

Leder

«Ta to paracet og ring oss i morgen»

BØR BARNLØSE FÅ tilbud om behandling og prøverørsbefruktning i det offentlige helsevesenet? Skal offentlige sykehus ta seg av kjønnskifteoperasjoner? Bør det innføres øvre aldersgrenser for enkelte typer behandlinger og kirurgiske inngrep? Skal mennesker i fast arbeid få behandling før kronisk syke, trygdede, uføre og arbeidsløse?

Slike spørsmål må norske politikere ta stilling til i en nær fremtid. Prioriteringsdebatten i helsevesenet blusser opp igjen, etter å ha ligget og ulmet en lang stund etter at det såkalte Lønning II-utvalget leverte sin anbefaling om medisinske prioriteringer i 1997. Den gang ble det anbefalt å legge mer vekt på kostnadseffektivitet i helsevesenets prioriteringer, i tillegg til behandlingens effekt og sykdommens alvorlighetsgrad. Kostnadsspørsmål har de siste årene totalt dominert norsk helsedebatt, men uansett hvor mange reformer, utredninger og spaltmeter som produseres om tematikken, ser det ikke ut til å monne. Røde regnskapstall, mangel på personell, stadig flere pasienter og ny tilgang på bedre og dyrere behandlingsformer, tvinger frem en ny prioriteringsdebatt.

SOM NASJON ER vi satt sjakk matt av helsevesenets voksesmerter. Selv med all verdens oljeinntekter kan vi ikke kjøpe oss vekk fra de prioriteringene som ligger foran oss. Det vil ikke være nok sykepleiere og leger til å ta seg av oss, uansett hvor mye penger vi bruker. Prioriteringene må tas på mange nivåer og gjelde en rekke medisinske, men også administrative og organisatoriske problemstillinger. Muligens kan vi unngå å måtte sortere folk etter alder eller arbeidsinnsats, men det fordrer politikere som våger å gå inn i debatten før en ny, voldsom kapasitetskrise treffer helsesektoren som en kule.

Sannsynligvis kan vi komme langt ved å sentralisere enda mer. Den norske kampen for spesialenheter på hver en odde, er merkelig. Tenk deg selv, hvis du sto overfor en livstruende diagnose og måtte igjennom en komplisert operasjon. Ville du foretrukket å være et nummer i rekken på et universitets- eller sentralsykehus, eller ville du foretrukket å være et spennende case i en ellers slapp kirurgisk tilværelse for legene på et lokalsykehus? De fleste ville valgt det sykehuset som gjør det samme inngrepet flere ganger om dagen, året rundt, fremfor det sykehuset som gleder seg over endelig å få en utfordring.

DEN STORE SAMHANDLINGSREFORMEN har som mål å gjøre folk friske der de bor, og aller helst bidra til at de ikke blir syke i utgangspunktet. Forebygging og lokal oppfølging er viktige stikkord. Her vil fastlegene få en formidabel utfordring.

Hvis politikerne ikke våger, så kommer fastlegene til å gjøre en stor del av prioriteringsjobben for dem. De vil sannsynligvis ikke ha noe valg. Frasen ”ta to paracet og ring oss i morgen”, vil få ny aktualitet. Spørsmålet er om vi ikke legger et vel stort ansvar over på fastlegene. Sannsynligvis må alle oss som nyter godt av det norske helsevesenet finne oss i å bli nedprioritert av en ung, kjepphøy lege i ny og ne.

Men vi kommer til å kreve at vi får den best tilgjengelige behandlingen som er å oppdrive den dagen det virkelig gjelder. Det er den viktigste siden ved det å prioritere.

MANDAG MORGEN



Som nasjon er vi satt sjakk matt av helsevesenets voksesmerter. Selv med all verdens oljeinntekter kan vi ikke kjøpe oss vekk fra de prioriteringene som ligger foran oss.