
Har vi råd til et godt helsevesen?

REDAKSJONELT

CHRISTIE W

Kan prioritering løse problemene?

Helsesektorens sterke vekst oppfattes også som en trussel mot en bærekraftig økonomi. Kan vi sikre en velferdsstat med tilstrekkelige tilbud og rettferdig fordeling? Lønning II-utvalgets innstilling om prioritering er det siste viktige bidrag til debatten (1).

Problemstillingen forenkles ikke av at debatten noe ensidig vektlegger mikronivået. Det gjelder rangeringen av pasienter og pasientgrupper i forhold til hverandre. Budskapet overfor publikum er at helsetjenesten ikke kan makt sine oppgaver, at noen ønsker å skille mellom verdig og mindre verdig trengende, og at lidelser kan rangordnes. En slik debatt skaper negative følelser og reaksjoner. Publikum, helsearbeidere og politikere må med i en dialog om alle aspekter ved prioriteringsspørsmålene.

Viktige prioriteringsdimensjoner på samfunnsnivå definerer rammebetingelser for prioriteringsutfordringen på individnivå, og de mulige svar på de to forannevnte problemstillingene:

- Balansering av tiltak i behandlingsskjedens mange ledd avgjør om et godt resultat oppnås på lavest effektive omsorgsnivå, og påvirker behovet for rasjonering av tiltak i andre ledd.
- Fordeling mellom pasientgrupper er vel så viktig for total rettferdighet og likeverd som lineær rangering av ventelister på ventelistene.
- Dimensjonering av helsetjenesten i forhold til andre samfunnssektorer og velferdstilbud er det som i siste instans avgjør hvor smertefull prioriteringen blir for pasientene (2).

Lønning I-utvalgets forslag med rangering av pasientene i fem kategorier etter alvorlighet, er forsøkt operasjonalisert gjennom faglige retningslinjer knyttet til ventelisteforskriften (3). Det er vanskelig å se det medisinske meningsfylte ved forskriftens avgjørende skille ved seks måneders maksimal ventetid mellom pasienter med og uten garanti, som er for lenge til å utgjøre en klinisk relevant

grense for ventetid. Garantien har vært et velment, men faglig lite egnet politisk grep for prioritering innenfor et ventelistesystem som ellers har mange gode sider.

Skal vi klare den pedagogiske utfordringen, må de politiske og eventuelle juridiske elementer i prioriteringene bygges på et mer solid faglig fundament.

Det er liten uenighet om at de to viktigste kriteriene for prioritering av helsetiltak er tilstandens alvorlighet kombinert med effekt av behandlingen, herunder også risiko og usikkerhet knyttet til effekten. Men hvor langt erfagmiljøene kommet i utvikling av kunnskap og anvendelse av de grunnleggende medisinske premissene?

Effektkriteriet skaper de største og vanskeligste prioriteringsproblemer, og reiser de største faglige utfordringene. Selv på områder med tilstrekkelig forskning og dokumentasjon savnes ofte systematiserte faglige retningslinjer. Dermed mangler viktige redskaper for faglig ledelse, kvalitetskontroll og prioritering (4).

Skal effektkriteriet få tilstrekkelig gjennomslag som prioriteringspremiss, bør det defineres flere standarder for best mulig behandling basert på forskning og dokumenterte erfaringer. Programmene bør ikke bare gi veiledning om hva som regnes som effektiv behandling, men også gi rettleiding for inndeling av pasientgrupper i prioritet.

Litteraturen omfatter en rekke forslag til konsensusbaserte behandlingsprogrammer bygd på tilgjengelig forskning (5). De må også legges til grunn for den kliniske ledelsen av avdelinger for å sikre økt kvalitet og likeverd (6). Det må utvikles rutiner og IT-løsninger som gjør at konsensusbaserte programmer lett kan legges til grunn for daglig klinisk håndverk, og for resultatrapportering og kvalitetssikring. Behandlingsresultat bør samles i nasjonalesammenliknbare registre som kan gi grunnlag for metodeevaluering og -utvikling.

En mer kunnskapsbasert medisin og bedre rutiner rundt den enkelte pasientgruppe kan dermed bli et avgjørende skritt fremover også mot en riktigere og mer relevant prioritering.

Werner Christie

LITTERATUR

1. Norges offentlige utredninger. Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste. NOU 1997: 18. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1997.
2. Statens offentliga utredningar. Vårdens svåra val. SOU 1995: 5. Stockholm: Socialdepartementet, 1995.
3. Norges offentlige utredninger. Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste. NOU 1987: 23. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1987.
4. New B, Le Grand J. Rationing in the NHS, Principles and pragmatism. London: Kings Fund, 1996.
5. Epstein RS, Sherwood LM. From outcomes research to disease management: a guide for the perplexed. *Ann Intern Med* 1997; 124: 832-7.
6. Grimshaw JM, Russell IT. Achieving health gain through clinical guidelines II: ensuring guidelines change medical practice. *Qual Assur Health Care* 1994; 3: 45-52.

Publisert: 10. juni 1997. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.