

# Prioriteringer i helsetjenesten – en nødvendighet

AV BJØRN-INGE LARSEN, *helsedirektør*

Debatten om prioriteringer i helsetjenesten engasjerer pasienter, pårørende, helsepersonell, helsemyndigheter og politikere. Mange forstår og aksepterer at helsetjenesten prioriterer. Også i verdens rikeste land er det aksept for at en samfunnssektor ikke kan heve seg over økonomiske rammer fastsatt av Stortinget.

Norge er blant de land i verden som bruker mest på helse. I den senere tid er helsebudsjettene nær doblet hvert tiår – til tross for at vi ikke har fått flere eldre og befolkningen er blitt friskere. De nye ressursene har blant annet gått til å ansette mer helsepersonell, heve kompetansen i helsetjenesten, gi tilbud til flere pasienter og ta i bruk ny teknologi. Tross voksende budsjetter kan vi ikke bruke all ny teknologi, selv om den gjør pasientene friskere og gir økte leveutsikter. Den nye teknologien kommer for fort og koster mye. Derfor prioriterer vi – som i alle andre land. Vi tar i bruk viktig ny teknologi som har stor betydning. Vi prioriterer pasienter med alvorlige sykdommer, behandlinger som har stor effekt og der kostnadene står i et rimelig forhold til nytten.

Daglig gjør vi som helsepersonell prioriteringer. Eksempler er vurderinger av pasienter som skal tilbys sykehjemsplass, sykehusinnleggelse, utredning med kostbar teknologi, medikamentell behandling, eller vurdering av antall utdannede personell på vakt i en institusjon. Hvis pasienter og pårørende ikke forstår at det prioriteres, skapes det urealistiske forventninger til norsk helsetjeneste. Ingen er tjent med det. Helsemyndighetene, herunder *Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering*, foretar prioriteringer når man setter standarder som helsetjenesten skal følge. Uten dette mangler helsepersonellet ryggdekning for sitt arbeid.

De siste tiårene har forskjellene i helse mellom sosiale grupper økt. Bedring i helse og forlenget levealder har kommet i grupper med lang utdanning. Dette er i strid



**Bjørn-Inge Larsen**

Bjørn-Inge Larsen er direktør i Helsedirektoratet fra etableringen i 2002. Han har tidligere vært ass.dir. i Statens helsetilsyn og fylkeslege i Vestfold og Finnmark.

Var i 2008/2009 leder i styret for Verdens helseorganisasjon (WHO), Europa. Fra 2010 til

2013 representerer han Norge i WHO's globale styre. Han leder Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten. I tillegg leder han Nasjonal pandemikomiteé og Norsk helseberedskapsråd. Videre er Larsen medlem i Nasjonalt totalforsvarsforum og i Helsebibliotekets råd.

Bjørn-Inge Larsen er utdannet lege fra Universitetet i Oslo (1986), bedriftsøkonom fra BI og har mastergrad i økonomi og samfunnsmedisin fra University of California, Berkeley (1994).

med våre intensjoner og vedtatte politiske ambisjoner. Noe av forklaringen finnes i helsetjenesten. Uten systematisk drøfting av prioriteringer i det offentlige rom, kan det bli en dreining av ressurser til særlige grupper eller talspersoner. Taperne vil da være kronisk syke, psykisk syke, rusmisbrukere, innvandrere samt demente.

Norge har mer helsepersonell enn mange andre land, likevel rekker vi ikke over alt som bør gjøres. En forklaring er at vi har høye ambisjoner. En annen forklaring kan være at vi går for langt i å utrede pasienter for sikkerhets skyld. I amerikansk helsetjeneste, hvor oversette diagnoser kan skape store utbetalinger etter rettssaker, har «for sikkerhets skyld»-medisinen medført at helsekostnadene er ute av kontroll. USA er blant få land som bruker klart mer enn Norge på helsetjenester.

Et annet spørsmål er hvor høyt vi skal prioritere det forebyggende arbeidet. Noen argumenterer med at det er etisk galt å prioritere friske, når det er så mange som er syke. Jeg har vanskelig for å akseptere dette argumentet. En godt bemannet helsetjeneste, som den norske, bør gi høy prioritet til å hindre at folk blir syke.

Livsforlengende behandling er også et spørsmål om prioritering av ressurser. Det er anslått at en fjerdedel av helse-

tjenestens ressurser anvendes i det siste leveåret. Deler av dette går til avansert medisinsk behandling hos pasienter hvor helbredelse ikke er sannsynlig eller mulig. Både faglige og økonomiske forhold taler for en fortsatt åpen debatt om disse spørsmålene fremover.

I debatten har det vært foreslått å øke helsetjenestens ressurser ved økte statlige bevilgninger, økte egenandeler og effektivisering. Disse tilnærmingene er viktige, men de kan ikke erstatte behovet for prioriteringer. Mulighetene til å ta i bruk ny teknologi som er mer kostbar enn dagens, vil derfor være begrenset i fremtiden, selv om landets politikere prioriterer helsetjenesten høyt.

Forslag om omorganiseringer i helsetjenesten har både faglige og økonomiske begrunnelser. Med endret medisinsk teknologi vil pasientene tjene på at noen prosedyrer sentra-

liseres. Andre behandlinger tilbys mer desentralt. Beredskapsvakter er kostbare for helsetjenesten og må vurderes mot bruk og nytte. I tett befolkede områder er mange parallelle beredskapsordninger blitt samordnet, slik at ressurser kan brukes annerledes. Debatten er vanskeligere i områder med store avstander, men også der må man vurdere om beredskapsordninger skal samordnes eller videreføres.

Som styremedlem i Verdens helseorganisasjon ser jeg de globale utfordringene på helseområdet. Mange land mangler personell, økonomi og organisasjon for å tilby befolkningen selv de enkleste livreddende helsetjenestene. I norsk helsetjeneste tilbys mye, men altså ikke alt, av den mest avanserte medisinen. Hvis vi ser Norges situasjon i lys av den internasjonale virkeligheten, kan det bli enklere å akseptere at det finnes noen grenser for hva vi kan tilby – også i Norge.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: [bjorn-inge.larsen@helsedir.no](mailto:bjorn-inge.larsen@helsedir.no)



DIPTICO CON HOJAS (DIPTIKON MED LØV)