi må synliggjøre at dødsrisikoen ved en del psykiske lidelser kan være betydelig hvis de ikke blir behandlet. Med tanke på kostnadseffektivitet og funksjonsnedsettelse er det viktig å få frem at tidlig og tilstrekkelig behandling av psykiske lidelser gir et bedringspotensial på linje med andre lidelser og har dokumentert stor betydning for videre livsfunksjon, uførhet, etc.

– Diagnose er isolert sett et lite egnet kriterium for prioritering for pasienter med psykiske lidelser. Vel så viktig er grad av lidelse, grad av funksjonsnedsettelse, forventet prognosetap uten rask behandling, forventet resultat av behandling, etc.

– Dilemmaet er om vi skal prioritere tidlig intervensjon hos en pasient for å stanse utviklingen av en alvorlig psykisk lidelse eller prioritere en mer langtkommen tilstand med større aktuell lidelse hos en annen pasient. Et annet dilemma ligger i å fordele en knapp ressursmengde mellom på den ene side en behandling som betyr mye for et mindre antall pasienter med alvorlige psykoser, og på den annen side et større antall pasienter med f.eks. angsttilstander som har større mulighet for helbredelse og full sosial og yrkesmessig funksjon. Det er viktig å tenke felles om disse prioriteringsdilemmaene i fagmiljøet, og å synliggjøre dem utad.

Vi må også ta stilling til alvorlige etiske dilemmaer: Skal man gi en halv behandling til to pasienter eller en hel behandling til én pasient? Vi trenger gode kriterier for hvem som på hvilket tidspunkt skal få behandling og hvem som bør søke annen hjelp, for eksempel for livsproblemer der helsetjenesten ikke er rette instans.

Nasjonalt råd for prioritering i helsevesenet

Nasjonalt råd for prioritering i helsevesenet ble oppnevnt av Bondevik-regjeringen i mars, men har ennå ikke hatt noen møter. Nå begynner noe å skje. Statssekretær Lars Erik Flatø sier til Tidsskriftet at departementet vil redusere antall medlemmer i utvalget, som opprinnelig bestod av 20 personer og justere sammensetningen. Men mandatet skal ikke endres. Utvalget skal ikke uttale seg om prioritering av enkeltpasienter. Det skal gi råd om prioritering av tilbud og tjenester og uttale seg om spørsmål av faglig og etisk karakter. Det tidligere Statens sykehusråd skal inngå i prioriteringsrådet som skal ledes av Paul Hellandsvik, direktør ved SINTEF Unimed.

Symptomer må synliggjøres i kriteriene

Reidar Kloster, Norsk nevrologisk forening :

– Uansett hvor finmasket man gjør prioriteringskriteriene, vil det være nødvendig med klinisk skjønn ved vurdering av henvisninger, sier Kloster som er seksjonsoverlege ved nevrologisk avdeling ved Sentralsykehuset i Vestfold.

– Kriteriene kan ikke bare bygge på diagnoser, fordi mange henvisninger ikke inneholder sikre diagnoser. Symptomer og symptomers alvorlighetsgrad må derfor synliggjøres i kriteriene.

Han sier at de fleste innleggelsene i nevrologisk avdeling skjer som øyeblikkelig hjelp og at pasienter med akutte, alvorlige lidelser derfor får hjelp raskt. Den vanskeligste prioriteringsoppgaven for nevrologer gjelder polikliniske pasienter som står på lange ventelister.

Det videre arbeidet med prioriteringskriterier må skje tverrgående innen fagmiljøene, gjerne ved at det opprettes faggrupper. Mens sykdommens alvorlighetsgrad ofte er enkel å vurdere, vil kriterier som nytte og kostnadseffektivitet være vanskeligere, og kreve et analyseverktøy som vi ikke har i dag. Slikt verktøy må fremskaffes. Det må være vilje til en kontinuerlig revisjon av kriteriene i takt med den medisinske utviklingen.

Livskvalitet som kriterium

Erik Halbakken, Norsk karkirurgisk forening:

– De aller fleste pasientene som trenger karkirurgisk behandling, har først og fremst behov for tjenester av betydning for deres livskvalitet. Innarbeiding av prioriteringskriterier som omhandler livskvalitet kunne bli en god hjelp i prioritering av pasienter til behandling, sier Halbakken som er overlege ved Karkirurgisk seksjon ved Sentralsykehuset i Vestfold.

– Et dilemma ved prioritering av pasienter med perifer karsykdom er at en stor andel skal ha forebyggende kirurgisk behandling. Elektiv kirurgi på aortaaneurismer er forebyggende mot ruptur, mens carotiskirurgi er forebyggende mot utvikling av slag. Disse pasientene vil kunne bli en buffergruppe ved begrenset kapasitet.

Mange karkirurgiske pasienter er «halvøyeblikkelig hjelp» som må behandles innenfor timer eller dager for ikke å passere en grense hvor livet trues eller ekstremiteten går tapt. Pasientrettighetsloven må ivareta denne gruppens rettigheter, samtidig som det må være full aksept for at en ren klinisk vurdering kan ligge til grunn for prioriteringen.

LITTERATUR

1. Rasmussen, K. Det umulige valget. Dagbladet 26.7.2000.
 2. Norges offentlige utredninger. Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. NOU 1987: 23. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1987.
 3. Norges offentlige utredninger. Prioritering på ny. NOU 1997: 18. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Seksjon statens trykning, 1997.
 4. Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter.
-

Publisert: 20. oktober 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 13. september 2026.