



# Prioritering i teori og praksis

---

REDAKSJONELT

BRUUSGAARD D

---

*Kjøp av helsetjenester til sykmeldte er i strid med Lønning-utvalgets konklusjoner*

Rikstrygdeverket har introdusert en ordning med kjøp av helsetjenester for sykmeldte. I løpet av 1999 skal tiltaket være “stabilt forankret på landsbasis og fungere som et permanent virkemiddel i trygdeetatens oppfølging av sykmeldte”. Trygdeetaten administrerer en ordning forbeholdt sykmeldte, som “... et ekstraordinært tiltak på siden av eksisterende behandlingstilbud. Yrkesaktive som er sykmeldt, tilbys raskere medisinsk utredning og behandling av fysiske lidelser som er enkle å behandle. Slik skal de kunne vende tilbake til arbeidslivet tidligere enn hva tilfellet ville ha vært dersom de hadde fulgt ordinære ventelister”.

Ordningen lanseres nå med plakater og brosjyren *Til deg som er sykmeldt og venter på behandling*. Kortere ventetid på behandling krever at

- du er sykmeldt på grunn av en fysisk lidelse
- lidelsen din er enkel å behandle
- du har en stor mulighet til å bli frisk

Tilbudet gjelder:

- Du kan raskere bli innkalt til spesialist for medisinsk utredning.
- Du kan raskere bli behandlet hvis en enkel operasjon kan gjøre deg frisk og arbeidsdyktig.

Prioriteringsutvalget (1) tok naturlig nok opp problemet forskjellsbehandling, og det grundig. I gjennomgangen av prioriteringsmodeller i andre land anføres: “Felles for dem alle er at det gis en klar vektlegging av hensynet til behandlingens virkning og kostnadseffektivitet. Det er en unison avvisning av at sosiale kjennetegn ved pasientene skal være relevante prioriteringskriterier.”

I utvalgets egen anbefaling heter det i kapittel 8.9.4 Produktivitet: “Et spørsmål som har vært fremme i den offentlige debatt, er om hensynet til pasientens produktivitet i arbeidslivet skal kunne begrunne prioritet i en kø.” Videre heter det: “Spørsmålet kan knyttes til at det er u hensiktsmessig for samfunnet at mennesker som kunne ha fått

behandling og blitt fullt arbeidsføre igjen, skal gå uproduktive og heve sykepengene. Det kan også ses som et problem at nøkkelpersoner i betydningsfulle samfunnsinstitusjoner er ute av funksjon, og at viktig virksomhet derfor stopper opp.

Utvalget er av den oppfatning at systematisk prioritering på gruppenivå etter produktivitetshensyn kan marginalisere dem som ikke har inntektsgivende arbeid, for eksempel husmødre, pensjonister, arbeidsløse, funksjonshemmede, studenter. Det kan gi uheldige og utilsiktede konsekvenser på lengre sikt, og det vil være i strid med det likeverdsprinsipp vi ønsker at det norske samfunn skal tuftes på. I en offentlig helsetjeneste må det være en universell tilgang til de tjenester som tilbys.”

I sin oppsummering av kapittel 8, Verdier, prinsipper og kriterier for prioritering i norsk helsevesen, anførte utvalget: “Ulik alvorlighetsgrad, ulik forventet nytte og ulik kostnadseffektivitet er legitime grunner for forskjellsbehandling. Kriterier som kjønn, etnisk tilhørighet, tidligere helseskadelig adferd, produktivitet, livssyn, seksuell orientering og sosial status er under ingen omstendighet relevante.”

Det bredt sammensatte utvalget tar klar og enstemmig avstand fra den type forskjellsbehandling som nå er institusjonalisert i og med innføring av ordningen som har fått betegnelsen “kjøp av helsetjenester”. Det hele begynte med bruk av trygdemidler til å styrke behandlingstilbud som erfaringsmessig gjaldt pasientgrupper der mange var sykmeldt. Disse tiltakene kom således alle pasienter med aktuelt behov til gode, uansett om de var yrkesaktive eller ikke. Senere er det gjennomført prøveprosjekter med kjøp av helsetjenester for sykmeldte (2). Motforestillingene har gradvis avtatt, og ordningen ble til slutt vedtatt av Stortinget i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 1998 (3).

Noe av grunnen til at det sannsynligvis er lite å hente ved kjøp av helsetjenester til sykmeldte, er at det alt i dag legges vekt på yrkesaktivitet ved *individuell* prioritetsvurdering. Muligens av redsel for å opptreuetisk har imidlertid Helsetilsynet i sitt foreslåtte henvisningsskjema, beregnet for prioriteringsformål, ingen rubrikk for sykmeldingsstatus.

Mye tyder på at Stortinget fattet sitt vedtak ut fra urealistiske forventninger om økonomiske besparelser. SINTEF har gjennomført en undersøkelse som konkluderer med at 6,5% av langtidsfraværet kunne vært spart ved nedkortet ventetid på utredning og behandling for sykmeldte (4). Undersøkelsen er imidlertid basert på grove estimater og er preget av stor tro på effekt av behandling. Det er logisk at ventetid på behandling kan resultere i “unødig” sykefravær. Mange sykmeldte står på venteliste for behandling, spørsmålet er imidlertid hvor mange av dem som kunne vært friskmeldt hvis de hadde fått behandlingen tidligere.

Prioriteringsutvalget har imidlertid ikke gått inn i noen diskusjon av mulig økonomisk gevinst, men har valgt å avvise denne form for forskjellsbehandling på prinsipielt grunnlag.

Det kan forstås, om ikke forsvares, at politikerne ikke alltid følger ideelle krav til etisk basert prioritering. Stortinget, med blant andre prioriteringsutvalgets leder, representanten Inge Lønning, Høyre, var enstemmig i sin anbefaling om å kjøpe behandlingsprioritet for sykmeldte. Det som bør bekymre, er imidlertid at en ordning der forskjellsbehandling for offentlige midler i det offentlige helsevesen settes i system, kan innføres uten diskusjon av vedtakets prinsipielle og etiske sider.

At den yrkesaktive del av befolkningen bevilger seg behandlingsprivilegier, burde vært gjenstand for en grundig debatt både blant oss som forventes å skulle anbefale og gjennomføre ordningen, og blant dem som venter på behandling.

*Dag Bruusgaard*

*Dag Bruusgaard (f. 1940) er professor i trygdemedisin ved Universitetet i Oslo og bydelslege på deltid. Han er opptatt av både begrunnelsen for innføring av nye trygdeordninger og av den praktiske gjennomføringen av dem.*

#### LITTERATUR:

1. Norges offentlige utredninger. Prioritering på ny. NOU 1997: 18. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjonstatens trykning, 1997.
2. Forsøk med bruk av sykepenger i trygdeetaten for å kjøpe helsetjenester. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1996.
3. S.innst. nr. 252 (1997-98). Revidert nasjonalbudsjett.
4. Hem KG, Lippestad JW, Eide AH. Helsekøer og sykefravær. SINTEF-rapport. Oslo: SINTEF-Unimed, 1998.

---

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no