
En sammenhengende helsetjeneste – et etisk imperativ

DEBATT

REIDUN FØRDE

reidun.forde@medisin.uio.no

Reidun Førde er professor emerita ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo og mangeårig medlem av klinisk etikk-komité.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

INGRID MILJETEIG

Ingrid Miljeteig er lege, professor ved Bergen senter for etikk og prioritering, Universitetet i Bergen og leder av klinisk etikk-komite ved Haukeland universitetssjukehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

I klinisk etikkarbeid oppstår det jevnlig negative reaksjoner n r ressurser i kommunehelsetjenesten og ikke-medisinske hensyn trekkes inn i beslutninger om livsforlengende behandling. For noen kolleger oppleves det som kynisk at hensynet til kapasitet overhodet blir trukket inn i vurderingen. Vi mener det heller kan være uttrykk for nødvendig realisme.



Illustrasjonsfoto: Gorm Kallestad / NTB

I klinisk etikk-komiteer erfarer vi at i diskusjoner om videre intensiv- og livsoppretholdende behandling etter utskrivning fra sykehus blir det ofte reist bekymringer knyttet til pasientens livskvalitet, familiens situasjon og langvarige behov for omfattende rehabilitering og pleie. Vi opplever av og til det som kontroversielt å tematisere om kommunene faktisk har kapasitet, kompetanse og nødvendige ressurser til å gi nødvendig oppfølging og omsorgsfull hjelp. Samtidig ser vi hvordan beslutninger i spesialisthelsetjenesten medfører enorme konsekvenser for primærhelsetjenesten, uten at dette blir eksplisitt tematisert.

Mange kommuner står i en situasjon der de må stenge skoler og tjenester for barn og unge, redusere forebyggende tiltak og nedskalere tilbud til sårbare grupper for å klare sine lovpålagte oppgaver overfor pasienter med veldokumenterte rettigheter. Denne manglende samordningen mellom nivåene i helsetjenesten er ikke bare et organisatorisk problem. Den er et dypt etisk problem.

I hver sin retning

Vi lever i en tid der medisinske muligheter vokser raskere enn samfunnets evne til å følge dem opp. Nye, kostbare behandlinger tas i bruk, ofte på stadig videre indikasjoner. Samtidig er rekrutteringskrisen i kommunene tiltagende, og pleie- og omsorgstjenestene strekkes til bristepunktet.

Mens terskelen for hva som tilbys av høyteknologisk og avansert medisin i spesialisthelsetjenesten stadig blir lavere, blir terskelen i kommunehelsetjenesten heller høyere. Det som i sykehus kan framstå som en medisinsk suksess, kan i en kommune utløse år med ekstremt krevende omsorgsoppgaver uten tilstrekkelig personale, kompetanse eller økonomi og med påfølgende lidelse for pasienten og de rundt. Likevel er det fortsatt nærmest tabu å la slike konsekvenser inngå i de medisinsk-etiske vurderingene ved behandling med usikker eller begrenset nytte.

«Når hensynet til håp, gradvis informasjon og behandlingsoptimisme får dominere, blir ressursbruk og konsekvenser for primærhelsetjenesten ofte utelatt fra den etiske refleksjonen»

Dette gjelder ikke bare de mest kostbare eller teknologisk avanserte behandlingene. Også summen av mange tilsynelatende små og velmenende beslutninger kan få betydelige ringvirkninger. Når hensynet til håp, gradvis informasjon og behandlingsoptimisme får dominere, blir ressursbruk og konsekvenser for primærhelsetjenesten ofte utelatt fra den etiske refleksjonen. Når slike beslutninger tas på daglig basis, på tvers av hele helsetjenesten, blir den samlede belastningen betydelig, en belastning som særlig rammer de tjenestene som ikke har vært med på å bestemme.

Etisk ansvar stopper ikke ved utskrivningsdato

I klinisk etikk-komiteers arbeid ser vi noen ganger en slik manglende helhetstenkning. Hva hjelper det å tilby avansert og kostbar behandling i sykehus dersom oppfølgingen ikke lar seg gjennomføre? I praksis skyves de etiske dilemmaene fra sykehusene og ut til kommunene, der konsekvensene kan materialisere seg som nedskjæringer, tapte forebyggingstiltak og stor arbeidsbelastning i primærhelsetjenesten.

«Hva hjelper det å tilby avansert og kostbar behandling i sykehus dersom oppfølgingen ikke lar seg gjennomføre?»

Å sette grenser for behandling er vanskelig. Men å unnlate å gjøre det, er også et etisk valg – med potensielt alvorlige konsekvenser for pasienten selv, andre pasienter, familier og samfunn.

Moderne medisin gir oss i dag muligheter som langt overstiger de ressursene som finnes. Når vi ikke lenger er i stand til å gjøre vel, har vi et ansvar for ikke å gjøre skade – direkte eller indirekte. Når behandling med begrenset nytte bidrar til at barn mister forebyggende tilbud, sårbare familier mister støtte, og kommunene brytes ned innenfra, er ikke dette lenger bare et medisinsk spørsmål. Det er et spørsmål om rettferdighet, prioritering og bærekraft.

Primærhelsetjenesten er grunnfjellet i norsk helsetjeneste. Det er denne tjenesten befolkningen lever nærest på. En stadig mer spesialisert sykehusjeneste kan ikke lykkes dersom fundamentet svikter. Å ta pasientens beste på alvor innebærer å se hele behandlingsforløpet – også det som skjer etter utskrivning. Det innebærer å inkludere konsekvensene i kommunehelsetjenesten i de etiske vurderingene av behandling med usikker nytte. Det er ikke kynisme. Det er ansvarlig medisin og ansvarlig forvaltning av felles goder.

Publisert: 3. mars 2026. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.26.0037
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.