

Sju myter om helsebudsjettet

Det er gode holdepunkter for at sykehusene er underfinansiert. En relativt moderat økning i helsebudsjettet ville eliminere de fleste av dagens «**prioriteringsdilemmaer**».



PRIORITERING I HELSE-TJENESTEN

TORGEIR BRUUN WYLLER

Professor i geriatri ved Universitetet i Oslo. Leder for Helsetjenesteaksjonen



Det hevdes at helsepersonell må prioritere mellom pasienter. Prioriteringsutvalget («Norheimutvalget») foreslår vurdering av helsegevinst ved såkalte «kvalitetsjusterte leveår» som grunnlag for prioriteringer.

Jeg mener disse synspunktene bygger på etiske og politiske feilslutninger. I det følgende oppsummerer jeg kritikken ved å peke på sju seiglivede myter.

1. «Mer til noen betyr mindre til andre»

Beskrivelsen er korrekt når man ser alle landets ressurser under ett, men ikke for helsetjenesten isolert. Helsebudsjettet er ikke en lukket boks fri for prioritering mot andre samfunnsområder. Stortinget står fritt til å øke eller redusere helsebudsjettets andel av statsbudsjettet. Norge er et rikt land med meget høyt privat og offentlig forbruk. Politikerne kunne – om de ønsket det – fritt omdisponert

midler til fordel for helsetiltak uten at det ville føre til dramatisk reduksjon i livsnødvendige ytelser på andre områder.

2. «Helsetjenesten er et bunnløst sluk»

Denne påstanden gjentas så ofte at mange ikke stiller spørsmålstegn ved den. Men det er og forblir en udokumentert påstand som jeg finner svært usannsynlig. Faktum er at i dag ligger Norge i midtre til nedre del av OECD-landene i helseutgifter.

Når det gjelder legemidler, som er gjenstand for de mest intense debattene om prioritering, har det vært en nedgang i utgiftene når man tar hensyn til den generelle utgiftsveksten. Det er gode holdepunkter for at sykehusene i Norge for tiden er underfinansiert, og at en relativt moderat økning i helsebudsjettet ville eliminere de fleste av dagens «prioriteringsdilemmaer».

3. «Verdens nød tilsier lavere helsebudsjetter i Norge»

Det er all grunn til, ikke minst ut fra kristen etikk, å holde frem forpliktelsen til større solidaritet med verdens fattige. Men det har aldri vært noen kristen dyd å sette svake grupper opp mot hverandre. Det er ingen tvil om at de som får lide mest når norske

helsebudsjetter beskjæres, er de svakeste i vårt samfunn.

Dels fordi lavere sosial status følges av uhelse. Dels fordi alvorlig sykdom og svekkelse alltid gir sårbarhet. Og dels fordi de rikeste uansett kan kjøpe seg et bedre tilbud. Vi som går inn for økt hjelp til verdens fattige kan ikke anvisse salderingsposter som innebærer å skyve regningen over på de svakeste i Norge.

4. «Det er en medisinsk oppgave å bestemme hvem som skal prioriteres»

Dette er naturligvis sant i daglig klinisk praksis. Vi må bestemme hvem vi skal gå til først hvis det kommer flere pasienter samtidig til akuttmottaket og hvem som skal få time på dagen på fastlegekontoret.

Men vi skal motsette oss å få oss delegerte oppgaver med prioritering – oppgaver som i sin natur er politiske. Vi har ingen større kompetanse enn andre til å vurdere om akuttmedisin er viktigere enn psykiatri eller om kreftmedisiner er viktigere enn blodtryksmedisiner.

Vi må naturligvis kunne fortelle politikerne på en saklig og edruelig måte hva vi vet om helsegevinsten av våre tiltak. Men det er et politisk og ikke et medisinsk valg om man vil tilby



Påstanden om at 'helsetjenesten er et bunnløst sluk' gjentas så ofte at mange ikke stiller spørsmålstegn ved den. Men det er og forblir en udokumentert påstand

Torgeir Bruun Wyller

SI DIN MENING
@verdidebatt.no/

Kronikken er en forkortet versjon av et foredrag holdt ved Norges kristelige legeforenings seminar om etikk og prioritering i oktober 2015. En lengre versjon blir publisert i tidsskriftet Inter Medicos.

alt dette, ikke noe av det, eller litt – og i så fall hva.

Slike prioriteringer bygger på at ulike verdier og hensyn avveies, og det finnes ikke noe objektivt og eksakt svar på hva som er riktig. Det er et sentralt demokratisk prinsipp at slike verdivalg skal foretas av folkevalgte som står til ansvar overfor sine velgere.

5. «Sparing betyr redusert behandlingstilbud»

Sløsingen i helsetjenesten er enorm, men skjer ikke først og fremst i pasientbehandlingen. Vi har fått stadig flere nivåer av ledere som ikke yter noe til pasientenes beste. Helsepersonellet bruker en økende del av tiden på uproduktiv rapportskrivning og dokumentering.

Små enheter slås sammen til større til tross for solide holdepunkter for at dette vanligvis fører til økte kostnader og redusert kvalitet.

Sykehusenes utgifter til konsulenter er i milliardklassen, og rådene konsulentene gir, er ofte dårlige.

Før man snakker om at man må prioritere mellom pasienter, burde helsetjenesten se hva vi får råd til dersom vi konsentrerer oss om vår egentlige oppgave – pasientbehandling, og skjærer



PRIORITERING: – Forslaget om å vurdere helsegevinst ved «kvalitetsjusterte leveår», bygger på etiske og politiske feilslutninger, mener kronikkforfatteren. På bildet professor Ole Frithjof Norheim (t.h.) da han overleverte utredningen om prioritering til helse- og omsorgsminister Bent Høie (t.v.).

Foto: Terje Pedersen/NTB scanpix

vekk alt som ikke er påkrevet for dette formålet.

6. «Vi kan regne ut hva som er kostnadseffektivt»

Beregninger av såkalt «kostnadseffektivitet» forutsetter at gevinsten av et vunnet leveår kan estimeres som en desimalbrøk mellom 0,0 og 1,0. Ved å multiplisere denne desimalbrøken med gevinsten i levetid av et behandlingstiltak, får man effekten i «kvalitetsjusterte leveår» (QALYs).

Hvis pasienten som følge av behandlingen lever ett år lenger med full livskvalitet, er gevinsten 1 QALY. Hvis pasienten lever to år lenger, men bare med halv livskvalitet, er gevinsten også 1 QALY. Men det er enorme vitenskapelige og etiske problemer forbundet med å gi livet en numerisk verdi på denne måten.

Beregningene er kompliserte, og kamuflerer dermed at det foretas svært dramatiske prioriteringer som ligger implisitt i de kvasi-eksakte beregningene. Blant annet omfatter beregningene som regel mål på *funksjon*. Har man redusert funksjonsevne,

har livet dermed også per definisjon redusert verdi. Dette kolliderer fundamentalt med det kristne synet om at det svake og hjelpeløse livet har samme ukrenkelige verdi som det funksjonsfriske.

7. «Prioritering blir mer rettferdig når den bygger på formelle og generelle kriterier»

Legenes oppgave er ikke primært å fordele helse rettferdig, men å yte sitt beste i det unike møtet med pasienten.

Det vil aldri være mulig å konstruere kontekst-uavhengige regler som skal sikre en «objektiv» og «rettferdig» løsning på overordnede prioriterings spørsmål. Prioriteringene må politikerne foreta etter sitte beste skjønn – og stå til ansvar for folket ved valg.

Medisinsk embetseksamen gir ingen spesielle fortrinn i denne prosessen.

Helsepersonellens ansvar er å gå til pasienten og legge alt vi har av profesjonalitet, kunnskap og ferdigheter i vektskålen for at nettopp dette møtet skal bli helsebringende for Den andre.