

Prioritering er mer enn å ordne køen

Legeforeningen har nylig gitt ut en statusrapport om prioritering i norsk helsetjeneste (1). Rapporten synes å være uttrykk for sterk opplevelse av ressursknapphet.

Paradoksalt skjer dette etter en periode med vekst som er relativt unik både historisk og internasjonalt (2). Mens Norge for 10 år siden hadde et middels høyt helse-tjenesteforbruk blant OECD-landene, er vi nå i tetsjiktet, om enn langt bak USA.

Etter min vurdering har opplevelsen av ressursknapphet en enkel forklaring: Den ressursmessige sum av pasientenes ønsker (inklusive potensielle pasienter), pasientrettighetslovens forpliktelser, politikernes løfter, allehånde faglige retningslinjer og fagfolkens ønske om bedre bemanning, utstyr og bygninger, er langt større enn tilgjengelige ressurser enten vi måler disse i kroner (186 milliarder i 2006) eller personell. Dersom Stortinget mot formodning skulle etterbevilge det nåværende gapet mellom ønsker og ressurstilgang, vil alle parter trolig raskt venne seg til den nye romslighet med nye ønsker og ny ressursknapphet til følge.

Følelsen av kritisk ressursknapphet vil neppe være til å unngå med mindre alle parter for det første forstår hvorfor situasjonen oppleves så vanskelig, og dernest er villige til å iverksette prioriteringer som skaper balanse mellom vedtatte tiltak og faktisk ressurstilgang. Etter min vurdering har vi i dagens Norge et misforhold mellom hva samfunnet har lovet å tilby og de ressurser som er stilt til disposisjon. En slik påstand kan neppe bevises strengt vitenskapelig, men det er lett å peke på eksempler som understøtter den.

Tittelen på Legeforeningens rapport – *Lang, lang rekke* – kan gi inntrykk av at utfordringen ligger i å ordne køen bedre. Den er nok langt større: Å si nei til en lang rekke diagnostiske, behandlingsmessige og andre tiltak som både er nyttige og ønskelige sett med pasientens øyne. Legeforeningen foreslår fortjenstfullt at dens medlemmer skal fremme forslag om prioritering i norsk helsetjeneste, og antyder at dette skal skje etter spesialitet. Dersom et slikt arbeid arbeidet skal resultere i noe mer enn en «ønskeliste til jule-nissen», vil det være nødvendig å vedta hvilke prinsipper prioriteringen skal skje etter og dernest foreslå hvilke tiltak som skal prioriteres bort. Man kunne tenke seg at den enkelte medisinske spesialitet fikk i oppgave å kostnadsberegne de tiltak man ville prioritere opp samtidig som man anførte kostnadsdekning ved å angi hvilke nedprioriteringer innen egen spesialitet som skulle gi rom for de prioriterte tiltak. Legeforeningens sentralstyre kunne deretter vurdere forslagene fra alle spesialitetene og sy sammen en liste av tiltak som

bør prioriteres opp og hvordan disse skal finansieres ved å ta bort eksisterende tiltak.

Ivar Sønbo Kristiansen

Institutt for helseledelse og helseøkonomi
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Lang, lang rekke – hvem skal vente, hvem skal få? Oslo: Den norske legeforening, 2007. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=120932&subid=0> (8.8.2007)
2. Kristiansen IS, Gyrd-Hansen D. Prioritering og helse – bør det innføres makspris på leveår? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 54–7.

Fakultetets ansvar ved uredelighet i medisinsk forskning

Dag Bratlid skriver i Tidsskriftet nr. 13–14/2007 om tre eksempler på uredelig eller kritikverdigg forskning (1). Han viser at ansvarlige organer i de beskrevne tilfellene kviet seg for å gå inn i prosesser som er ubehagelige og krevende. Jeg synes Bratlids vurderinger er balanserte og er enig i kritikken mot forskningsmiljøer og involverte fakulteter, basert på de opplysninger han gir.

I perioden 1998–2006 var jeg dekanus ved Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo, som er arbeidsgiver for svært mange medisinske forskere i Norge. Fra den tiden husker jeg totalt tre saker. Den første gjaldt en dyptgående konflikt mellom to forskere. På det tidspunktet eksisterte fortsatt Uredelighetsutvalget ved Norges forskningsråd. Forutsetningen for å sette i gang en prosess var at arbeidsgiver ønsket saken utredet, noe fakultetet umiddelbart ga grønt lys til. I den neste saken ble det reist spørsmål om juks i publiseringslisten til en søker til et professorat. Bedømmelseskomiteen nektet å vurdere søknaden pga. disse uregelmessighetene, men søkeren klaget saken inn for fakultetet. Fakultetet innkalte søkeren og gjorde ham oppmerksom på at søknaden inneholdt til dels grove feil. Søkeren mente han hadde misforstått hvordan publiseringslister skulle settes opp og beklaget unøyaktigheter. Fakultetet mente det var umulig å bevise at uregelmessighetene representerte juks, men opprettholdt sitt vedtak om at søknaden ikke skulle vurderes. I praksis var dette en skarp irettesettelse av søkeren (som altså ikke var ansatt ved fakultetet). Vedkommende søkte igjen et professorat ved fakultetet noen år senere, og denne gangen ble det ikke funnet feil ved søknaden. Enkelte fakultetsansatte som ble kjent med søknaden, krevde at søknaden skulle avvise, men dette var ikke fakultetsledelsen enig i, ettersom fusk ikke var bevist. Søkeren ble vurdert, men rakk ikke opp i konkurransen. Den tredje saken var Sudbø-saken, der fakultet og sykehus sammen opprettet en undersøkelseskommi-

sjon og fra første stund lovet at alle fakta skulle på bordet og publiseres, også internasjonalt.

Jeg møtte ingen motstand mot den nulltoleranse overfor forskningsfusk som her er beskrevet. Jeg er ikke i tvil om at det i min periode som dekanus skjedde forskningsfusk som aldri kom på bordet, og legger meg flat for kritikk om at vi kunne gjort mer for å forebygge forskningsfusk. Universitetet i Oslo har i kjølvannet av Sudbø-saken tatt en rekke skritt for å redusere faren for forskningsfusk (2).

Stein A. Evensen

s.a.evensen@medisin.uio.no
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Bratlid D. Om uredelighet i norsk medisinsk forskning. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1795–6.
2. Benestad HB. Tiltak mot forskningsfusk. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 322.

Til å bli trett av? Langt ifra!

I Tidsskriftet nr. 13–14/2007 har Anna Luise Kirkengen og medarbeidere en tankevekkende kronikk under tittelen *Til å bli trett av* (1). Artikkelen er et kollegialt tilbud om å utvide vår forståelse av vårt yrke. Målet er å øke kunnskapsforrådet omkring menneskets totale funksjon og bedre våre muligheter til å behandle sykdom – rett og slett til å bli dyktigere i vårt fag.

Ofte er det blitt hevdet at basalfagene er selve grunnsteinen i vårt yrke. Vanligvis har man ment at det dreier seg om anatomi, biokjemi, fysiologi og genetik, men er ikke den mest basale kunnskap om mennesket kunnskap om menneskets totalitet? Er ikke interaksjonen mellom psyke og soma det egentlige basalfaget i medisinen? Har mange av oss glemt denne grunnleggende kunnskapen? Er den i vår mekaniserte tidsalder skjøvet til side for tekniske løsninger på komplekse fenomener som også krever andre tilnæringsmåter? Jeg tenker her i første rekke på inter- og intrapsykiske konflikter, på erkjennelsesteoretisk kunnskap, på fordypning i filosofi, litteratur, kunst og antropologi, politiske forhold, menneskesyn og historie. Og mye mer. Blir det da ikke litt fattigslig, litt trangt og ufullstendig når medisinen tviholder på å diagnostisere f.eks. en depresjon som en tilstand man bør behandle med antidepressiver istedenfor å spørre vår triste pasient hva han er lei seg for?

Når en organisme som den menneskelige utsettes for vedvarende psykiske og/eller fysiske påkjenninger, vil den reagere, ofte med «sykdommer», der vi leger kan glede oss over å sette en diagnose, en merkelapp, på tilstanden. Vi kaller den f.eks. en depresjon. Når vi først har satt diagnosen «depresjon», gir behandlingen seg selv i vår enkle