

Michael



Tidsskrift for samfunnsmedisin og medisinsk historie



Helsetjenesten i Norge:
Verdens beste – eller god nok?



Michael Skjelderup

Michael is a publication series named after professor *Michael Skjelderup* (1769–1852), one of the fathers of Norwegian medicine. He was born in Hof, Vestfold in Norway as the son of a priest, and was raised in the Norwegian countryside. Because of severe speech disturbances as a boy he did not get proper schooling. Lacking a student examination, an academic training seemed out of question, in spite of his obvious bright mind. However, in 1789 he was admitted to the new Surgical Academy in Copenhagen, where academic qualifications were not required.

From now on, his career flourished. He passed the surgical examination with the highest grade in 1794, he defended his doctoral thesis in 1803 and was appointed professor in 1805.

The first University in Norway was founded in Christiania (now: Oslo) in 1811. From 1814 the new medical faculty could offer medical training. Michael Skjelderup was appointed its first professor 1813, and started his teaching, mainly in anatomy in the fall of 1814, after a dramatic war time sea voyage from Denmark across the waters of Skagerrak where hostile Swedes fired at his swift sailing vessel.

As a University pioneer, he became active in several medical fields. When he resigned in 1849, eighty years old, he had seen all Norwegian trained medical doctors in his lecture room.

Skjelderup was instrumental in building a scientific medical community in Christiania. Together with his University colleague Frederik Holst (1791–1871) he founded the first Norwegian medical journal *Eyr*, named after a Norse medical goddess, in 1826. A reading club of physicians established in 1826 was formalized into an association in 1833, the still existing *Det norske medicinske Selskab* (The Norwegian

Medical Society), which over the decades to come played an important role in the development of the health services and of a national medicine. *Michael* is published by the same association – *Det norske medicinske Selskab*.



The editors

*Michael Skjelderup portrayed by
Johan Gørbitz (1782–1853)*

Michael

Publication Series of The Norwegian Medical Society

Vol. 21 / 1 / 2024

Helsetjenesten i Norge: Verdens beste – eller god nok?



Michael 2024; 21: 1–154



Tidsskriftet *Michael* redigeres etter redaktørplakaten. Alt som publiseres, representerer forfatterens synspunkter. Disse samsvarer ikke nødvendigvis med redaksjonens eller Det norske medisinske Selskaps synspunkter, med mindre dette kommer særskilt til uttrykk.



Michael er et tidsskrift med åpen tilgang (open access) som publiseres på nett samtidig med papirutgaven, og er inkludert i Directory of Open Access Journals (DOAJ). Alt innhold, både i ordinære utgaver og supplementer, publiseres under Creative Commons-lisensen [CC BY-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/). Det innebærer at forfatterne har kopirettighetene og at alle kan kopiere og distribuere artikler i *Michael* i hvilket som helst medium eller format og til et hvilket som helst formål. Artiklene må gjengis uendret og med kildeangivelse. Dersom man bearbeider eller legger til noe i artikkelen, kan den endrede artikkelen ikke distribueres.



Tidsskriftet *Michael* er medlem av Committee on Publication Ethics (COPE) – www.publicationethics.org. Tidsskriftet *Michael* følger retningslinjene derfra og fra Vancouvergruppen (International Committee of Medical Journal Editors) – www.icmje.org. Tidsskriftet *Michael* er medlem av Fagpressen (www.fagpressen.no) og Tidsskriftforeningen (www.tidsskriftforeningen.no).



Enkelteksemplarer av tidsskriftet *Michael* og supplementer kan bestilles gjennom Tekstallmenningen via nettstedet <https://tekstallmenningen.no/>.



Omslagsbildet: *Doktorbesøg* (1885) av Jacob Gløersen. (Foto: Morten Zondag)

Det norske medisinske Selskab 2024
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

ISSN 1893-9651

Design og grafisk produksjon: Aksell AS – aksell.no, 2024

Innhold

Leder

Helsetjenesten i Norge og kravene til den <i>Øivind Larsen</i>	7
---	---

Tema: Helsetjenesten i Norge: Verdens beste – eller god nok?

Verdens beste – eller god nok? <i>Magne Nylenna</i>	10
--	----

Pasienter nyinnlagt i sykehjem – alder, tilstand og funksjonsnivå <i>Terje P. Hagen, Morten Aarflot, Trond Tjerbo</i>	23
--	----

Kan friskere aldring og økt familieomsorg veie opp for lavere tilgang på offentlige helse- og omsorgstjenester? <i>Astri Syse, Geir Hjermås</i>	39
---	----

Kvalitet – hvordan vite hva som er gode helsetjenester? <i>Jan Frich</i>	52
---	----

Hvordan er pasientsikkerheten i norske sykehus? <i>Stig Harthug</i>	63
--	----

Helsesystemanalyser og Norges plassering i verden <i>Ingrid Sperre Saunes</i>	71
--	----

Måste man jamföra? <i>Jon Magnussen</i>	79
--	----

Kan Norge finne veien til forsvarlig sparsommelighet i helsetjenesten? <i>Pål Gulbrandsen</i>	92
--	----

Hvordan burde den norske vaksinestrategien mot covid-19 sett ut? <i>Elise Wallinder</i>	100
--	-----

Brev til redaktøren	
Flere kristne syn på abort	
<i>Marius Storvik</i>	117
Morten Magelssen svarer	121
Nye bøker	
Et arbeidsliv der menneskeverdet forvitrer	
<i>Anniken Sandvik</i>	123
En allmennmedisinsk gigant!	
<i>Kristina Riis Iden</i>	125
Om å bli gammel	
<i>Arvid Heiberg</i>	127
Råd for fremtiden	
<i>Erik Fosse</i>	129
Å legge døden på is	
<i>Berit Horn Bringedal</i>	131
Store spørsmål, snevre svar	
<i>Lise Mørkved Helsingen</i>	133
Munch på nytt	
<i>Erlend Hem</i>	135
Dypdykk i dødelighet	
<i>Øivind Larsen</i>	137
Godt om utmattelse og utbrenthet	
<i>Karin Isaksson Rø</i>	139
Lykkeforskning møter kritisk tenkning	
<i>Berit Horn Bringedal</i>	141
Springende om kvinnehelse	
<i>Berit Schei</i>	143
Ny biografi om Katti Anker Møller	
<i>Kari Tove Elvbakken</i>	145
Hva skjer?	
Det norske medisinske Selskab 2023	
<i>Magne Nylenna</i>	147

Helsetjenesten i Norge og kravene til den

Michael 2024; 21: 7–9

doi:10.5617/michael.10947

Hovedtema i dette heftet av *Michael* er et spørsmål som lyder enkelt, men som er vanskelig å besvare: Når er helsetjenesten god nok?

I et menneskes livsløp fra unnfangelsen til den uunngåelige utgang oppstår helseproblemer, der helsevesenet må komme til hjelp. Oftest lykkes dette bra, men alderen og biologien tar likevel sitt til slutt. Da er all helsehjelp fånyttet. Døden er det ingen kur for.

Som understreket av Nylenna (1) har norsk helsevesen ord på seg for å være et av verdens beste, men det murrer likevel. Et sted går grensen for hva helsevesenet kan skape av lengre liv, mer helse og bedre livskvalitet med mer eller annerledes innsats. Men aksepteres slike grenser?

Fordi helsevesenet er en del av forskjellige samfunns totale infrastruktur, er det ikke lett å måle og å sammenlikne. Land og kulturer er ulike og helsevesenets kontekst likeså. Saunes (2) og Magnussen (3) drøfter dette vanskelige området. Både folkehelse og helsetjeneste er egentlig slik forvaltningen har latt situasjonen bli. Forvaltet folkehelse og opplevd folkehelse er imidlertid ikke det samme. Logikken er forskjellig.

Sett i bakspeilet – gjør vi alltid det riktige? Eksempel: Var vår enorme offentlige satsing for å hanskes covid-19-pandemien god nok? Kfr. Walinders artikkel (4).

Generelt er det trygt å være pasient i Norge, slik Harthug viser til. Men pasientskader går ned og antall varsler går opp (5). Kanskje pågår en holdningsforandring for opplevelse av helse?

Helsetjenesten trenger gjennomtenkte mål å arbeide mot. FNs bærekraftsmål nr.3 er «Targets for health» (6). Her er det generelle retningslinjer for å utvikle den alminnelige folkehelse. Disse er til mindre hjelp når f. eks. uenigheter om lokale helseprioriteringer svirrer over skjermen. Man må forsøke å resonnerer seg fram til «Targets for health» som passer for det

samfunnet man lever i. Men skal slike resonnementer ha verdi, må de bygge på velfundert viten om hvordan situasjonen virkelig er og mest sannsynlig vil bli, og ikke overdøves av synsing og følelser..

I denne utgaven av *Michael* analyserer Hagen og medarbeidere hvordan en viktig del av helsevesenet, nemlig sykehjemmene, fungerer (7). Og Syse & Hjemås drøfter demografien (8). De spør om friskere aldring og økt familieomsorg kan veie opp for lavere tilgang på offentlige helse- og omsorgstjenester. Hvis bremsen settes på, vil vi da klare å bibeholde omsorgsidealene?

Nye momenter kommer stadig til, også når det gjelder forholdet til idealene og til forholdet mellom «det best tenkelige» og «godt nok». Hvordan kan vi egentlig vite hva gode helsetjenester er? Frich (9) tar opp dette og mener at den norske kvalitetsstrategien for helsetjenesten bør revideres.

Utbygging av helsevesenet har ringvirkninger: For eksempel innebærer sykehusutbygging mye mer for samfunnet omkring enn bare å hjelpe enkeltpasienter. Og nedlegging av helseinstitusjoner i lokalsamfunn fordi de tapte anbudskonkurranser, betyr kanskje mer i det store regnskapet enn for omsorgen for pasienter og klienter. Lokaliseringsdebatter blir derfor legitime. De blir gjerne også opphetede, fordi kryssende hensyn kolliderer.

Et grunnprinsipp i all samfunnsplanlegging er å kommunisere kunnskapsbaserte og kvalitetssikrede resonnementer klart og tydelig ut i debattlandskapet. Da gis befolkningen eierskap til prosjektene. Man får folk med seg, ikke mot seg (10).

Forventninger kan justeres, slik Gulbrandsen mener er påtrengende (11). Kanskje kan det lykkes å oppnå en kunnskapsbasert, politisk konsensus om hvordan helsevesenet bør være, slik Nylenna håper (1). Om når helsetjenesten er god nok. Men da må vi ha et ryddig offentlig ordskrifte om dette.

Det er uheldig hvis veien til løsninger går via spissformuleringer.

Litteratur

1. Nylenna M. Verdens beste – eller god nok? *Michael* 2024; 21: 10–22
2. Saunes IS. Helse-systemanalyser og Norges plassering i verden. *Michael* 2024; 21: 71–78
3. Magnussen J. Måste man jämföra? Om sammenlikning av helsetjenester. *Michael* 2021; 21: 79–91
4. Wallinder E. Hvordan burde den norske vaksinestrategien mot covid-19 sett ut? *Michael* 2024; 21: 100–116
5. Harthug S. Hvoran er pasientsikkerheten i norske sykehus? *Michael* 2024; 21: 63–70.
6. Regjeringen.no. *FNs bærekraftsmål*. (Besøkt 310124)

7. Hagen TP, Aarflot M, Tjerbo T. Pasienter nyinnlagt i sykehjem – alder, tilstand og funksjonsnivå. *Michael* 2024; 21: 23–39
8. Syse A, Hjemås G. Kan friskere aldring og økt familieomsorg veie opp for lavere tilgang på offentlige helse- og omsorgstjenester? *Michael* 2024; 21: 39–51
9. Frich J. Kvalitet – hvordan vite hva som er gode helsetjenester? *Michael* 2024; 21: 52–62
10. Larsen Ø, Ridderström G, Nylenna M. *Planlegging for helse og trivsel*. Bergen: Fagbokforlaget, 2018.
11. Gulbrandsen P. Kan Norge finne veien til forsvarlig sparsommelighet i helsetjenesten? *Michael* 2024; 21: 92–99

Øivind Larsen

oivind.larsen@medisin.uio.no

Øivind Larsen er professor emeritus i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo og redaktør av Michael.

Verdens beste – eller god nok?

Michael 2024; 21: 10–22

doi:10.5617/michael.10943

Helsetjenesten i Norge holder gjennomgående høy kvalitet. Skillet mellom en kommunal primærhelsetjeneste og en statlig spesialisthelsetjeneste skaper samhandlingsvansker. Dårlig dekning av tannhelse er en svakhet, og en godt utbygget primærhelsetjeneste er en styrke. Ventelister og manglende tilgang til avansert behandling ved alvorlig sykdom er de største svakhetene i spesialisthelsetjenesten.

Målet bør ikke være verdensrekorder, men en bærekraftig helsetjeneste som er god nok til å gi effektiv og forsvarlig hjelp når og der den behøves, Demografiske endringer utfordrer bemanningen i helsetjenesten og krever nye løsninger. Sannsynlig bedre tilgang på penger enn på personell i framtiden gir problemer, men også muligheter.

Forventningene må tøyles både blant pasienter og helsepersonell. Tydeligere prioriteringer, færre rutinekontroller, mer effektiv bruk av digitale hjelpemidler, mindre papir- og dokumentasjonsarbeid for helsepersonell, revitalisering av generalister i sykehus og sentralisering av spesialiserte tjenester er aktuelle tiltak. I tillegg må tilsynsmyndighetene unngå å stimulere til overdiagnostikk og overbehandling gjennom sin virksomhet.

Et bredt helsepolitisk forlik kan dempe lokalisingskrangel og overbudspolitik og sikre tilliten til den offentlige helsetjenesten.

«Det er typisk norsk å være god», sa statsminister Gro Harlem Brundtland i sin berømte nyttårstale i 1992. Kanskje er det også typisk norsk å tro at det meste er aller best her i landet.

Når det gjelder helsetjenesten, har selvtilliten vært stor. I utviklingen av den norske velferdsstaten etter den andre verdenskrig har helse hatt høy prioritet, og helsetjenesten har vært selve symbolet på et vellykket sosialdemokrati. Som medisinstudenter i Oslo i 1970-årene fikk vi et klart inntrykk av at vi var på verdenstoppen både velferdsmessig og rent medisinsk.

Det er karakteristisk at da en høvding i norsk helsetjenesteforskning, Peter F. Hjort (1924–2011), feiret sin sekstiårsdag i 1984, fikk festskriftet om norsk helsetjeneste tittelen *Verdens beste – er det godt nok?* (1). To av kapitlene hadde endatil tittelen: *Hvordan gjøre verdens beste helsetjeneste bedre?* Slik beskrev man både situasjonen og ambisjonene.

Selvbildet er bevart. I 2023 avsluttet helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol den årlige sykehustalen med at: «Vi skal fortsette arbeidet med å forsterke og forbedre verdens beste helsetjeneste.» (2)

I denne kronikken oppsummerer jeg min personlige analyse av dagens situasjon og framtidens utfordringer.

Hva gjør en helsetjeneste god?

Kvalitet handler først og fremst om produkters og tjenesters evne til å innfri krav og forventninger (3). Hvor god helsetjenesten er, avhenger altså av forventningene. De har sannsynligvis vokst seg for store langs flere akser.

For en nasjonal tjeneste er det naturlig å sammenlikne med situasjonen i andre land. Slike sammenlikninger er vanskelige, og langt på vei uegnet, fordi helsetjenester må utformes ut fra nasjonale behov, tradisjoner, befolkning og geografi (4, 5).

Et særtrekk ved den norske helsetjenesten er delingen i to nivåer; en kommunal helse- og omsorgstjeneste som styres av beslutninger i 357 kommuner, og en spesialisthelsetjeneste som styres gjennom oppdragsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet. Ansvarsfordelingen og ulik finansiering gjør samhandling mellom de to nivåene krevende.

En åpenbar svakhet ved den offentlige helsetjenesten i Norge er at den i liten grad dekker tannhelse. En særlig styrke er en godt utbygget og i hovedsak velfungerende primærhelsetjeneste, til tross for fastlegeutfordringer. En sterk primærhelsetjeneste er vist å bedre både kontinuitet, overlevelse og likeverdige tjenestetilbud (6–8).

Kravene til selve tjenestene er definert i en nasjonal kvalitetsstrategi fra 2005 som fastslår at tjenestene skal (9):

- være trygge og sikre
- være virkningsfulle
- være samordnet og koordinert
- involvere brukerne og gi dem innflytelse
- utnytte ressursene på en god måte
- være tilgjengelige og rettferdig fordelt

Selv om det er utviklet et omfattende system av kvantitative kvalitetsindikatorer, vil vurderingen av om ulike krav er oppfylt måtte bygge på skjønn.

Et slikt skjønn endrer seg over tid og vil alltid være subjektivt. Hva er virkningsfullhet, samordning og rettferdig fordeling? Politikere, helsepersonell og pasienter kan ha ulike vurderinger av alle disse dimensjonene. Dessuten henger de ulike kravene sammen. Det hjelper ikke om en behandling er både trygg og virkningsfull dersom den ikke også er tilgjengelig og utnytter ressursene på en effektiv måte. I kvalitetsarbeidet har det skjedd en forskyvning fra individuelt ansvar for leger og helsepersonell til helhetlig systemtenkning (10).

Brukertilfredshet

Brukerperspektivet har fått stadig større betydning og er blitt en viktig kvalitetsindikator. Utviklingen mot en pasientsentrert helsetjeneste skaper økende forventninger til tilgjengelighet, informasjon og medvirkning. Det er imidlertid få oppdaterte studier av brukertilfredsheten i norsk helse-tjeneste.

Folkehelseinstituttets kartlegging av pasienters erfaring med norske somatiske sykehus i 2021 viste høyest tilfredshet med pleiepersonalet og legene. De fikk en vektet indikatorskår på henholdsvis 75 og 74 på en skala fra 0 til 100 der 100 er best. Samhandling og utskriving fikk lavest skår; 60 av 100 (11).

En befolkningsundersøkelse i 2019 viste at av alle som hadde hatt kontakt med helsetjenesten i løpet av det siste året (70 % av de spurte), hadde 74 % gode eller svært gode erfaringer (12).

I Direktoratet for forvaltning og økonomistyrings (DFØ) undersøkelse av befolkningens tilfredshet med offentlige tjenester i 2021 skåret sykehusene høyest av alle statlige tjenester. For kommunale tjenester var svarerne godt fornøyd med fastlege og helsestasjon og delvis godt fornøyd med legevakt, sykehjem og helse- og omsorgstjenester i hjemmet. Innbyggerne i de største kommunene var mer fornøyde med fastlegene enn innbyggerne i de minste kommunene (13).

En undersøkelse av brukererfaring med kommunale tjenester i Oslo i 2023 viste stor variasjon med tilfredsheten av ulike helsetjenester. Tilfredsheten var høyest med helsestasjoner, fastleger og tannhelsetjeneste for barn der knapt 70 % av brukerne hadde god erfaring, og lavest med sykehjem, hjemmetjenester og legevakt der vel 40 % hadde god erfaring (14).

Norge skåret i 2011 dårligere enn gjennomsnittet i elleve land for ventetid, kommunikasjon, informasjonsflyt mellom helsepersonell og ulike nivåer i helsetjenesten, muligheten til medvirkning og opplevelsen av å bli utsatt for medisinske feil (15). I 2016 rapporterte norske pasienter dårligere erfaringer med sin faste lege enn pasienter i andre land på områder som kom-

munikasjon, brukermedvirkning og konsultasjonstid. Norge skåret også dårligere enn gjennomsnittet på spørsmål om ventetid på spesialist og andelen som får time hos fastlegen samme eller neste dag (16).

En OECD-studie fra 2019 viste at leger i Norge i mindre grad enn leger i andre land oppfordret pasienter til å stille spørsmål eller informere dem om behandlingsalternativer (17).

Fortsatt internasjonalt elitenivå

Da Verdens helseorganisasjon i år 2000 plasserte Norge på 11. plass i en rangering av helsetjenestene i ulike land, ble mange her i landet overrasket. Frankrike kom best ut, og vi ble forbigått av flere middelhavsland (18).

Senere undersøkelser har gitt oss bedre plasseringer. I 2017 ble det publisert en undersøkelse fra 195 land som baserte seg på dødsraten for 32 sykdommer som anses unngåelige, eller som kan behandles. Det ble beregnet en «Healthcare Access and Quality Index», og studien rangerte Norge på femte plass etter Andorra, Island, Sveits og Sverige (19).

I en internasjonal sammenlikning utført av Commonwealth Fund i 2021 var Norge plassert helt på topp sammen med Nederland og Australia i en analyse basert på tilgang til helsetjenester, prosess, administrativ effektivitet, rettferdighet og behandlingsresultater (20).

I OECDs oversikt over helse og helsetjenester i Europa i 2023 skårer Norge godt på de aller fleste variabler, men manglende offentlig finansiering av tannhelse påpekes. Det er innen tannhelse de umøtte behovene for tjenester er størst. Norge bruker en firedel mer enn EU-gjennomsnittet på helse. Ingen bruker mer penger på langtidsbehandling, og lege- og sykepleiertettheten er blant de aller høyeste i Europa. Bare Island har lavere dødelighet av sykdommer som kan forebygges eller behandles. Mentale lidelser er noe vanligere i Norge enn EU-gjennomsnittet, og det påpekes at manglende tilgang til personell i psykisk helsevern begrenser behandlingstilbudet i Distrikts-Norge (21). Definisjonen av mentale lidelser påvirkes av kulturelle forhold, og normalitetsbegrepet er blitt smalere (22).

Opplevelse og overlevelse

Norsk helsetjeneste holder altså gjennomgående høy kvalitet sammenliknet med andre land, men skårer bedre på overlevelse enn på opplevelse (23).

Utviklingen fra underdanige pasienter til konsumentbevisste brukere har dreid helsetjenesten i retning av en servicenæring (24). «Medicine is a service profession, and commitment to service is a hallmark of humanistic physicians», kunne vi lese i *The New England Journal of Medicine* for over ti år siden (25). I det perspektivet svikter informasjon og brukermedvirkning

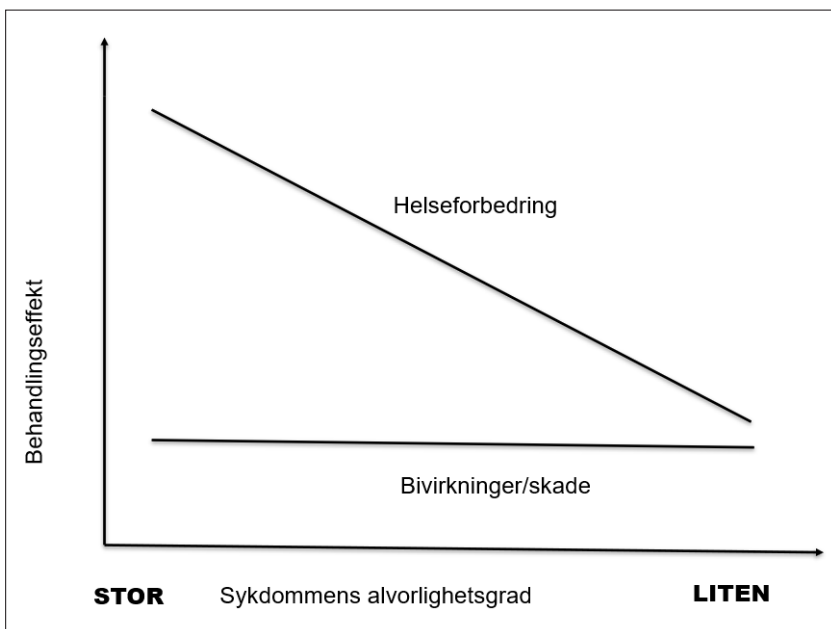
for ofte. Viktigst er likevel manglende tilgjengelighet og lang ventetid. Der kommer Norge dårlig ut også internasjonalt (26). Ventelister er den viktigste årsaken til uoppfylte medisinske hjelpebehov (21). I 2022 var gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten 66 dager, og andelen fristbrudd har økt de seneste årene (27). I samfunnet ellers øker tempoet, responstiden går ned på de fleste områder og folk aksepterer ikke å måtte vente på noe. Lang ventetid er sannsynligvis en av de viktigste grunnene til at omtrent 750 000 personer nå har privat helseforsikring. Slik utgjør ventetiden også en trussel mot den offentlige helsetjenesten.

En annen trussel i en tid der kunnskap om frontlinjebehandling sprer seg raskt i befolkningen, er manglende tilgang til de nyeste og mest avanserte behandlingsmetodene ved alvorlige sykdommer. Pakkeforløpene, særlig for kreft, som var et politisk mer enn et medisinsk initiativ, framheves i OECD-rapporten som en mulig forklaring på de gode overlevelsestallene i Norge (21). På den annen side er det en tradisjon for tilbakeholdenhet i introduksjonen av nye behandlingsmetoder med potensial for enda bedre overlevelse, som immunterapi og biologiske legemidler. Dette er svært kostbar behandling, men tilgangen på penger blir i fremtiden sannsynligvis bedre enn tilgangen på folk. Det er verdt å merke seg at tidligere fagdirektør i Statens legemiddelverk Steinar Madsen, som har brukt mye av sitt yrkesliv i kampen for tilbakeholdenhet, nå argumenterer for en mer liberal holdning. «Vi burde ta oss råd til å si ja til alt», sier han (28). «At vi med knallharde prisforhandlinger får ned prisen, utnytter byttbare legemidler maksimalt, får tilbud som vi har fått anledning til, og utvider verktøykassen vår maksimalt så vi har flere hammere til «å slå industrien i hodet med», og ikke bare én, så tror jeg det vil være mulig å ta i bruk alle legemidler i Norge.» (28).

Primum non nocere

I medisinen heter det at det viktigste er å ikke skade pasienten. Skepsisen til nye behandlingsmetoder er ikke bare økonomisk motivert. Potent behandling er aldri uten bivirkninger og risiko for komplikasjoner. Mens behandlingseffekten er størst ved høygradig sykdom eller sykdomsrisiko, for eksempel alvorlig depresjon eller høye lipidverdier, er behandlingsbivirkningene ofte uavhengig av sykdomsgraden. Jo lavere behandlingsindikasjon og desto flere som behandles, jo større er faren for å påføre noen unødvendig skade (fig 1).

Pasientsikkerhet har høy prioritet, men som for andre kvalitetsindikatorer, er det vanskelig å bedømme hvordan Norge ligger an i internasjonal sammenheng (29).



Figur 1. Behandlingseffekten er størst ved høy grad av sykdom og symptomer, mens bivirkningene ofte er uavhengige av sykdommens alvorlighet. Lav behandlingsindikasjon øker derfor faren for at behandlingen kan bli mer skadelig enn sykdommen.

Ressursbegrensninger

Selv om det er stor ressursbruk i helsetjenesten, er det alltid umettede behov. Det skyldes blant annet stadig nye tilbud og behandlingsmuligheter.

«En desentralisert helsetjeneste som yter gode og likeverdige helse-tjenester i hele landet» (30), er en kostbar politisk ambisjon.

Norge har sannsynligvis verdensrekord i prioriteringsutredninger og -meldinger (31–37). Enda en ny prioriteringsmelding er varslet i 2024 basert på tre ekspertgrupper. *Nye metoder* med tilhørende *Bestillerforum* og *Beslutningsforum* er blitt et omfattende system for å bestemme hvilke behandlingsmetoder og legemidler som kan tilbys i spesialisthelsetjenesten (www.nyemetoder.no). Det er bred enighet om at nytte, ressursbruk og alvorlighet skal ligge til grunn for prioritering av tjenester, men det hjelper lite i debatter om organisering og finansieringsmodeller eller lokalisering av nye sykehus og andre helseinstitusjoner.

En befolkning i endring

De demografiske endringene i Norge er store og har tilsvarende konsekvenser for helse og helsetjenester. Økningen av eldre er velkjent. Antall personer over 80 år vil dobles innen 2040 og tredobles i 2060 (38). Mer en halvparten av befolkningen over 80 år mottar kommunale omsorgstjenester (39).

Samtidig synker fødselstallet. Allerede rundt 2030 forventes det for første gang flere eldre (> 65 år) enn barn og unge (< 20 år) (38).

Og det skjer andre viktige endringer i befolkningen. Aleneboerandelen stiger og utgjør nå 20 % av befolkningen og 40 % av husholdningene (40). Barnløse menn representerer en spesiell utfordring. De har høyere sykdomsrisiko enn menn med barn (41, 42). De vil derfor bli sykere tidligere enn andre, og de vil sannsynligvis ha dårligere muligheter for familieomsorg. Mens omtrent 15 % av 45-årige menn var barnløse for 30 år siden, er nå nesten hver fjerde mann barnløs (43).

Behovet for helsetjenester vil altså øke i årene som kommer, mens tilgangen på helsepersonell vil begrenses. Helsepersonellkommisjonen konkluderte med at det vil bli mangel på helsepersonell i løpet av få år dersom dagens bemanningsnivå skal beholdes (44). Motmeldingen til Helsepersonellkommisjonens utredning (45) har ganske sikkert rett i at private helsetjenester vil øke, om den offentlige helsetjenesten ikke innfrir forventningene. Derfor er det avgjørende at forventningene justeres til det realiserbare både med hensyn til framtidig tilgang på ressurser og hva som er helsefaglig forsvarlig.

Nødvendige endringer

For å møte utviklingen trengs det grensesetting samtidig som befolkningen må trygges på at alle skal få den hjelpen de trenger, når behovet er der. Omleggingen er i gang. Hjemmetjenester har gradvis erstattet institusjonsopphold for omsorgstrengende. Samtidig skjer det en foryngelse av sykehjemsbeboerne (46). Fra 2003 har kommunene brukt mer ressurser på hjemmetjenester enn på institusjonsomsorg (47). I tillegg til at det er besparende, vil mange mene at det også er bedre for pasientene.

I motsetning til andre deler av samfunnet der nyvinninger gjerne gir lavere priser på varer og tjenester, har de fleste nye, medisinske behandlingsmetoder og legemidler en tendens til å bli mer ressurskrevende enn de gamle. Mangelen på såkalte frugale innovasjoner, enklere og billigere løsninger, er stor – og ikke bare relevant for lavinntektsland (48, 49). «Non expensivity»-studier må supplere «non inferiority»-studier.

Skillet mellom livreddende og livsforlengende behandling og annet mer trivielt medisinsk arbeid må bli tydeligere. Prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet) fra 1970-tallet må reaktiveres (50). Spesialister og subspecialister er nødvendig, men kan og bør sentraliseres, og mer arbeid må overlates til generalister. «Personell med generell medisinsk, sykepleiefaglig og annen fagkompetanse er grunnleggende for tjenestetilbudet i kommunene. Det gjelder i små og store kommuner, både i distriktene og sentrale strøk av landet. I spesialisthelsetjenesten er generalistene viktige for at sykehus i distriktene skal kunne opprettholdes.» (44). Kan vi få tilbake generelle kirurger og internister i norske sykehus?

Aktiviteten og ambisjonene i mange deler av helsetjenesten må justeres. Gjør kloke valg-kampanjen (51) er et godt initiativ, men har foreløpig begrenset virkning. Det er mange drivere for medisinsk overaktivitet: for eksempel ukritisk markedsføring, «for sikkerhets skyld»-tenkning og uheldige økonomiske insentiver, som stykkprisfinansiering på tvers av helsefaglig prioritering. «For å være rustet for en bærekraftig helsetjeneste må vi ikke overlate kloke valg til pasienter og klinikere alene, men også våge å ta grep på systemnivå» (52). Et viktig systemtiltak er å vektlegge ulempene ved overaktivitet mer i all helsepersonellutdanning.

Det er oppløftende at «godt nok»-begrepet nå diskuteres i ulike fagmiljøer, som innen psykisk helse og rus (53).

Intervallene mellom rutinekontroller kan sannsynligvis økes for mange tilstander. I bildediagnostikk er det et spesielt stort potensial for kontrollreduksjoner. Generell «helsesjekk» reduserer verken sykkelighet eller dødelighet (54).

Jakten på risikanter gjennom screeningprogrammer må begrenses, og diagnosegaloppen, som Bjørn Hofmann kaller det, må stanses: «For det første må vi forbeholde diagnoser til tilstander som tydelig kan knyttes til sykdom i form av smerter, funksjonsnedsettelse og lidelse, slik at diagnosene beholder sin differensierende kraft. For det andre må vi prioritere diagnosene for de mest alvorlige sykdommene, der vi kan hjelpe best og på en rettferdig måte. For det tredje må vi motstå fristelsen til å legge allmennmenneskelige problemer over på helsetjenesten og samfunnsproblemer over på individet.» (55)

Dokumentasjon og annet administrativt arbeid opptar for mye av helsepersonellens arbeidstid og må reduseres. For sykehusleger utgjorde direkte pasientarbeid bare 45 % av arbeidstiden i 2014, en signifikant reduksjon fra 1994 (56). Bruk av kunstig intelligens og digitale systemer er nødvendig for å effektivisere dokumentasjonen. Det er også grunn til å tro at dagens rapporteringsrutiner er overdrevne.

Digitale tjenester i kommunikasjon og oppfølging av pasienter må videreutvikles. I 2021 var hver fjerde konsultasjon hos fastlege en e-konsultasjon (57). Framtidens eldre vil ha høyere digital kompetanse enn tidligere generasjoner. Digital hjemmeoppfølging er et løfterikt prosjekt med store muligheter (58).

«Jeg vil [...] be helseregionene om å se på hva de kan gjøre mindre av», sa helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol modig i sykehustalen i 2023 (2) og initierte en nødvendig, men krevende prosess. Det er ikke bare pasientens, men også helsepersonellens forventninger som må justeres. Årets sykehustale var mindre modig. Selv om statsråden sa at endringer må til, var det få forventningsreducerende tiltak som ble annonsert (59).

Det er avgjørende at myndighetene sikrer folks tillit til at helsetjenester utøves forsvarlig. Et særlig ansvar påligger tilsynsmyndigheten som må balansere kravene til forsvarlighet mot farene for unødvendig diagnostikk og behandling. Helsedirektoratets notat om overdiagnostikk og overbehandling fra 2013 (60) bør oppdateres, og rollen Statens helsetilsyn og fylkeslegene har på dette feltet, må belyses bedre. Helsetilsynet kan sammen med Norsk pasientskadeerstatning dempe helsepersonellens frykt for konsekvensene av mulige feil, en frykt som i seg selv lett leder til overbehandling.

Et bredt helsepolitisk forlik behøves

Helse- og omsorgsministeren etterlyser en felles forståelse av situasjonen. «Alle» forstår at helsetjenesten må tilpasses en ny demografi, endret bosettingsmønster, bedre kommunikasjoner, ny teknologi og økende spesialisering, men fortsatt er det politisk handlingslammelse av frykt for upopulære tiltak.

Det er lange tradisjoner for brede politiske forlik i landet vårt når det virkelig behøves. Slik er det i utenrikspolitikken, forsvarspolitikken og pengepolitikken. Helsepolitikk er ikke mindre viktig.

Hvor mye offentlige ressurser som skal brukes på helsetjenester er selvsagt et politisk spørsmål. Det er grunn til å tro at mangelen på personell kommer før mangelen på penger. Da må pengene brukes på kompenserende tiltak. Norge har allerede et relativt høyt antall leger og sykepleiere. Disse må benyttes på en ny måte.

Mange av utviklingstrekkene som Helsepersonellkommissjonen påpeker, er ubehagelige (44). Sannsynligvis innfris heller ikke håpet om at friskere eldre eller mer familieomsorg vil redusere behovet for helsepersonell (61). Motmeldingen til Helsepersonellkommissjonen har få overbevisende tiltak, bortsett fra kravet om nasjonal dekning av utdanningsbehovet (45).

Skal vi lykkes i å bevare vår offentlige helsetjeneste, må lokalisingskrangel og overbudspolitikke vike. Det er heller ingen grunn til å snakke ned en tjeneste som i all hovedsak fungerer godt. De politiske partiene må slutte å krangle om hvem som har gjort hva i fortiden, og hvem som har skylden for alt som ikke fungerer. Nå er framtiden viktigst, og det må bli enighet om ambisjonsnivået. Da er ikke målet nødvendigvis gullmedalje i internasjonale sammenlikninger, men å skape en bærekraftig nasjonal helsetjeneste for kommende generasjoner. Å hindre folk i å bruke private midler på private helsetjenester er umulig i et samfunn som vårt. Den offentlige helsetjenesten må være «god nok» til at behovet minimeres.

Litteratur

1. Borchgrevink CF, Hofoss D, Waaler HT red. *Verdens beste – er det godt nok?* Oslo: Universitetsforlaget, 1984.
2. Kjerkol I. *Sykehustalen 2023*. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2023/id2959568/> (8.2.2024)
3. Standard Norge. *ISO 9000 – Standarden for kvalitet*. <https://standard.no/om-oss/standard-norge/standard-norge-100-ar/milepaler/1987-iso-9000---standarden-for-kvalitet/> (8.2.2024)
4. Saunes IS. Helse-systemanalyser og Norges plassering i verden. *Michael* 2024; 21: 71–78
5. Magnussen J. Måste man jämföra? *Michael* 2024; 21: 79–91
6. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q* 2005; 83: 457–502. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x
7. Wensing M, Szecsenyi J, Kaufmann-Kolle P et al. Strong primary care and patients' survival. *Sci Rep* 2019; 9: 10859. doi: 10.1038/s41598-019-47344-9.
8. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J et al. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract* 2021; doi: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.034>
9. Sosial- og helsedirektoratet. «... og bedre skal det bli!» – *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005–2015)*. IS-1162. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005.
10. Nylenna M, Bjertnaes O, Saunes IS et al. What is Good Quality of Health Care? *Professions & Professionalism* 2015; 5: <http://dx.doi.org/10.7577/pp.909>
11. Bjertnæs ØA, Sjetne IS. *Pasienters erfaring med norske sykehus i 2021*. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2022. <https://www.fhi.no/publ/2022/pasienters-erfaringer-med-norske-sykehus-i-2021/> (8.2.2024)
12. Kantar TNS. *Helsepolitisk barometer 2019*. <https://www.nho.no/contentassets/538867e203614a789b331324314e011c/helsepolitisk-barometer-2019.pdf> (8.2.2024)
13. DFØ. *Innbyggerundersøkelsen 2021*. <https://dfo.no/undersokelser/innbyggerundersokelsen-2021>.

14. *Oslo kommunes innbyggerundersøkelse 2023*. Oslo: Kantar Public, 2023. <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13482765-1688032064/Tjenester%20og%20tilbud/Politikk%20og%20administrasjon/Statistikk/Publikumsunders%C3%B8kelsen/Hovedrapport%20for%20Oslo%20kommunes%20innbyggerunders%C3%B8kelse%202023%20%281%29.pdf> (8.2.2024)
15. Holmboe O, Iversen HH, Sjetne IS et al. *Commonwealth Fund-undersøkelsen i 2011 blant utvalgte pasientgrupper: Resultater fra en komparativ undersøkelse i 11 land*. Rapport 18-2011. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011. <https://www.fhi.no/publ/2016/commonwealth-funds-undersokelse-av-helsetjenestesystemet-i-elleve-land-nors/> (8.2.2024)
16. Skudal KE, Sjetne IS, Bjertnæs ØA et al. *Commonwealth Funds undersøkelse av helsetjenestesystemet i elleve land. Norske resultater i 2016 og utvikling over tid*. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2016.
17. *Norge: Landprofil 2019*. OECD Publishing, Paris / European Observatory on Health Systems and Policies, Brussel, OECD / European Observatory on Health Systems and Policies. 2019. doi: <https://doi.org/10.1787/f922a4d1-no>
18. *WHO Annual report 2000*. Genève: WHO, 2000.
19. GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2017; 390: 231–266.
20. Commonwealth Fund. *Mirror, Mirror 2021: Reflecting Poorly Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries*. <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021-reflecting-poorly> (8.2.2024)
21. *Norway: Country Health Profile 2023*, State of Health in the EU, OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Brussel: OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023
22. Frances A. *Saving normal*. New York: William Morrow, 2013.
23. Nylenna M. *Helsetjenesten i Norge. Et overblikk*. 3. utgave Oslo: Gyldendal Akademisk, 2024. Under trykking.
24. Nylenna M. Fra lydighet til likeverd – pasientmedvirkning i et historisk og helsepolitisk perspektiv. *Michael* 2020; 17: Supplement 17: 15–42.
25. Kesselheim JC, Cassel CK. Service: An Essential Component of Graduate Medical Education. *N Engl J Med* 2013; 368: 500–501.
26. Saunes IS, Karanikolos M, Sagan A. Norway. Health system review. *Health systems in Transition* 2020; 22: 1.
27. Helsedirektoratet. *Ventetider og aktivitet i spesialisthelsetenesta 2022*. <https://www.helse-direktoratet.no/nyheter/ventetider-og-aktivitet-i-spesialisthelsetenesta-2022> (8.2.2024)
28. Gray M. Vil legalisere cannabis og ta i bruk alle medisiner. Intervju med Steinar Madsen. *Dagens Medisin* 7.9.2023 <https://www.dagensmedisin.no/biotilsvarende-legemidler-ema-fda/vil-legalisere-cannabis-og-ta-i-bruk-alle-medisiner/582691> (8.2.2024)
29. Harthug S. Hvordan er pasientsikkerheten i norske sykehus? *Michael* 2024; 21: 63–70
30. *Hurdalsplattformen 2021–2025. Regjeringsplattform for en regjering utgått fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/hurdalsplattformen/id2877252/> (8.2.2024)

31. Norges offentlige utredninger. *Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*. NOU 1987: 23.
32. Norges offentlige utredninger. *Piller, prioritering og politikk*. NOU 1997: 7.
33. Norges offentlige utredninger. *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten*. NOU 2014: 12.
34. Norges offentlige utredninger. *Det viktigste først*. NOU 2018: 16.
35. Norges offentlige utredninger. *Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*. NOU 1997: 18.
36. Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering*
37. Meld. St. 38 (2020–2021) *Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*.
38. Gleditsch RF. *Et historisk skifte: Snart flere eldre enn barn og unge*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2020 <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/et-historisk-skifte-flere-eldre-enn> (8.2.2024)
39. Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre*.
40. Sørlien K. *1 av fem bor alene*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2022. <https://www.ssb.no/befolkning/barn-familier-og-husholdninger/statistikk/familier-og-husholdninger/artikler/1-av-5-bor-alene> (8.2.2024)
41. Weitof GR, Burström B, Rosén M. Premature mortality among lone fathers and childless men. *Soc Sci Med* 2004; 59: 1449–1459. doi: 0.1016/j.socscimed.2004.01.026.
42. Elenkov A, Giwercman A, Tøttenborg SS et al. Male childlessness as independent predictor of risk of cardiovascular and all-cause mortality: A population-based cohort study with more than 30 years follow-up. *PLoS ONE* 2020; 15: e0237422. doi: [org/10.1371/journal.pone.0237422](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237422)
43. Kravdal Ø. Sex Differences in Childlessness in Norway: Identification of Underlying Demographic Drivers. *European Journal of Population* 2021; 37: 1023–1041.
44. Norges offentlige utredninger. *Tid for handling*. NOU 2023: 4.
45. Christie W, Gilbert M, Gisvold SE et al. *Framtidens helse- og omsorgstjenester. Motmelding til NOU 2023: 4*. Oslo: Oslo legeforening, 2023. https://www.legeforeningen.no/contentassets/276d3938493d4d25bdfc0da4639afd67/motmelding_helsepersonellkommissjonen_skjerm_230811.pdf (8.2.2024)
46. Hagen TP, Aarflot M, Tjerbo T. Pasienter nyinnlagt i sykehjem – alder, tilstand og funksjonsnivå. *Michael* 2024; 21: 23–38.
47. Norges offentlige utredninger. *Innovasjon i omsorg*. NOU 2011: 11.
48. Frugal innovation: why low cost doesn't have to mean low impact. *Nature* 2023; 624:8. doi: 10.1038/d41586-023-03816-7.
49. Brown C, Bhatti Y, Harris M. Environmental sustainability in healthcare systems: role of frugal innovation. *BMJ* 2023 ; 383: e076381. doi: 10.1136/bmj-2023-076381.
50. St. meld. nr. 9 (1974–75) *Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen*.
51. *Gjør kloke valg*. <https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/> (8.2.2024)
52. Størdal K, Hjörleifsson S. Fem år med Gjør kloke valg – hjelper det? *Tidsskr Nor Legeforen* 2023 doi: 10.4045/tidsskr.23.0627

53. Øhlckers LR, Høstmælingen A, Sigveland J. *Godt nok og bedre. Kvalitet i psykisk helse- og rustjenester*. Oslo: Fagbokforlaget, 2023.
54. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Larsen CG et al. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 10: CD009009. doi: 10.1002/14651858.CD009009.pub2
55. Hofmann B. *Diagnosegaloppen*. NRK Ytring 21.1.2024 <https://www.nrk.no/ytring/diagnosegaloppen-1.16706696> (8.2.2024)
56. Rosta J, Aasland OG. Legers arbeidstid og tid til pasientarbeid i perioden 1994–2014. *Tidsskr Nor Legeforen* 2016; 136: 1355-9. doi: 10.4045/tidsskr.16.0011
57. Hoff EH, Kraft KB, Østby KA et al. *Arbeidsmengde, konsultasjonstid og utilsiktede effekter av takstsystemet. Kunnskapsgrunnlag til Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten*. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2023.
58. Helsedirektoratet. *Digital hjemmeoppfølging*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/digital-hjemmeoppfolging-hjemmesykehus-og-velferdsteknologi/digital-hjemmeoppfolging> (8.2.2024)
59. Kjerkol I. *Sykehustalen 2024*. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2024/id3021968> (8.2.2024)
60. Helsedirektoratet. *Overdiagnostikk og overbehandling*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/overdiagnostikk-og-overbehandling/id734412/> (8.2.2024)
61. Syse A, Hjemås G. Kan friskere aldring og økt familieomsorg veie opp for lavere tilgang på offentlige helse- og omsorgstjenester? *Michael* 2024; 21: 39–51

Magne Nylenna
magne@nylenna.no
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo

Magne Nylenna er professor emeritus i samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo og redaktør av Michael.

Pasienter nyinnlagt i sykehjem – alder, tilstand og funksjonsnivå

Michael 2024; 21: 23–38

doi:10.5617/michael.10949

Sykehjemmene er en hjørnestein i kommunehelsetjenesten. De siste årene er antall sykehjemsplasser blitt redusert. Har det skjedd endringer i populasjonen av pasienter som er i langtidsopphold i sykehjemmene? Hensikten med denne artikkelen er å gi en nærmere beskrivelse av pasientpopulasjonen i kommunale helseinstitusjoner der sykehjemsplasser utgjør mer enn 95 % av plassene.

Våre hovedfunn, basert på individdata fra Kommunalt pasient- og brukerregister fra perioden 2017–2021, er at det skjer en foryngelse av sykehjemsbeboerne, men at 70 % av dem fortsatt er 80 år eller eldre. I de eldre aldersgruppene som legges inn i langtidsopphold, finner vi overvekt av pasienter med hjerte- og karlidelser, neurologiske lidelser og demens, mens psykiske og neurologiske lidelser er de største sykdomsgruppene i de lavere aldersgruppene. Funksjonsevnen til eldre som er nyinnlagt, er noe redusert over tid. Det kan indikere at terskelen for å få langtidsplass er hevet for denne gruppen. Nyinnlagte pasienter i de lavere aldersgruppene har imidlertid dårligere funksjonsevne enn de eldre. Våre resultater indikerer at inntakene til sykehjemmene reflekterer prioriteringskriteriene når vi betrakter landet samlet. Kommunenes utgifter til institusjonene ser ikke ut til å øke som følge av at andelen yngre pasienter som får langtidsplass, øker.

De siste årene er det skjedd en reduksjon i antall pasienter over 80 år og en økning i antall pasienter under 80 år i langtidsopphold i sykehjem (1, 2). En slik endring kan ha effekter for hvilke tjenester sykehjemmene skal tilby og hvilken kompetanse sykehjemmene trenger. Hensikten med denne artikkelen er å gi en nærmere beskrivelse av pasientpopulasjonen i kommunale helseinstitusjoner der sykehjemsplasser utgjør mer enn 95 % av plassene. Vi legger særlig vekt på beskrivelsen av pasienter som er nyinnlagt, da dette

gir det klareste bildet av trendene i karakteristika i populasjonen. Følgende problemstillinger belyses:

1. Hvilke diagnoser har sykehjemspasientene?
2. Hvilket funksjonsnivå har de *nyinnlagte* i langtidsopphold i sykehjem før innleggelsen?
3. Hvilke konsekvenser har foryngelsen av institusjonspopulasjonen for *kommunenes kostnader* til institusjonene?

Analysen omfatter ikke tildeling av plass i omsorgsbolig med fulltidstjenester (24/7). Slike tjenester betraktes av mange kommuner som et tilbud om lag på samme nivå som sykehjemsplass, men dette er en debatt vi ikke går inn i her.

Sykehjemmenes plass i helsetjenestene

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) kan sies å markere den foreløpige slutten for en lengre utviklingsperiode i norsk helse- og sosialpolitikk. Loven tok opp i seg de betydelige endringene i tjenester som ble gjennomført gjennom 1980-årene, og videre helt fram til og med samhandlingsreformen av 2012 da nye tjenester som 'øyeblikkelig hjelp' døgntilbud (ØHD) og betalingsplikten for utskrivingsklare pasienter ble et kommunalt ansvar. I perioden etter 2012 har det bare skjedd mindre endringer i det formelle kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenestene.

Særlig 1980-årene var en viktig fase. Kommunehelseloven av 1983 (Ot. prp. nr. 66 (1981–82)) la langt på vei grunnlaget for den organiseringen av helse- og omsorgstjenesten vi har hatt fram til i dag. Fra 1984 fikk kommunene definert et bredt ansvar for befolkningens helse, herunder forebyggende helsearbeid (miljørettet helsevern, helsestasjonsvirksomhet og skolehelsetjenesten). Ansvaret omfattet videre medisinsk habilitering og rehabilitering, pleie og omsorg og hjelp ved ulykker. Den første og mest konkrete effekten av loven var at ansvaret for allmennlegene ble flyttet fra staten til kommunene. Deretter ble de somatiske sykehjemmene overført fra fylkeskommunene til kommunene fra 1988, mens spesialsykehjemmene forble fylkeskommunalt ansvar til utpå 1990-tallet (St.meld. nr. 68 (1984–85)).

Desentraliseringen av oppgaver skjøt fart fra 1991 da HVPU-reformen ble gjennomført. Reformen innebar at tilbudet til personer med utviklingshemming ble overført fra HVPU (Det fylkeskommunale helsevernet for psykisk utviklingshemmede) til kommunene. Målet var at psykisk utviklingshemmede skulle bli integrert i sitt nærmiljø og ha egne boliger i hjemstedskommunen. I NOU 2001: 22 «Fra bruker til borger» oppsummeres

reformens første år. Evalueringen viser at det store flertallet av brukere hadde fått egne leiligheter, som hovedregel i bofellesskap eller samlokalisert (3). En sammenlignende undersøkelse av situasjonen før og etter reformen konkluderer imidlertid med at helsevesenet ikke ga utviklingshemmede et tilfredsstillende tilbud (4). Utviklingshemmede hadde vansker med å håndtere spørsmål omkring helse på egen hånd, og det ble påvist en reduksjon i forbruk av helsetjenester.

Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2006, senere forlenget til 2008) hadde som mål å forbedre tilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Planen hadde flere virkemidler, blant annet utbygging av kommunale tjenester, særlig boliger, og oppbygging av et lettere institusjonstilbud i spesialisthelsetjenesten gjennom etablering av distriktpsikiatriske sentra (DPS). Antall døgnplasser ved DPSene økte, og samtidig ble psykiatriske spesialsykehjem og de psykiatriske sykehusene bygd ned. Som en konsekvens av reformen ble antall døgnplasser innen psykisk helsevern for voksne totalt sett redusert. Samtidig skjedde det en betydelig opptrapping av dagbehandling og poliklinisk aktivitet (5).

Samhandlingsreformen hadde en rekke effekter for kommunene, blant annet fikk kommunene ansvar for nye tjenester som 'øyeblikkelig hjelp' døgntilbud (kommunal akutt døgnenhet, KAD) og det ble innført betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter (6–8). Betalingsplikten førte til reduksjon i liggetider i sykehusene, og mer av rehabiliteringen ble overført til kommunene.

Effektene av reformene har, i tillegg til generell ekspansjon av helse- og omsorgstjenestene, vært økende grad av spesialisering og differensiering i hjemmetjenestene (9–12). Flere studier (13, 14) finner en tilsvarende spesialisering og differensiering i sykehjemmene: Ifølge Tingvold & Magnussen (13) tilbyr sykehjemmene tjenester til nye grupper som 'mennesker med behov for palliativ omsorg og mennesker med ulike demenstilstander, psykiske lidelser, rusavhengighet, eller som har andre kroniske eller akutte helseproblemer'. Differensieringen skjer særlig i større kommuner. Denne analysen vil kvantifisere noen av endringene som har skjedd.

Materiale og metode

Vi har i denne undersøkelsen analysert data fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) fra og med januar 2017 til og med desember 2021. KPR inneholder informasjon om personer som har søkt om eller har mottatt helse- og omsorgstjenester fra kommunen, slik som informasjon om timer per uke med helsetjenester i hjemmet og datoer for inn- og utskrivning fra opphold i sykehjem. KPR inkluderer også data fra KUHR-databasen

(Kontroll og utbetaling av helserefusjoner). KUHR-data benyttes ikke i denne analysen.

KPR har en annen datastruktur enn tilsvarende data fra spesialisthelsetjenesten. For eksempel har data fra spesialisthelsetjenesten én observasjon per kontakt med tjenesten, mens KPR-data har flere observasjoner per kontakt. Rådata fra KPR må derfor bearbeides i betydelig grad før de kan analyseres nærmere, se Hagen & Tjerbo (1) for gjennomgang av noen nødvendige tilpasninger.

Langtidsopphold skjer i fire typer kommunale institusjoner: Sykehjem, aldershjem, institusjoner med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige og institusjoner med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge under 18 (barnebolig), herunder også avlastningsboliger. Pasienter i sykehjem utgjør den aller største gruppen, vel 95 % av det samlede antall pasienter som er i langtidsopphold. I denne analysen behandles pasientene i disse institusjonene samlet, primært fordi vi ikke kan skille de ulike institusjonene i dataene vi har tilgjengelig.

Diagnosevariablene

Diagnosesetting ble et krav i IPLOS-registeret fra 2018, og vi avgrenser analysene av diagnosevariablene til perioden 2018–2021 for å sikre oss mot skjevheter mellom kommunene i diagnosesetting i 2017. Ifølge Helsedirektoratets retningslinjer for koding i IPLOS skal diagnose kodes dersom den foreligger.¹ Tidspunkt for sykdomsdebut registreres med dato og årstall når dette er kjent. Relevant(e) diagnose(r) skal registreres ved siste versjon av International Classification of Primary Care (ICPC) eller International Classification of Diseases (ICD). Opplysninger om diagnoser innhentes fra lege eller fra meldingsutvekslingen mellom sykehus og kommunen. Tabell 1 gir oversikt over diagnosene og beskrivelse av hvilke koder fra ICD-10 og ICPC-2 som er benyttet i klassifiseringen. Det kan registreres flere diagnoser per pasient per år. I datafilene vi har tilgang til, er det registrert inntil fem diagnoser per år.

1 Rapportering av diagnose. Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/rapportering-av-diagnose> (lest 4.2.2024)

Diagnose	ICD-koder	ICPC-koder
Hjerte- og karlidelser	I20-I28, I30-I52, I70-I89, I95-I99	K74-K80, K82, K84-K87, K92-K93, K99
Demens	F00-F03, G30	P70
Muskel- og skjelettlidelser	M96	
Nevrologiske lidelser	I60-I69, G20, G35-G37, G40, G41, G43-G47	K90, K91, N70, N71, N73, N80, N81, N85-N88, N94
Psykiske lidelser	F04-F09, F20-F29, F30-F39, F40-F48, F50-F59, F60-F69, F80-89, F90-F99, R40-R46	P01-P04, P11, P22, P23, P27-P29, P71-P79, P80-P86, P98, P99
Psykisk utviklingshemming	F70-F79	P85
Rusmiddelbruk	F10-F19	P15-P19
Brudd	S42, S52, S72, S77, S78, S82, S87-S88	L72-L76
Diabetes	E10 – E14	T89-T90
Lungelidelser	J	R74, R78- R81, R83, R95, R96, R99
Kreft	C, D0	A79, B72-B75, D74-D78, F74, H75, K72, L71, L97, N74, N76, R84, R85, R92, S77, S79, S81, T71, T73, U75-U77, U79, W72, W73, X75-X77
Andre	Alle andre	Alle andre

Tabell 1. Diagnosegrupper som inngår i analysen.

Funksjonsevne

Funksjonsevne beskrives ved fem variabler/samlemål etablert av Helse- direktoratet: 1) Sosial fungering, 2) kognitiv svikt, 3) evne til å ivareta egen helse, 4) husholdsfunksjoner og 5) evne til egenomsorg. Samlemålene har verdiene 1,5 (definert som lite/avgrenset bistandsbehov), 3 (definert som middels til stort bistandsbehov) og 4,5 (definert som omfattende bistandsbehov).²

2 Beregning av delmål og samlemål. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registering-av-iplos-data-i-kommunen/om-funksjonsvurdering-og-skarinndeling/beregning-av-delmal-og-samlemal> (lest 4.2.2024).

Samlemålene sammenfatter resultatene fra et utvalg av 15 funksjonsvariabler (Tabell 2).³ Syn og hørsel er holdt utenfor fordi variablene ikke hadde tilstrekkelig signifikans i faktoranalysene som la grunnlaget for samlemålene, da disse ble utarbeidet i 2010. Samlemålene skal være en indikator som sier noe om de store trekkene i behovsfordeling blant tjenestemottakere, og benyttes i den nasjonale statistikken.

Sosial fungering Sosial deltakelse Beslutninger i dagliglivet Styre atferd	Kognitiv svikt Hukommelse Kommunikasjon	Ivareta egen helse Ivareta egen helse
Husholdsfunksjoner Skaffe seg varer og tjenester Alminnelig husarbeid Lage mat	Egenomsorg Personlig hygiene På- og avkledding Spise Toalett Bevege seg innendørs Bevege seg utendørs	

Tabell 2. Funksjonsvariablene som inngår i samlemålene.

Det benyttes i hovedsak enkel beskrivende statistikk. For å teste om forskjellene i funksjonsevne mellom grupper er signifikante, benyttes ‘Wilcoxon rank test’ som er en ikke-parametrisk test som hensyntar at variablene er på ordinale målenivå. Vi benytter tosidig test.

Kommunal ressursbruk

Det siste spørsmålet vi studerer, er om økningen i antall pasienter i de yngre aldersgruppene medfører høyere ressursbruk i sykehjem. Ideelt bør en slik analyse gjennomføres på et paneldatasett der en analyserer endringer i kommunenes ressursbruk over tid. Foreløpig gir ikke KPR-data muligheter for en slik analyse. Vi har derfor gjort en tverrsnittsanalyse av kommunenes kostnader til institusjoner (KOSTRA-funksjon 253) per innbygger i 2021. Som forklaringsvariabler benytter vi liggedager i aldersgruppene 0–49 år og 50–79 år som andel av totalt antall liggedager i institusjon, samt kommunenes inntektsnivå per innbygger og befolkningsandeler i aldersgruppene 0–15 år og 80 år og over. De siste tre variablene antas da å kontrollere for tilbuds- og etterspørselsvariasjoner mellom kommunene (15, 16).

3 Funksjonsvariablene. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/funksjonsvariablene> (lest 4.2.2024)

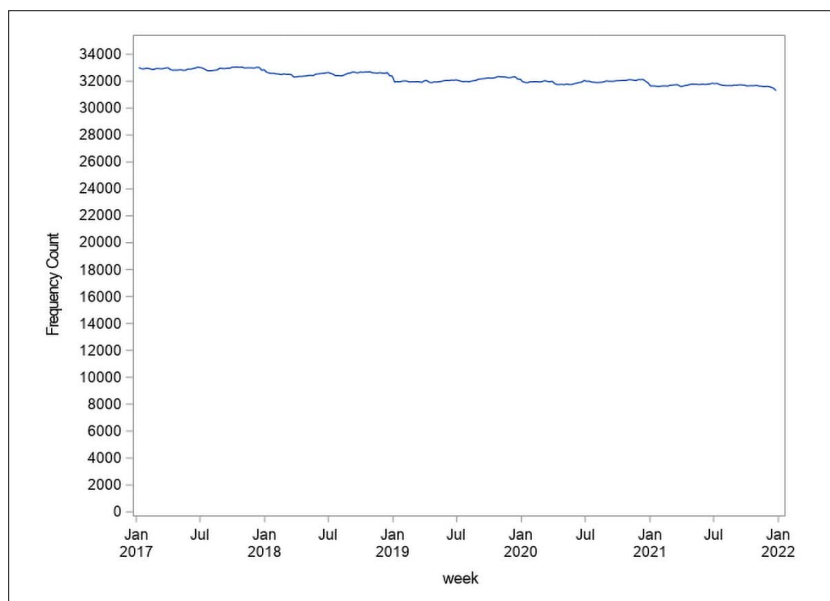
Resultater

Antall i langtidsopphold og aldersfordeling

I gjennomsnitt var det rundt 32 000 pasienter per uke i langtidsopphold i sykehjem i perioden fra januar 2017 til utgangen av desember 2021 (Figur 1). Det var en mindre reduksjon i antall pasienter over tid. I november 2021 var det for eksempel i gjennomsnitt 31 500 pasienter i langtidsopphold. Tallene på årsbasis er naturligvis høyere; 47 100 i 2017 og 45 500 i 2021.

Gjennomsnittsalderen var fallende, fra 85 år i starten av 2017 til 82,8 år ved utgangen av 2021. Om lag 77 % av pasientene var 80 år eller eldre ved inngangen til 2017. Prosentandelen i denne aldersgruppen faller til om lag 70 % ved utgangen av analyseperioden. I relative endringer er dette en reduksjon på om lag 10 %.

Det var registrert 46 700 unike pasienter i 2018. Antallet reduseres til 46 300 pasienter i 2021, som er en nedgang på 342 pasienter. Dette er årsbasistall. Det forteller oss hvor mange unike personer som har vært i kommunale institusjoner på langtidsopphold gjennom hele året. At det er en sterkere reduksjon i antall pasienter per år enn per uke, indikerer at pasientene i gjennomsnitt ligger lenger på sykehjem i 2021 enn i 2017. Vi har



Figur 1. Antall pasienter i langtidsopphold per uke, 2017–2021.

ikke analysert dette nærmere, men økningen i yngre pasienter som har lavere dødelighet, kan bidra til å forklare endringen.

Pasientenes diagnoser

Tabell 3 viser diagnoser blant pasienter i langtidsopphold i kommunale institusjoner i 2018 og 2021. Det er en generell økning i antall pasienter der det er satt diagnose, fra 2018 til 2021. I 2018 har 85,5 % av pasientene som er i langtidsopphold, registrerte diagnoser. I 2021 har tallet økt til 87,6 %, en relativ økning på 2,5 %. Det er flest uten diagnoser i den høyeste aldersgruppen (> 90 år). Endringer i diagnosesetting utgjør en feilkilde når vi vurderer om det har skjedd endringer i pasientenes diagnoser. Imidlertid mener vi det er uproblematisk å betrakte de største endringene som uttrykk for reelle endringer.

De største diagnosegruppene blant pasienter i langtidsopphold er hjertelidelser (46–47 % av alle pasienter), demens (41–44 % av alle pasienter) og neurologiske lidelser som slag og hjerneblødning (19–24 % av alle pasienter) (17). Dette er diagnoser som alle har en klar aldersgradient, og som

Diagnoser gruppert	Antall 2018 (A)	Andel 2018 (B)	Antall 2021 (C)	Andel 2021 (D)	Absolutt endring (C-A)	Relativ endring 2018–2021 ((D/B)*100 -100)
Hjertelidelser	21271	45,5	22122	47,6	851,0	4,7
Demens	19228	41,1	20296	43,7	1068,0	6,3
Neurologiske lidelser	10545	22,6	10985	23,7	440,0	4,9
Psykiske lidelser	9067	19,4	11009	23,7	1942,0	22,3
Brudd	6149	13,1	6378	13,7	229,0	4,5
Lungelidelser	5778	12,4	7888	17,0	2110,0	37,5
Diabetes	5420	11,6	5997	12,9	577,0	11,4
Kreft	4430	9,5	5095	11,0	665,0	15,8
Rusmisbruk	959	2,1	1368	2,9	409,0	43,7
Psykisk utviklingshemming	568	1,2	698	1,5	130,0	23,8
Andre	32873	70,3	33755	72,7	882,0	3,4
Antall unike pasienter	46762		46432			
Antall uten diagnosekoder	6825		5789			

Tabell 3. Diagnoser blant pasienter i langtidsopphold i kommunale institusjoner, 2018 og 2021.

tradisjonelt har vært de viktigste diagnosegruppene i kommunale sykehjem (13). Den sterkeste veksten fra 2018 til 2021 har vi blant pasienter med lungelidelser (Kols med mer), psykiske lidelser, rusmisbruk og psykisk utviklingshemming. I 2018 er antallet med rusmisbruk og psykisk utviklingshemming på et lavt nivå. Dette må en ta hensyn til når en fortolker de relative endringene. Det er også økning i pasienter med ulike former for kreft.

Tabell 4 viser fordelingen av diagnosene etter aldersgrupper basert på 2021-data. Vi merker oss at psykiske lidelser er de største diagnosegruppene i aldersgruppene 18–39 år, 40–59 år og 60–69 år. I de eldste aldersgruppene er hjertelidelser og demens de to største gruppene.

	0-17	18-39	40-59	60-69	70-79	80-89	≥ 90	Totalt
Hjertelidelser	2	6	89	546	3094	8866	9484	22087
Demens	0	4	128	783	3962	9027	6367	20271
Psykiske lidelser	62	137	283	743	2226	4216	3318	10985
Nevrologiske lidelser	29	39	184	688	2580	4366	3082	10968
Lungelidelser	28	64	147	376	1495	3115	2650	7875
Brudd	1	3	22	161	775	2439	2969	6370
Diabetes	0	7	71	302	1277	2528	1803	5988
Kreft	0	4	43	160	834	2084	1961	5086
Rusmisbruk	0	37	119	272	508	345	80	1361
Psykisk utviklingshemming	80	119	92	132	180	74	17	694
Andre	79	111	435	1436	5577	13113	12953	33704
Antall pasienter med diagnose	115	262	671	1958	7258	15690	14610	40564
Antall pasienter uten diagnose	30	196	329	353	1050	2086	1700	5744

Tabell 4. Diagnoser blant pasienter i langtidsopphold kommunale institusjoner, etter aldersgruppe, 2021.

En nærmere analyse av endringene i sykehjemspopulasjonen får vi ved å studere de nyinnlagte i 2018 og 2021 (Tabell 5). Nyinnlagte defineres her som at pasienten ikke har vært innlagt i langtidsopphold tidligere. Det er til sammen 14 312 nyinnlagte pasienter i 2018 og 14 346 nyinnlagte i 2021. Det er en svak reduksjon i antall nyinnlagte som mangler diagnoser, fra 2667 (18,6 %) i 2018 til 2312 (16,1 %) i 2021.

	2018	Prosent- andel	2021	Prosent- andel	Relativ endring
Hjertelidelser	6258	53,7	6725	55,9	4,0
Demens	4368	37,5	5118	42,5	13,4
Nevrologiske lidelser	2704	23,2	3039	25,3	8,8
Psykiske lidelser	2296	19,7	2986	24,8	25,8
Lungelidelser	1787	15,3	2597	21,6	40,6
Kreft	1467	12,6	1795	14,9	18,4
Diabetes	1554	13,3	1774	14,7	10,5
Brudd	1469	12,6	1657	13,8	9,2
Rusmisbruk	205	1,8	323	2,7	52,5
Psykisk utviklingshemming	132	1,1	111	0,9	-18,6
Andre	9692	83,2	9881	82,1	-1,3
Antall med diagnoser	11645		12034		
Antall uten diagnose	2667		2312		

Tabell 5. Nyinnlagte pasienter til langtidsopphold etter diagnose, 2018 og 2021.

Blant nyinnlagte pasienter er det fortsatt hjertelidelser, demens og nevrologiske lidelser som dominerer. Det er en viss økning i andelen med demens fra 2018 til 2021. Den sterkeste økningen i diagnoser blant de nyinnlagte finner vi imidlertid for pasienter med rusmisbruk, lungelidelser og psykiske lidelser. Som tidligere nevnt er antall med rusmisbruk som diagnose på et lavt nivå. Relativt små endringer i absolutte tall gir derfor store prosentvise endringer. Det er en reduksjon i antall med psykisk utviklingshemming som henvises til langtidsopphold. Fordeling av pasientenes diagnoser på aldersgrupper og år (ikke vist i tabeller) indikerer ikke større endringer mellom de to årgangene. Om lag 70 % av de nyinnlagte er i aldersgruppen 80 år og eldre.

Funksjonsnivå – heves terskelen for å få langtidsplass?

Resultatene over indikerer at konkurransen om langtidsplassene blir hardere ved at et økende antall yngre pasienter (< 80 år) nå får langtidsopphold. Betyr dette at terskelen for å få langtidsplass i sykehjem heves, og kanskje særlig for de eldre pasientene? Betyr det at behovene for langtidsplass faktisk er høyere i de yngre aldersgruppene?

En måte å undersøke dette på er å sammenlikne de nyinnlagte pasientenes funksjonsevne mellom ulike tidsperioder og mellom aldersgrupper (Tabell 6).

Høye verdier på disse variablene indikerer lavt funksjonsnivå og stort behov for hjelp. Vi deler de nyinnlagte pasientene i aldersgruppene 0–59 år, 60–79 år og 80 år og over og sammenlikner funksjonsevnen for nyinnlagte i 2018 og 2021. Variablene som beskriver funksjonsevne, er basert på data fra året før henvisningen, det vil si fra 2017 for de som var nyinnlagt i 2018, og fra 2020 for de som var nyinnlagt i 2021.

Aldersgruppe (N)	Funksjonsmål	2018	2021	Signifikanstest (Wilcoxon)
≥ 80 år N=9823 i 2018, N=9443 i 2021	Sosial fungering	2,20	2,30	p<0,001
	Kognitiv svikt	2,25	2,36	p<0,001
	Egen helse	3,27	3,30	p=0,018
	Husholdning	3,61	3,63	p=0,117
	Omsorg	2,55	2,62	p<0,001
60–79 år N=2020 i 2018, N=2290 i 2021	Sosial fungering	2,61	2,69	p=0,019
	Kognitiv svikt	2,55	2,62	p=0,019
	Egen helse	3,54	3,57	p=0,479
	Husholdning	3,71	3,76	p=0,125
	Omsorg	2,69	2,75	p=0,173
0–59 år N=746 i 2018, N=757 i 2021	Sosial fungering	3,11	3,09	p=0,833
	Kognitiv svikt	2,81	2,78	p=0,716
	Egen helse	3,77	3,75	p=0,474
	Husholdning	3,81	3,66	p=0,015
	Omsorg	2,92	2,80	p=0,071

Tabell 6. Funksjonsevne blant nyinnlagte til langtidsopphold etter aldersgrupper og år (gjennomsnitt), 2018 og 2021.

Det er en signifikant reduksjon i funksjonsevnen (høyere verdier på funksjonsmålene) til de nyinnlagte pasientene i den eldste aldersgruppen fra 2018 til 2021. Endringen er signifikant for fire av de fem funksjonsmålene. Det er også en reduksjon i funksjonsevne i den nest yngste gruppen, men

ikke alle endringene i funksjonsmålene er signifikante. For den yngste aldersgruppen er det ingen signifikante endringer over tid.

Dette indikerer at terskelen for å få langtids plass for de eldre har blitt høyere over tid når vi betrakter landet som helhet. Vi ser imidlertid at funksjonsevnen er dårligere og hjelpebehovet større jo lavere aldersgruppene er. Selv om terskelen for å få langtids plass blir høyere for de eldre pasientene, er den enda høyere for de yngre gruppene. Dette gjelder også for funksjonsmålet 'kognitiv svikt' der vi i utgangspunktet hadde forventning om at den eldste aldersgruppen hadde de høyeste verdiene (dårligst funksjonsevne).

Gir flere yngre pasienter høyere ressursbruk i sykehjem?

Det siste spørsmålet vi ser på, er om økningen i antall pasienter i de yngre aldersgruppene medfører høyere ressursbruk i sykehjem (Tabell 7).

Variabler	Estimat	p-verdi
Kommunalt inntektsnivå	0,29	<0,01
Andel 0-15 år (kommunenivå)	-94,84	0,19
Andel 80 år og eldre (kommunenivå)	288,31	<0,01
Folketall	-0.00	0,74
Andel liggedager 0-49 år (pasientnivå)	1664,67	0,49
Andel liggedager 50-79 år (pasientnivå)	-1771,00	0,18
Justert R2	0,73	

Tabell 7. Kostnader til kommunale institusjoner. Resultat fra regresjonsanalyser, 2021.

Kommunenes utgifter til institusjonsplasser per innbygger øker med kommunenes inntektsnivå og med andelen innbyggere i aldersgruppen over 80 år. Dette er robuste sammenhenger som også er dokumentert tidligere (15). Assosiasjonen med inntektsnivå er betydelig. Når kommunens inntektsnivå øker med 1000 kroner per innbygger og alt annet er konstant, øker utgiftene til institusjonsplasser med 290 kroner per innbygger. Assosiasjonen med økningen i andelen eldre er også sterkt. Når andelen eldre øker med 1 %, øker utgiftene til institusjonsplasser med 288 kroner per innbygger. Folketall har ikke signifikant effekt.

Variablene som beskriver andelen liggedager i de yngre og midlere aldersgruppene, har statistiske effekter, men i ulike retninger, og variablene er ikke signifikante. I en alternativ spesifisering har vi slått sammen alle ligge-

dager blant pasienter under 80 år. Heller ikke den spesifisering gir signifikante resultater. Konklusjonen er med andre ord at så langt som dagens data rekker, finner vi ikke indikasjoner på at økningen i yngre pasienter i sykehjemmene trekker opp kommunenes kostnader på dette feltet.

Diskusjon

Vi har studert pasientpopulasjonen som er i langtidsopphold i kommunale institusjoner, i hovedsak i sykehjem. Antall pasienter i langtidsopphold er stabilt på om lag 32 500 i analyseperioden, men med en liten reduksjon i 2021. Det skjer en markant foryngelse i populasjonen. Om lag 77 % av pasientene er 80 år eller eldre ved inngangen til 2017. Prosentandelen i denne aldersgruppen faller til om lag 70 % ved utgangen av analyseperioden. I de eldre aldersgruppene (> 80 år) som innlegges i langtidsopphold finner vi overvekt av pasienter med hjerte- og karlidelser, nevrologiske lidelser og demens, mens psykiske og nevrologiske lidelser er de største sykdomsgruppene i de lavere aldersgruppene. Funksjonsevnen til eldre som er nyinnlagt, er redusert fra 2018 til 2021, noe som kan indikere at terskelen for å få langtids plass er hevet. De nyinnlagte i de lavere aldersgruppene har imidlertid dårligere funksjonsevne enn de eldre målt ved alle funksjonsmålene vi har hatt tilgang til.

Endringene i aldersfordelingen er i samsvar med tidligere analyser i Norge (2). Tilsvarende endringer er observert i delstater i USA (18). Endringene er imidlertid sterkere i Norge enn i USA, noe som trolig reflekterer variasjon i institusjonelle forhold, primært at Norge har gått langt i å bygge ned sentrale institusjoner innenfor psykisk helsevern og avhengighet, og flyttet brukerne over til kommunene. Etter perioder med hjemmetjenester øker så institusjonaliseringen. Vi har ikke analysert årsakene til dette, men det er nærliggende å tenke seg at institusjonaliseringen kommer som følge av perioder med økning i omsorgsbehovet.

Diagnosene blant den eldre delen av sykehjemspopulasjonen er i tråd med det man finner i nasjonale og internasjonale studier (19–21). Det finnes færre internasjonale studier av diagnoser blant den yngre delen av sykehjemspopulasjonen, men den nevnte amerikanske studien (18) finner liknende resultater som vi har gjort, nemlig at yngre brukere i høy grad har psykiske diagnoser.

Selv om terskelen for å bli tildelt langtids plass for de eldre heves, indikerer tallene at kommunene prioriterer korrekt når vi betrakter dette på makronivå. De med høyest behov går foran de med lavere behov, noe som innebærer at inntakene til sykehjemmene reflekterer prioriteringskriteriene når vi betrakter landet samlet.

Kommunenes utgifter til institusjonene ser ikke ut til å øke som følge av at andelen yngre pasienter som får langtidsplass, øker. Kostnadene i institusjoner forklares primært av kommunenes inntektsnivå og andelen av befolkningen som er 80 år og eldre. Dette kan indikere at kommunene i tillegg til å vurdere pasientenes funksjonsevne når langtidsplass vurderes, også vurderer kostnadene ved å bo hjemme versus å bo på institusjon.

To forbehold skal nevnes til slutt. For det første, kan det være at det skjer en 'oppkoding' av pasientenes funksjonsnivå over tid, det vil si at pasienter med likt funksjonsnivå i to perioder kodes med dårligere funksjonsevne i periode to enn i periode en. En slik inflatering av funksjonsnivået kan ha flere årsaker, for eksempel at informasjonen om kodeverktøyet forbedres over tid. Det andre forbeholdet gjelder kodingen av diagnoser, særlig frafallet på denne variabelen i de eldste aldersgruppene. Vi tror imidlertid ikke at disse to forholdene påvirker analysens hovedresultater, men de kan være en medvirkende årsak til at andelen pasienter med demens er noe lavere enn i andre studier (22).

Artikkelen er en bearbejdet versjon av kapittel 2 i rapporten Brukerne blir yngre, psykiske lidelser øker: Dypdykk i pleie- og omsorgstjenestene 2017–2021 (23). Rapporten er finansiert av KS FoU (prosjekt 234041). Dispensasjon fra taushetsplikt for å behandle KPR-data ble innvilget av REK 5. juni 2020 (prosjektnummer 124837), og DPIA ble godkjent av UiO 5. august 2020. Artikkelen er en del av NORCHER-prosjektet finansiert av NFR (296114). Dataeiere og finansierer er ikke ansvarlige for analysene og de konklusjoner som trekkes. Vi takker redaksjonen og en anonym fagfelle for kommentarer til en tidligere versjon av artikkelen.

Litteratur

1. Hagen TP, Tjerbo T. Vi forbereder oss på 'eldrebølgen', men i kommunehelsetjenesten er der en 'yngrebølge'. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 2023; 9: 92–104. <https://www.idunn.no/doi/10.18261/tfo.9.2.8>
2. Hoen BT, Abrahamsen DR. *Sykehjem og hjemmetjenesten i Norge*. Statistisk sentralbyrå, 2023: <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/sykehjem-og-hjemmetjenesten-i-norge> [lest 25.1.2024].
3. Tøssebro J. *En bedre hverdag?* Oslo: Kommuneforlaget, 1996.
4. Linaker OM, Nøttestad JA. Helse og helsetjenester til mennesker med psykisk utviklingshemning før og etter ansvarsreformen. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 1998; 118: 357–361.
5. Kaltheth J, Pettersen I, Kaltheth B. *Psykisk helsearbeid i kommunene – tiltak og tjenester. Status 2007/2008 og utvikling i Opptrappingsplanperioden*. SINTEF rapport, 2009. <https://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/1269448/>
6. Ambugo EA, Hagen TP. Effects of introducing a fee for inpatient overstays on the rate of death and readmissions across municipalities in Norway. *Social Science & Medicine* 2019; 230: 309–317. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.04.006>

7. Hagen TP, Tjerbo T. The Causal Effect of Community Hospitals on General Hospital Admissions. Evaluation of a Natural Experiment Using Register Data. *International Journal of Integrated Care* 2023; 23: 10. <https://doi.org/10.5334/ijic.6515>
8. Hilland GH, Hagen TP, Martinussen PE. Stayin' alive: The introduction of municipal in-patient acute care units was associated with reduced mortality and fewer hospital readmissions. *Social Science & Medicine* 2023; 326: 115912. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115912>
9. Brevik I. *De nye hjemmetjenestene: langt mer enn eldreomsorg. Utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989–2007*. NIBR-rapport 2010/2. Oslo: NIBR, 2010. <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2711940/Brevik.pdf>
10. Otnes B. Utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene 1994–2013. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 2015; 1: 48–61. https://ssb.brage.unit.no/ssb-xmlui/bitstream/handle/11250/285003/Otnes_pleietenester2.pdf
11. Romøren T-I. Kommunale omsorgstjenester - fra eldreomsorg til 'yngreomsorg'. *Aldring og livsløp* 2007; 1: 2–10.
12. Burrell LV, Rostad HM, Wentzel-Larsen T et al. The influence of individual and municipality characteristics on allocation of long-term care services: a register-based cross-sectional study. *BMC Health Services Research* 2023; 23: 801. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09641-y>
13. Tingvold L, Magnussen S. *Økt spesialisering og differensiering i sykehjem*. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 2018; 4: 153–164. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-02-11>
14. Johansen RH, Olsen K, Bergh S et al. Course of activities of daily living in nursing home residents with dementia from admission to 36-month follow-up. *BMC Geriatrics* 2020; 20: 488. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01877-1>
15. Hagen TP, Amayu KN, Godager G et al. *Utviklingen i kommunenes helse- og omsorgstjenester 1986-2010*. Helseøkonomisk forskningsprogram, Skriftserie 2011: 5. Universitetet i Oslo, 2011. https://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2011/2011_5.pdf
16. Hernæs Ø, Kverndokk S, Markussen S et al. When health trumps money: Economic incentives and health equity in the public provision of nursing homes in Norway. *Social Science & Medicine* 2023; 333: 116116. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116116>
17. Laukvik LB, Lyngstad M, Rotegård AK et al. Content and comprehensiveness in the nursing documentation for residents in long-term dementia care: a retrospective chart review. *BMC Nursing* 2022; 21: 84. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00863-9>
18. Ne'eman A, Stein M, Grabowski DC. Nursing home residents younger than age sixty-five are unique and would benefit from targeted policy making. *Health Affairs* 2022; 41: 1449–1459. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2022.00548>
19. Van Rensbergen G, Nawrot T. Medical conditions of nursing home admissions. *BMC Geriatrics* 2010; 10: 46. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-10-46>
20. sm-Rahman A, Meinow B, Hydén LC et al. Long-term care use among people living with dementia: a retrospective register-based study from Sweden. *BMC Geriatrics* 2022; 22: 998. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03713-0>

21. Sørbye LW, Steindal S, Kalfoss MH et al. Opioids, pain management, and palliative care in a Norwegian nursing home from 2013 to 2018. *Health Services Insights* 2019; 12: 1178632919834318. <https://doi.org/10.1177/1178632919834318>
22. Wergeland JN, Selbæk G, Bergh S et al. Predictors for nursing home admission and death among community-dwelling people 70 years and older who receive domiciliary care. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra* 2015; 5: 320–329. <https://doi.org/10.1159/000437382>
23. Hagen TP, Aarflot M, Tjerbo T. *Brukerne blir yngre, psykiske lidelser øker: Dypdykk i pleie- og omsorgstjenestene 2017–2021*. HERO Working Paper 2024: 1. Oslo: University of Oslo, 2024. <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2024/2024-1.pdf>

Terje P. Hagen
t.p.hagen@medisin.uio.no
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi,
Institutt for helse og samfunn,
Universitetet i Oslo
0317 Oslo

Terje P. Hagen er professor ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi,
Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

Morten Aarflot
morten.aarflot@medisin.uio.no
Institutt for helse og samfunn,
Universitetet i Oslo
0317 Oslo

Morten Aarflot er 'data manager' ved Institutt for helse og samfunn,
Universitetet i Oslo

Trond Tjerbo
trond.tjerbo@medisin.uio.no
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi,
Institutt for helse og samfunn,
Universitetet i Oslo
0317 Oslo

Trond Tjerbo er førsteamanuensis ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

Artikkelen er fagfellevurdert

Kan friskere aldring og økt familieomsorg veie opp for lavere tilgang på offentlige helse- og omsorgstjenester?

Michael 2024; 21: 39–51

doi:10.5617/michael.10950

Demografiske endringer vil legge et stort press på framtidens helse- og omsorgstjenester. Vi oppsummerer hva framskrivninger av demografi og helsepersonellbehov og tilgang på helsepersonell samlet kan fortelle oss om mulige scenarier framover.

Friskere aldring og økt familieomsorg vil neppe redusere det framtidige behovet for helse- og omsorgstjenester ettersom økt levetid ikke har resultert i klart lavere tjenestebruk det siste tiåret, og at det i snitt vil bli færre pårørende per eldre i årene som kommer. På tjenestesiden vil det bli avgjørende med fortsatt arbeidsinnvandring, økt utdanning av sykepleiere og helsefagarbeidere samt en kraftinnsats for å beholde helsepersonell i arbeidslivet, og da spesielt i offentlig sektor.

En bevisst planlegging for en beskjedent vekst i offentlige helse- og omsorgstjenester kan gjøre det mindre attraktivt å arbeide der, samtidig som det kan bidra til økt sosial ulikhet ved at ressurssterke eldre og deres pårørende heller velger private løsninger. Samlet sett kan disse faktorene virke selvforsterkende og bidra til et todelt helsevesen.

I årene som kommer, vil demografiske endringer, spesielt aldring, legge stort press på framtidens helse- og omsorgstjenester, både med hensyn til hva det vil kreve av økonomiske ressurser, men også hva dette vil bety for behov for arbeidskraft i sektoren. Samtidig vil det økonomiske handlingsrommet bli snudd til et innstrammingsbehov både på kort og lang sikt (1).

I denne artikkelen diskuterer vi Helsepersonellkommissjonens anbefaling om å styre mot en minimumsvekst i helse- og omsorgstjenesten, dels begrunnet med friskere aldring og økt familieomsorg (2).

I hvilken grad mangler Norge hender til å dekke vekst i helse- og omsorgsbehovet på kort og lang sikt? Kan friskere aldring og økt familieomsorg veie opp for lavere tilgang på offentlige helse- og omsorgstjenester?

Metode

Vi oppsummerer ulike scenarioer over antatte hovedbrukere av framtidens helse- og omsorgstjenester, hva det kan være rimelig å anta om helsen, familieomsorg og behovet for tjenester for framtidens eldste, hva det framskrevne behovet vil være for helsearbeidere og hvilket tilfang som kan realiseres.

Vi baserer oss i stor grad på eksisterende framskrivninger fra Statistisk sentralbyrå (SSB), spesielt befolkningsframskrivninger samt framskrivninger av tilbud og offentlig etterspørsel etter helsepersonell. Vi gjør også egne beregninger knyttet til dagens helse- og omsorgstjenester og personellsituasjonen i disse.

Eksisterende framskrivninger

SSBs befolkningsframskrivninger tar utgangspunkt i dagens befolkning fordelt etter alder og kjønn og innvandrer kjennetegn og legger på forutsetninger om utviklingen i framtidige fødselstall, innvandring, utvandring og levealder (3). Vi baserer vi oss på hovedalternativet hvor mellomanslagene for fruktbarhet, innvandring og levealder er lagt til grunn.

Vi bruker anslag for tilbud og etterspørsel etter helsepersonell slik de framkommer i publikasjoner av Jia et al. (4) og Holmøy et al. (5). Beregninger av tilbudssiden framskrives på bakgrunn av data på sysselsatte med relevante helseutdanninger etter kjønn og alder. Tilgang og avgang inkluderer nye arbeidstakere, de som har forlatt feltet, samt arbeidsinnvandring. Resultatet er en netto tilgang (uttrykt som prosentandel av den totale arbeidsstokken) som holdes konstant framover. For å estimere det totale tilbudet av årsverk multipliseres totalt antall personer i arbeidsstyrken med andelen yrkesaktive og deres gjennomsnittlige arbeidstid (etter kjønn og alder).

Beregninger av etterspørselssiden er begrenset til offentlig sektor og tar utgangspunkt i en antatt etterspørsel, basert på brukerfrekvenser av tjenester etter kjønn og alder (6). Årsverk beregnes ved å ta utgangspunkt i årsverk per unike bruker dividert på standard minus produktivitet i år *y*. Deretter multipliseres dette med antall unike brukere dividert med brukerfrekvenser samme år ganget med totalt antall framtidige personer. Det gjøres også ulike antakelser om framtidig helsetilstand og familieomsorg. Referansealternativet forutsetter en 0,5 % årlig økning i årsverk per bruker (1 % vekst i tjenestekvalitet minus 0,5 % arbeidsbesparende produktivitet), bedre helse fra 55 års alder og konstant familieomsorg. Minimumsalternative forutsetter 0,5 % reduksjon i årsverk per bruker, bedre helse fra 55 års alder og økt familieomsorg.

Egne beregninger

Vi viser oppdaterte beregninger av aldersjusterte brukerfrekvenser for helse- og omsorgsårsverksbruk dersom friskere aldring skal realiseres mot 2040 og ser denne i sammenheng med FNs familiekoefisient. Vi ser også kort på det historiske bidraget av arbeidsinnvandring for helse- og omsorgsårverk.

Resultater

Demografisk utvikling

Folketallet i dag er 5,5 millioner, og fordelingen av personer i ulike aldersgrupper er hensiktsmessig: Det er 3,3 millioner i hovedarbeidsalder (20–66 år), mens 645 000 er 67–79 år og 246 000 er 80 år eller eldre (7).

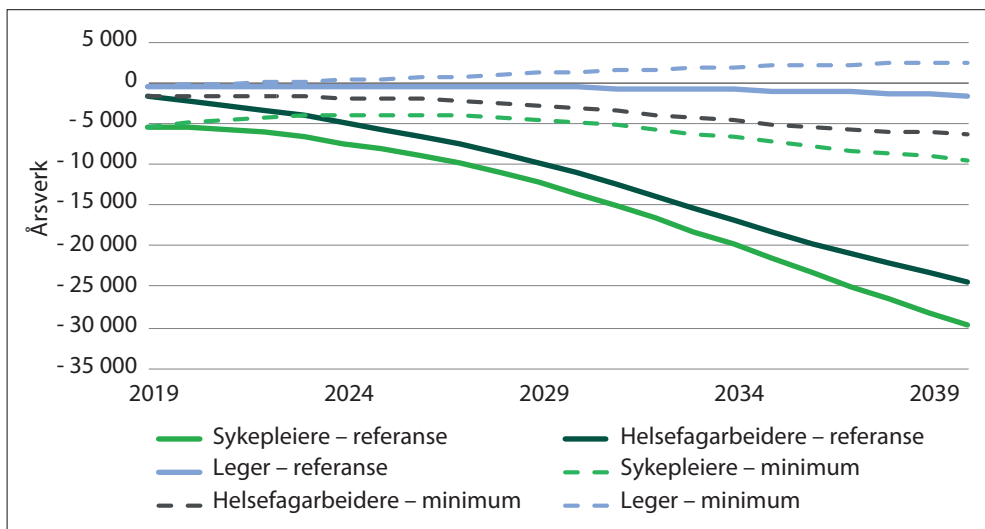
SSB framskriver fortsatt befolkningsvekst, men utelukkende i de eldste aldersgruppene. Ifølge hovedalternativet vil gruppen som er 67 år og eldre, øke med 50 % mot 2040 (fra nær 900 000 til rundt 1,3 millioner) mens gruppen som er 80 år og eldre, vil mer enn dobles (fra 246 000 til rundt 496 000). Økningen i antallet 90- og 100-åring er særlig sterk (fra 46 000 til 108 000).

Antall personer i hovedarbeidsalder holder seg relativt stabilt, men andelen de utgjør, vil synke fra dagens 61 % til rundt 57 % mot 2040. Den potensielle arbeidsstyrken blir altså relativt sett *mindre* framover. Samtidig blir den også *eldre*. Siden innvandrere vil utgjøre en økende andel av alle i hovedarbeidsalder framover, blir den også mer *heterogen*. Hvor mye aldring og økt innslag av innvandring vil bety for tilgangen på helsepersonell, vil avhenge av om framtidens eldre ønsker å stå lenger i jobb, har tilstrekkelig helse til å arbeide, i hvilken grad innvandrere vil ta arbeid i helse- og omsorgstjenestene og om arbeidsoppgaver og arbeidsforhold tilpasses en eldre og mer heterogen gruppe av arbeidstakere slik at helse- og omsorgstjenestene evner å inkludere og beholde dem (8).

Tilgangen til helse- og omsorgspersonell

Den offentlige helse- og omsorgstjenesten er stor, og i 2019 (før pandemien) besto den av nær 315 000 årsverk, noe som tilsvarer 13 % av alle utførte årsverk. Som vist i figur 1, er det allerede mangel på helse- og omsorgspersonell, særlig sykepleiere og helsefagarbeidere. Dette vil forsterkes framover.

Det er markante forskjeller i aldersfordelingene i de ulike tjenestene mellom ulike utdanningsgrupper. De «nye» helsefagarbeiderne er yngre enn de tradisjonelle hjelpepleierne. Arbeidsinnvandring har imidlertid ført til de største endringene: Mens innvandrere i enkelte årskull i 30-årene utgjorde opp mot 19 % i 2010, var det tilsvarende tallet hele 45 % i 2022 (egne beregninger).



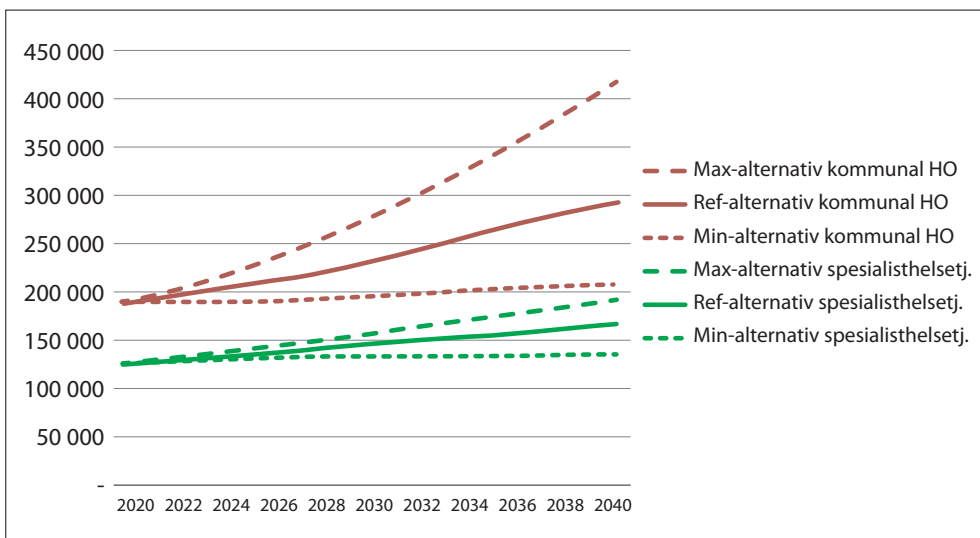
Figur 1. Ulike framskrivinger av mangel på helsepersonell

Kilde: SSB, egen figur med utgangspunkt i tall fra Jia et al. (4)

Figur 2 viser at behovet for årsverk øker markant i referansealternativet, og det er særlig somatiske spesialisthelsetjenester og kommunale omsorgstjenester som vil merke aldringen. I minimumsalternativet, en beskjeden vekst som Helsepersonellkommissjonen foreslår å styre etter (2, s. 278), er økningen mot 2040 langt mer moderat (9 %). Maksimumsalternativet (1 % økning i årsverk per bruker, kontant helse og konstant familieomsorg) gir en særs kraftig vekst, spesielt i de kommunale tjenestene.

Ifølge Holmøy et al. har den historiske veksten i årsverk i den offentlige helse- og omsorgstjenesten vært mindre sterk enn den som framskrives videre: Fra 1980 til 2000 var veksten på 3,1 %, mens den var 2,4 % fra 2000 til 2019 (5). For perioden sett under ett forklarte demografiske endringer halvparten av veksten (53 %). Ifølge de samme beregningene vil den årlige vekstraten framover være 1,8 % i referansealternativet og 0,4 % i minimumsalternativet. Veksten skyldes primært at det vil bli flere eldre med store naturlige behov, og ikke en markant økning i standarden på tjenestene (5).

Økningen mot 2040 varierer på tvers av tjenesteområdene: I minimumsalternativet er den på 26 % for institusjonsbasert omsorg, 13 % for somatiske spesialisthelsetjenester og bare 3 % for helsetjenester i hjemmet. De tilsvarende tallene i referansealternativet er henholdsvis 55 %, 39 % og 27 %.

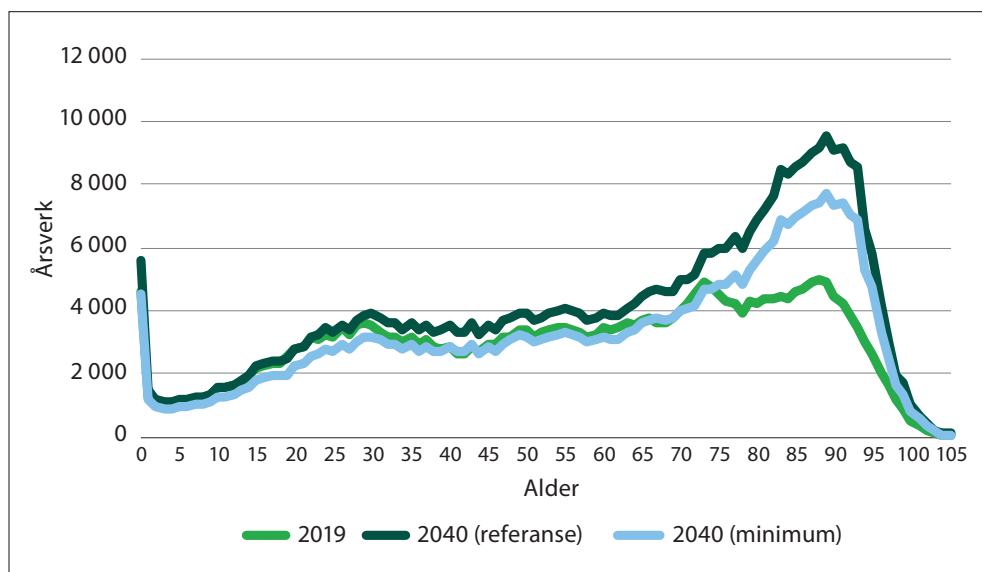


Figur 2. Ulike framskrivinger av etterspurte årsverk i helse- og omsorgstjenestene etter tjenesteområde. Figur fra datagrunnlaget brukt i Holmøy et al. (5), vist som figur 1.3 i (2).

Framtidens eldre brukere av helse- og omsorgstjenester

Figur 3 viser årsverk for 2040 i referansealternativet (424 000) og minimumsalternativet (344 000). I 2019 ble rundt 30 % av årsverkene brukt på gruppen 80 år og eldre. Denne andelen vil ifølge referansealternativet øke til 50 % mot 2040 fordi de store etterkrigskullene snart vil passere 80 år – en alder som fører til økt bruk av både helse- og omsorgstjenester. Selv om det forventes en viss økning i årsverksbruk også blant de under 80 år (15 % i referansealternativet), er veksten klart sterkest blant de som har passert 80 år (90 %). Økningen for de eldste er imidlertid også tydelig i minimumsalternativet.

Mange av framtidens eldre (og deres voksne barn) vil ha høyere utdanning og relativt god økonomi (9). Dermed kan det være at gruppen har større forventninger til helse- og omsorgstjenestene. Samtidig vil det også være en større andel eldre enn før uten barn, med brokete familiehistorier og innvandringsbakgrunn, som vil ha implikasjoner for økonomiske ressurser (9). Bruk av omsorgstjenester er nært knyttet til sosiodemografiske og -økonomiske ressurser i Norge, og de med færrest ressurser bruker flest (og mest) tjenester (10). Oppsummert vil framtidens brukere av helse- og omsorgstjenester være flere, eldre og mer heterogene med hensyn til innvandringsbakgrunn (11), og de vil ha færre (og eldre) nære familiemedlemmer (12).



Figur 3. Forbruk av årsverk i helse- og omsorgstjenestene i 2019 og framskrevet i 2040
 Kilde: SSB, egne beregninger. Begge framskrivningene tar utgangspunkt i proporsjonal familieomsorg

Friskere aldring

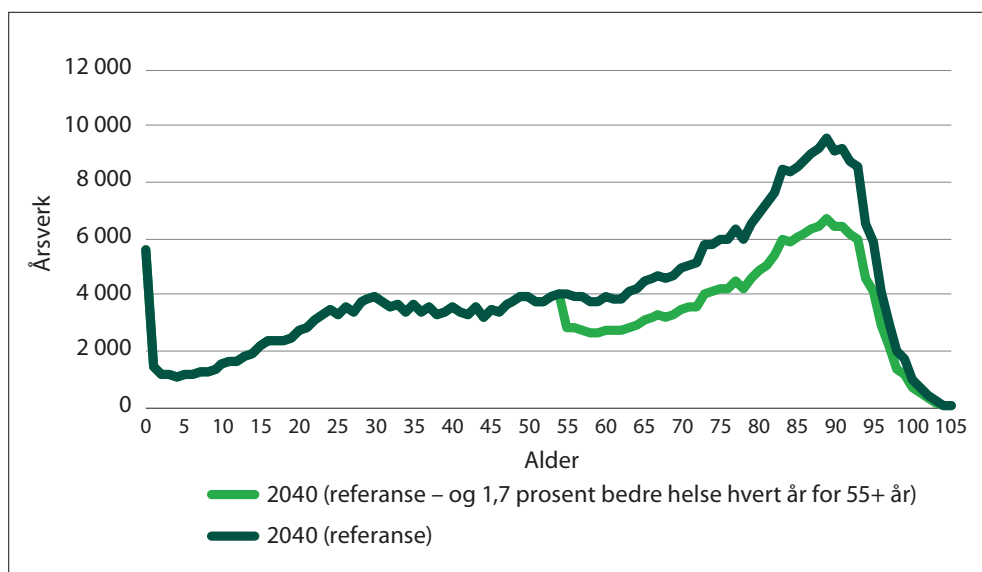
Friskere aldring er et flertydig begrep. I de tidligere omtalte framskrivningene av tilbud og etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester og -personell er friskere aldring definert som lavere brukerfrekvenser fra og med 55 års alder, ettersom gjenstående levetid øker for denne gruppen (5). Friskere aldring kan også inneholde momenter knyttet til bedre selvopplevd helse, at man objektivt sett er sprekere, har færre langvarige helseproblemer og sykdommer eller er mer selvhjulpen i dagliglivet.

Enkelte studier viser at levealderen har økt raskere i noen undergrupper med helseproblemer enn i befolkningen ellers (13, 14), dels fordi mange nettopp *behandles* for sykdommer, og overlever (15). Levetidsøkningen kan derfor reflektere noe annet enn at det er de friske og sterke som overlever, eller at sykdommer inntreffer senere i dag enn tidligere. Dermed trenger ikke friskere aldring, definert som økt gjenstående levetid ved 55 års alder, nødvendigvis å føre til et redusert tjenestebehov. Det kan også bidra til et *økt* behov for helse- og omsorgstjenester.

Historiske tall, justert for endringer i aldersstrukturen, viser at det har vært en kraftig økning i antall behandlinger ved somatiske sykehus det siste tiåret for alle over 60 år, selv om det har vært et «gunstig» skift fra døgn- til

dagbehandling og antallet liggedager er sterkt redusert (16). Framover planlegges det for enda mer dagbehandling, men doblingen av 90- og 100-åring (hvorav mange kanskje klarer seg marginalt hjemme i utgangspunktet) kan gjøre dette vanskelig å realisere. For offentlige omsorgstjenester er bildet noe annerledes: Ressursbruken er redusert for helsetjenester i hjemmet, både totalt og målt per bruker, dels fordi eldre er blitt mer selvhjulpne (17), men kanskje også fordi terskelen for å få hjelp har blitt høyere (18). Det har også vært en reduksjon i institusjonsbruk (19). Dermed kan reduserte brukerfrekvenser bli en realitet for disse tjenestene (18) om ikke den framskrevne økningen i demensforekomst (20) dreier tjenestebehovet i motsatt retning.

Figur 4 gir en hypotetisk illustrasjon på hvor mye brukerfrekvensene vil måtte begrenses fra og med 55-årsalderen for å nå årsverksanslaget i minimumsalternativet (N=344 000) om øvrige forutsetninger i referansealternativet legges til grunn. Vi ser at det er en betydelig reduksjon som må til. Det er ikke før man fyller 74 år at man vil ha samme brukerfrekvens som 55-åring i referansealternativet. Målt i forbruk av helsetjenester må man altså bli nær 20 år yngre fram mot 2040.



Figur 4. Eksempel på hva friskere aldring kan bety for årsverksinnsatsen i 2040

Kilde: SSB, egne beregninger. Proporsjonal familieomsorg ligger til grunn for begge framskrivningene. Alternativet med sterkt friskere aldring tar utgangspunkt i at det samlede årsverksantallet skal tilsvare minimumsalternativet.

Økt familieomsorg

Familieomsorg er et moment som ofte nevnes både i forskning og politikk. Anslagene for hvor stort bidraget faktisk er, varierer (21). I framskrivingene vi viser til, er 90 000 årsverk lagt til grunn, og da er ikke personer i egen husholdning medregnet (5). I hvilken grad dette eller et høyere antall er et realistisk mål også framover, er mer uklart. Familielkoeffisienten (forholdstallet mellom antallet 50–66 år og 85 år og eldre) vil halveres i løpet av det neste tiåret, fra rundt 10 til 5. Dette skyldes økt levealder og store kull som passerer 85 år, med relativt få barn.

Dagens offentlige omsorgstjenester bidrar i stor grad til å utjevne sosiale forskjeller knyttet til egne og nære pårørendes ressurser (10). Om dette ikke vil bli mulig i årene som kommer, kan det bli langt større forskjeller mellom de med flere og færre sosiale og økonomiske ressurser, og ikke minst blant eldre med og uten familie.

Diskusjon

Vi har vist at friskere aldring og økt familieomsorg neppe vil redusere det framtidige behovet for helse- og omsorgstjenester. På tjenestesiden vil det bli avgjørende med fortsatt arbeidsinnvandring, økt utdanning av sykepleiere og helsefagarbeidere samt en kraftinnsats for å beholde helsepersonell i arbeidslivet.

Velferdsteknologi trekkes ofte fram som viktig for å spare helsepersonell. Helsepersonellkommissjonen skriver at «velferdsteknologiske hjelpemidler og digitale verktøy ... kan styrke både den enkelte og deres omgivelser til å kunne utføre oppgaver som bidrar til å senke etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester fra kommunene og sykehus» (2, s. 279). Selv om dette ofte vil stemme, og særlig i omsorgstjenestene, kan det stilles spørsmål ved den samlede gevinsten gitt at det vrir forbruket over mot andre deler av helsetjenesten (22). De mer pessimistiske påpeker også økt ensomhet som en mulig negativ konsekvens av velferdsteknologi (23). Samtidig har det vært en vekst i velferdsteknologibruk også historisk (5). Denne veksten kan primært ha bidratt til bedre tjenester heller enn effektivisering gitt at nær halvparten av den historiske årsverksveksten skyldes andre forhold enn aldring (5).

Et annet moment er (økt) arbeidsinnvandring. Arbeidsinnvandring har vært viktig for tilgangen av helsepersonell historisk, og Norge har en høyere lege- og sykepleierdekning enn mange andre land (4). Dette kan dels skyldes vår utstrakte geografi, at familieomsorg er langt mindre vanlig, men også at vi har en høy levealder som samlet sett gir et høyt forbruk av helse- og omsorgstjenester (jf. figur 3). Slik vi vurderer det, vil arbeidsinnvandring være en viktig kilde til helse- og omsorgspersonell også framover.

Utdanningstilbudet for helsefaglige utdanninger i Norge har også betydning. Helsepersonellkommisjonen konkluderer med at «økt utdanningskapasitet innen helse- og omsorgsutdanninger ikke løser bemanningsutfordringene». De vektlegger likevel at «Norge må være tilstrekkelig selvforsynt med helsepersonell» (2, s. 18). Mens det for enkelte grupper, som leger, er mange søkere til få plasser, er det problemer med å fylle studieplasser ved enkelte sykepleierutdanninger. Slik vi tolker SSBs framskrivinger, haster det mest med å utdanne sykepleiere og/eller helsefagarbeidere, avhengig av i hvilken grad den planlagte oppgaveglidningen lar seg gjennomføre i praksis. Økt oppmerksomhet på å beholde allerede kvalifisert personell vil også være viktig selv om studier av sykepleiere viser at de fleste bruker utdanningen på relevante måter, i og utenfor pasientnært arbeid – i og utenfor sektoren (24).

Helsepersonellkommisjonens hovedkonklusjon er at «... helse- og omsorgstjenestenes andel av samfunnets totale arbeidsstyrke ikke kan økes vesentlig» (2, s. 13). Slik vi ser det, er det et for optimistisk syn på potensialet for effektivisering, friskere aldring og familieomsorg som ligger til grunn for anbefalingen. Slik vi vurderer det, vil et mangelfullt offentlig helse- og omsorgstilbud med stor sannsynlighet føre til en vekst i det private tilbudet.

Styrker og svakheter ved vår analyse

Hovedstyrken ved vår analyse er at den er tverrfaglig orientert og inkluderer perspektiver fra samfunnsøkonomi, samfunnsmedisin og sosiologi. Den bygger i stor grad på allerede publiserte tall, men ser disse i sammenheng og stiller spørsmål ved enkelte av forutsetningene som er gjort. Samtidig supplerer vi med egne, oppdaterte beregninger.

Alle framskrivinger er per definisjon beheftet med iboende usikkerhet, men graden varierer. Anslag på antallet framtidige eldre er nokså sikre (3). Hvor friske eller syke de vil være, er imidlertid mer usikkert. Også påfyllet av yngre, både i form av barnefødsler og spesielt innvandring, er mindre sikkert. Likeledes gjelder for framtidig arbeidsdeltakelse og avgangsalder samt i hvilken grad personer i yrkesaktiv alder vil bidra i (offentlige) helse- og omsorgstjenester og med skatteinntekter. Det er også usikkert hvilket tidsperspektiv innvandrere som bidrar i helse- og omsorgstjenesten, har for sitt norgesopphold. Også anslagene for familieomsorg er usikre, både i dag (21) og i tiden framover (5, 12). Likeledes er omfanget av privat, ideell og offentlig omsorg i framtiden en ukjent størrelse.

Hva kan bli konsekvensene av en dårligere bemannet tjeneste?

Den demografiske utviklingen tilsier at det vil bli flere brukere med store naturlige behov. Dersom de offentlige helse- og omsorgstjenestene blir ansett som utilstrekkelige, kan markedet for private og ideelle tilbud vokse sterkt. Det kan bety at både ansatte og potensielle brukere i helse- og omsorgstjenesten kan tenke seg å velge bort (deler av) det offentlige tilbudet. Spørsmålet blir da hvem som kan kjøpe slike tjenester som erstatning for et 'utilstrekkelig' offentlig tilbud. Om det bare er de mest ressurssterke som kan handle i det private markedet, vil dette bidra til økt sosial ulikhet i både helse og velferd (25).

For pårørende kan begrensede offentlige omsorgstjenester føre til økt press om å bidra mer i uformell omsorg. Pårørenderollen kan gi helsebelastninger (26) og også gjøre det vanskelig å bidra fullt i arbeidslivet (27) og dermed gi uheldige økonomiske konsekvenser for familiene det gjelder. Samtidig er det et politisk ønske at eldre skal øke arbeidsdeltakelsen (28). Hvorvidt dette er forenelig med utstrakte omsorgsoppgaver på hjemmebane, er høyst usikkert.

Ifølge Helsepersonellkommissjonen kan økt produktivitet og effektivisering av tjenestene gjøre at «fremtidens helsepersonell kan betjene og behandle flere pasienter og brukere enn i dag, uten at det går på bekostning av kvaliteten på tjenestene» (2, s. 280). En dårligere bemannet tjeneste kan gi økte personalbelastninger (29, 30), noe som igjen kan slå ut i økt forbruk av helserelevante ytelser, i høyere turnover samt lavere avgangsalder fra yrket (31).

Lønnsforhold vektlegges sterkt av dem som jobber i helsetjenestene (32). Helsepersonellkommissjonen peker i stedet på andre og «mykere» virkemidler som arbeidsforhold og arbeidstid, oppgavedeling samt utdannings- og kompetanseutviklingstiltak. Hvorvidt dette vil være tilstrekkelig i konkurransen om arbeidskraft framover, og særlig innenfor offentlig helse- og omsorg, er ikke opplagt. Danmark har valgt en annen strategi og har øremerket midler til lønnsloft (33). Tilsvarende argumenter om konkurranse-dyktige lønns- og arbeidsforhold framheves også i en motmelding til Helsepersonellkommissjonen (34).

Selv om arbeidsoppgavene kan bli mer spennende ved oppgavedeling og/eller oppmerksomhet på kjerneoppgaver, og dette kan bidra til å øke trivsel og motivasjon (29), kan det å være alene på vakt og ha et uforholdsmessig stort ansvar også være en påkjenning (35). På tilgangssiden kan det bli ansett som mindre attraktivt å velge denne typen utdanning, som igjen kan føre til økte rekrutteringsproblemer.

Et mål om en beskjeden vekst på rundt 30 000 årsverk (9 %) i offentlige helse- og omsorgstjenester fram mot 2040 kan gjøre det mindre attraktivt å arbeide der, samtidig som det kan bidra til økt sosial ulikhet ved at ressurssterke eldre og deres pårørende vil velge private løsninger. Disse faktorene kan bli samvirkende og selvforsterkende og dermed bidra til et todelt helsevesen.

Litteratur

1. Meld. St. 14 (2020–2021). *Perspektivmeldingen*.
2. Norges offentlige utredninger. NOU 2023: 4. *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*.
3. Thomas M, Tømmerås A. *Norway's 2022 national population projections*. Rapport 2022/28. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2022.
4. Jia Z, Kornstad T, Stølen NM et al. *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040*. Rapport 2023/2. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2023.
5. Holmøy E, Hjemås G, Haugstveit F. *Arbeidsinnsats i offentlig helse og omsorg: Fremskrivninger og historikk*. Rapport 2023/3. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2023.
6. Hjemås G, Holmøy E, Haugstveit F. *Fremskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060*. Rapport 2019/12. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2019.
7. Statistisk sentralbyrå. *Befolkning*. 2023. www.ssb.no/befolkning/folketall/statistikk/befolkning.
8. Tønnessen M, Syse A. Flere eldre innvandrere i framtidens arbeidsstyrke. *Søkelys på arbeidslivet* 2021; 38: 4–22.
9. Rogne AF, Syse A. *Framtidens eldre i by og bygd: befolkningsframskrivninger, sosiodemografiske mønstre og helse*. Rapport 2017/32. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2017.
10. Syse A, Artamonova A, Thomas M et al. Do characteristics of family members influence older persons' transition to long-term healthcare services? *BMC Health Serv Res* 2022; 22: 362.
11. Syse A, Tønnessen M. Flere eldre innvandrere blant framtidens brukere av omsorgstjenester. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 2022; 8: 8–29.
12. Blix BH, Stalsberg H, Moholt J-M. Demografisk utvikling og potensialet for uformell omsorg i Norge. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 2021; 7: 1–14.
13. Meyer AC, Drefahl S, Ahlbom A et al. Trends in life expectancy: did the gap between the healthy and the ill widen or close? *BMC Med* 2020; 18: 41.
14. Ebeling M, Meyer AC, Modig K. The rise in the number of long-term survivors from different diseases can slow the increase in life expectancy of the total population. *BMC Public Health* 2020; 20: 1523.
15. Miller AC, O'Reilly D, Kee F et al. Multimorbidity, activity limitation and self-reported health all predict mortality risk, but better measures were required. *J Clin Epidemiol* 2022; 144: 144–162.

16. Statistisk sentralbyrå. *Pasienter på sykehus*. 2023. www.ssb.no/statbank/table/10261.
17. Storeng SH, Overland S, Skirbekk V et al. Trends in disability-free life expectancy from 1995 to 2017 in the older Norwegian population by sex and education. *Scand J Public Health* 2021; 14034948211011796.
18. Chang M, Michelet M, Skirbekk V et al. Trends in the use of home care services among Norwegians 70+ and projections towards 2050. *Scand J Caring Sci* 2023; 37: 752–765.
19. Statistisk sentralbyrå. *Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester*. 2023. www.ssb.no/statbank/table/11644.
20. GjØra L, Strand BH, Bergh S et al. Current and future prevalence estimates of mild cognitive impairment, dementia, and its subtypes in a population-based sample of people 70 years and older in Norway. *J Alzheimers Dis* 2021; 79: 12131226.
21. Helsedirektoratet. *Omsorgstjenesten – aktivitetsutvikling og erfaringer fra pandemien*. 2022.
22. Sten-Gahmberg S, Pedersen K, Harsheim IG et al. Pragmatic randomized controlled trial comparing a complex telemedicine-based intervention with usual care in patients with chronic conditions. *Eur J Health Econ* 2024, doi: <https://doi.org/10.1007/s10198-023-01664-w>
23. Karlsen C, Moe CE, Haraldstad K et al. Caring by telecare? A hermenetic study of experiences among older adults and their family caregivers. *J Clin Nurs* 2019; 28: 13001313.
24. Hjemås G, Syse A. Hvor blir det av sykepleierne? En registerbasert analyse. *Sykepleien Forskning* 2023; 18 (93304)(e-93304).
25. Syse A, GrØholt EK, Madsen C et al. *Sosiale helseforskjeller*. I: Folkehelse rapporten: Helsestilstanden i Norge. 2022. www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller.
26. Bom J, Bakx P, Schut F et al. The impact of informal caregiving for older adults on the health of various types of caregivers: a systematic review. *Gerontologist* 2019; 59: e629-e42.
27. Bauer JM, Sousa-Poza A. Impacts of informal caregiving on caregiver employment, health, and family. *J Popul Ageing* 2015; 8: 113-145.
28. Fredriksen D, StØlen NM. *Utforming av ny alderspensjon i folketrygden*. Rapport 2011/22. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2011.
29. Kohnen D, De Witte H, Schaufeli WB et al. What makes nurses flourish at work? How the perceived clinical work environment relates to nurse motivation and well-being: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* 2023; 148: 104567.
30. Bratt C, Gautun H. Should I stay or should I go? Nurses' wishes to leave nursing homes and home nursing. *J Nurs Manag* 2018; 26: 1074–1082.
31. Eurofund. *Working conditions and workers' health*. Luxembourg: PO European Union; 2019.
32. Statistiska centralbyrån. *SjukskØterskor utanför yrket*. Stockholm: Statistiska centralbyrån, 2017.
33. Norges offentlige utredninger. NOU 2023: 30. *Utfordringer for lønnsdannelsen og norsk økonomi*.

34. Oslo legeforening, red. *Motmelding til NOU 2023: 4*. Oslo: Oslo legeforening, 2023.
35. Kohnen D, De Witte H, Schaufeli WB et al. Engaging leadership and nurse well-being: the role of the work environment and work motivation—a cross-sectional study. *Hum Res Health* 2024; 22: 8.

Astri Syse

Astri.syse@fhi.no

*Senter for evaluering av folkehelseiltak og Avdeling for fysisk helse og aldring
Folkehelseinstituttet*

Postboks 222 Skøyen

0213 Oslo

Astri Syse har bakgrunn fra samfunnsmedisin og demografi og er seniorforsker ved Folkehelseinstituttet.

Geir Hjemås

geir.hjemas@ssb.no

Avdeling for person- og sosialstatistikk

Statistisk sentralbyrå

Geir Hjemås har bakgrunn som sosiolog og er seniorrådgiver og medansvarlig for framskrivinger av helsepersonell i Statistisk sentralbyrå.

Artikkelen er fagfellevurdert

Kvalitet – hvordan vite hva som er gode helsetjenester?

Michael 2024; 21: 52–62
doi:10.5617/michael.10951

Et velfungerende helsesystem skal legge til rette for gode pasient- og brukererfaringer, fremme befolkningens helse, bærekraftig og god bruk av ressursene og å ivareta personell og kompetanse. I en norsk sammenheng er likhet, likeverdighet og rettferdighet viktige verdier som skal prege tjenestene. Indikatorer for strukturer, prosesser og resultater er en kilde til informasjon om i hvilken grad slike overordnede mål faktisk nås. Den norske kvalitetsstrategien dekker mange overordnede mål, men har ikke tatt opp i seg bærekraft eller ivaretagelse av personell og kompetanse. Strategien er snart 20 år gammel, og det kan være på tide med en revisjon.

Verdens helseorganisasjon har definert et helsesystem som summen av organisasjoner, mennesker og handlinger med hovedformål å fremme, gjenopprette eller vedlikeholde helse (1). Helsesystemer har seks ulike komponenter:

- organisasjoner som leverer tjenester
- helsepersonell
- systemer for lagring og deling av informasjon
- tilgang til medisinske produkter og teknologi
- finansieringsordninger
- ledelse og styring

Hvordan kan vi vite om systemet fungerer godt? Hvordan kan vi måle kvaliteten ved ulike sider ved systemet? For å kunne besvare slike spørsmål trenger vi å vite hva som er systemets mål og hvilke krav og standarder som gjelder.

Fire overordnede mål for helsesystemer

Å fremme helse er et opplagt mål for et helsesystem, men kan det tenkes andre viktige mål?

Donald Berwick og medarbeidere publiserte i 2008 en artikkel om tre overordnede mål ved forbedring av helsesystemer: «... improving the individual experience of care; improving the health of populations; and reducing the per capita costs of care for populations» (2). Artikkelen gjorde rede for tanken bak «Triple Aim»-kampanjen som ble lansert av Institute of Healthcare Improvement (IHI) året før, i oktober 2007. Rammeverket ble formulert i USA hvor kostnadene til helsetjenester var høye, og man valgte formuleringen «reducing the per capita costs of care for populations». Hvis vi formulerer dette mer generelt, kan vi si at i tillegg til å legge til rette for gode pasient- og brukererfaringer og fremme befolkningens helse, bør et velfungerende helsesystem gjøre god bruk ressursene.

Overordnede mål kan hjelpe oss til å heve blikket og å spørre hva hensikten er med det vi gjør. Det kan være viktig å gjennomføre en prosedyre (som en diagnostisk test eller en operasjon) for å fremme helse, men det kan ikke være et mål i seg selv å gjennomføre flest mulig prosedyrer. Det kan også tenkes at et for høyt forbruk (overforbruk) av prosedyrer i en gitt befolkning kan ha en negativ effekt på befolkningens helse. Tilsvarende er tilgang til effektive legemidler et viktig mål, men er underordnet en høyere målsetting om å fremme befolkningens helse.

Spørsmål om kostnader og ressursbruk handler dypest sett om bruk av «innsatsfaktorer» som personell, materiell, areal og andre midler som er nødvendige for å yte gode helsetjenester. Her kan vi ha et snevert perspektiv: Hvordan bruke ressurser mest mulig effektivt for å gjennomføre et gitt tiltak eller levere en tjeneste? I lys av det overordnede målet om å fremme helse kan vi spørre: Hvordan bruke ressursene slik at vi får mest mulig helse igjen for innsatsen? Alle ressurser har en alternativ bruk (alternativkostnad); velger man å bruke ressurser på én ting, er det noe annet man ikke bruker de samme ressursene på. God bruk av ressursene handler både om å optimalisere det man gjør, men også om å beslutte at noe ikke skal gjøres, slik at ressursene brukes der de bidrar til å skape mest mulig helse.

I 2014 stilte Bodenheimer & Sinsky spørsmål ved «Triple Aim» (3): Er rammeverket tilstrekkelig omfattende? Hva med alle de menneskene som har valgt å arbeide i helsesystemet? I utgangspunktet vil man kunne si at medarbeiderne er å oppfatte som en «innsatsfaktor», altså en forutsetning for å kunne nå andre mål. Men vil systemet over tid kunne levere på de tre andre målene uten et eget mål om også å ivareta personellet? Bodenheimer & Sinskys svar var nei. De mente at ivaretagelse av personell, «improving

the work life of those who deliver care», burde inngå som et eget fjerde overordnet mål (3). Institute of Healthcare Improvement (IHI) har på sin side holdt fast ved «Triple Aim»-rammeverket og har argumentert med at dette primært er knyttet til pasientbehandling. IHI understreker samtidig betydningen av å ivareta personell gjennom å fremme «joy in work» (4). Kanskje har koronapandemien synliggjort betydningen av å ivareta personell og utvikle kompetanse? I en norsk sammenheng inngår både forskning og utdanning blant spesialisthelsetjenestens lovpålagte oppgaver, og det virker rimelig å inkludere *å ivareta personell og kompetanse* som et fjerde overordnet mål.

Bærekraft og andre mål

Mål om en bærekraftig utvikling og klimanøytralitet er førende for alle sektorer i samfunnet, og helsesystemet må også innrette virksomheten på en bærekraftig måte (5, 6). Globalt er det en betydelig oppmerksomhet ikke bare om helseeffekter av klimaendringer, men også om bærekraften i måten helsetjenester leveres på. International Hospital Federations, som er en global organisasjon for sykehus og integrerte helsesystemer, etablerte i 2022 et eget program for å støtte en bærekraftig og klimanøytral utvikling i helsetjenesten (7).

Innen samfunnsøkonomi brukes begrepet eksternalitet (ekstern virkning) om en gevinst eller kostnad ved produksjon eller forbruk som den enkelte aktør ikke blir godskrevet eller belastet økonomisk for i markedet, og som aktørene derfor ikke tar hensyn til (8). Klimautslipp vil kunne være en slik eksternalitet hvis utslippene ikke beskattes eller avgifter ikke fullt ut kompenseres for de negative konsekvensene av utslippene. Rekruttering av helsepersonell fra land med kritisk mangel på helsepersonell vil kunne ha slike eksterne virkninger når negative effekter av rekrutteringen for landet som taper personell og kompetanse, ikke inngår i regnestykket.

Helsepersonellkommisjonen har pekt på at måten vi har innrettet helse-tjenesten på ikke er bærekraftig på sikt, ettersom en svært stor andel av den yrkesaktive delen av befolkningen vil måtte rekrutteres til helsetjenesten dersom dagens bemanning skal beholdes (9). Kommisjonens konklusjon bygger på et samfunnsøkonomisk perspektiv hvor man vurderer at kostnadene for samfunnet vil bli høye, og ikke være bærekraftig. For hver ekstra person som utdannes til lege, sykepleier eller en annen gruppe helsepersonell, blir det én person mindre til andre samfunnsoppgaver. Effektivisering, automatisering og digitalisering av andre sektorer kan gjøre det mulig å øke andelen helsepersonell, men det vil gå en grense for hvor stor andel av befolkningen sektoren kan gjøre krav på. Hvor stor kan og bør veksten

i personell være? Spørsmål om helsesystemets håndtering av klimaeffekter og bærekraft trenger ikke å være egne overordnede mål, men kan inngå som del av et overordnet mål om *god og bærekraftig bruk av ressursene*.

Likhet og likeverd er grunnleggende i norsk helsetjeneste. I stortingsmeldingen *Verdier i pasientens helsetjeneste* er dette formulert slik: «En rettferdig fordeling innebærer i tillegg at samfunnet er villig til å prioritere høyere de som har størst behov for helsetjenester [...] borgerne skal motta likeverdige tjenester etter behov, uavhengig av økonomi, sosial status, alder, kjønn, tidligere helse mv.» (10). Nundy og medarbeidere har nylig tatt til orde for at likhet og likeverdighet bør være et eget femte mål, altså et rammeverk med «Quintuple Aim» (11).

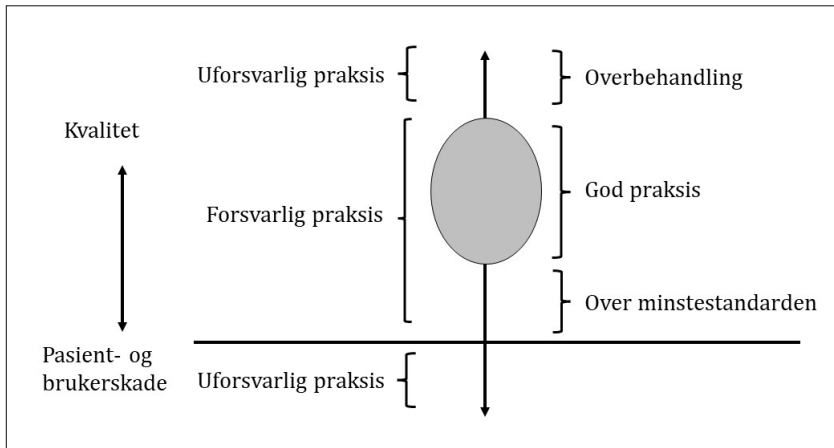
Kvalitet og pasient- og brukersikkerhet

Kvalitet kan defineres som «i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav» (12). Kvalitet betegner egenskaper eller karakteristika ved noe og vil måtte vurderes med bakgrunn i hvilke mål og standarder man har for en virksomhet. Målgrupper for informasjon om kvalitet kan være myndigheter eller organisasjoner, helsepersonell, og befolkningen og pasienter (13). Innen helsetjenesten er kvalitetsbegrepet tradisjonelt knyttet til selve tjenestetilbudet og helseutfall, men etter hvert har også pasienter og brukeres erfaringer fått en viktig plass. Vi kan også interessere oss for kvaliteten på utdanningsvirksomheten og helsepersonells kompetanse, og det er også mulig å utvikle kvalitetsmål for en virksomhets logistikk- og forsyningssystemer, økonomistyring eller arbeid med bærekraft.

Den norske nasjonale strategien for kvalitetsforbedring i helsetjenesten fastslår at tjenester av god kvalitet er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt (12). Dette er i tråd med de overordnede målene vi har formulert for helsetjenesten, med poengtering av verdiene om likhet og likeverdighet som føring for norsk helsetjeneste. Ivaretagelse av helsepersonell eller kompetanse inngår ikke som egne målområder.

Kvalitet måles gjerne ved bruk av indikatorer. En *kvalitetsindikator* er et indirekte mål som sier noe om kvaliteten på området som måles. Det er vanlig å dele disse inn i indikatorer som måler *strukturer* (utstyr, vaktssystemer, kompetanse mv.), *prosesser* (aktiviteter, prosedyrer og behandlingstiltak i et forløp) og *resultater* (utfall for pasienten eller tilfredshet med tjenestene) (14).

Pasient- og brukersikkerhet handler om å unngå skade som følge av helse- og omsorgstjenestens ytelser eller mangel på ytelser (15, 16). Med



Figur 1. Oversikt over begreper om kvalitet og forsvarlighet.

skade menes en tilstand eller situasjon som har oppstått som et resultat av behandling/tjenester, som krever ytterligere overvåking, behandling eller sykehusinnleggelse, eller som har dødelig utgang. Arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet er to sider av samme sak og innebærer å levere forsvarlige helse- og omsorgstjenester, men også tjenester av høy kvalitet (figur 1).

Hvordan vet vi hva som er godt nok?

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten stiller krav om at alle virksomheter har etablert et styringssystem for kvalitet og pasient- og brukersikkerhet (17). Et slik system gjør det mulig å identifisere områder med lav kvalitet eller økt risiko for uønskede hendelser, planlegge tiltak, gjennomføre disse, evaluere og gjøre nødvendige korreksjoner. Hvilke kilder har vi som gi grunnlag for å vurdere kvaliteten i systemet?

Virksomhetsdata gir viktig informasjon om ulike indikatorer som måler sentrale sider ved virksomheten. God praksis er å ha løpende oversikt over status og identifisere risikoområder hvor det bør iverksettes tiltak. Et godt styringssystem for virksomheten definerer ansvaret for arbeid med kvalitet og pasient- og brukersikkerhet, hvor rutiner for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere praksis er tydelig formulert. Avviksmeldinger og klagesaker kan gi viktig informasjon om områder med sviktende kvalitet og hvor tiltak bør vurderes. Statistikk og rapporter fra Norsk pasientskadeerstatning er en kilde til læring. Data om ressursbruk i relasjon til tjenestene som leveres, kan brukes til analyser av produktivitet. Data fra medarbeiderundersøkelser (som den nasjonale medarbeiderundersøkelsen i spesialisthelsetje-

nesten, «ForBedring») gir informasjon om medarbeideres erfaringer og kvaliteten på arbeidsmiljøet. Formålet med denne undersøkelsen er at resultatene skal brukes som utgangspunkt for forbedringsarbeid, hvor arbeidsmiljø og pasient- og brukersikkerhet ses i sammenheng (18).

Intern revisjon eller ekstern revisjon og tilsyn kan gi viktig informasjon om kvaliteten innen bestemte områder. Virksomheter kan drive revisjon i egen regi, men eksterne aktører som Statsforvalteren, Helsetilsynet, Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten og Riksrevisjonen er aktører som på ulike måter driver revisjon og tilsyn med helse- og omsorgstjenestene (19). Forskningslitteraturen innen feltet viser at revisjoner og tilsyn kan gi økt oppmerksomhet om utfordringer, utløse engasjement blant medarbeidere og ledere og bidra til økt motivasjon for å gjennomføre endringer (20). En studie av et planlagt statlig tilsyn av sykehusenes håndtering av sepsis viste at dette bidro til å bedre kvaliteten på pasientbehandlingen (21).

Virksomheter som leverer helse- og omsorgstjenester, vil ofte sette egne standarder og etablere egne kvalitetsmål, men i et velfungerende helsesystem vil noen ha en regulatorisk rolle gjennom å etablere standarder og stille krav til kvalitet. Helsedirektoratet forvalter det nasjonale kvalitetssystemet og beslutter hvilke nasjonale indikatorer som skal benyttes i helse- og omsorgstjenesten. Folkehelseinstituttet er leverandør av statistikk for dødelighetsdata, herunder 30-dagers dødelighet for ulike tilstander. Regjeringen fastsetter årlige krav i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene og i tildelingsbrev til kommunene. I 2024 er det for eksempel stilt krav om at antall kliniske behandlingsstudier i helseforetakene som inkluderer pasienter i 2023, skal økes med minst 15 % sammenliknet med 2022. Det er også stilt krav om at gjennomsnittlig ventetid ikke skal øke, sammenliknet med 2022. Målsettingen på sikt er gjennomsnittlig ventetid lavere enn 50 dager for somatikken, 40 dager for psykisk helsevern voksne, 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og 30 dager for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

I Norge er det rundt 200 nasjonale kvalitetsindikatorer som med ulike intervaller gir informasjon om måloppnåelse for strukturer, prosesser og resultater. Det kan være nødvendig å ha indikatorer som benyttes i internasjonale sammenlikninger, men det er ikke et mål å ha flest mulig indikatorer. Det er viktigere å ha de *riktige* indikatorene, de som måler områder hvor det foreligger uønsket variasjon eller behov for å bedre kvaliteten. I og med at helsetjenesten er i endring og områder forbedres, er det viktig at et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem er dynamisk, med rutiner for både innfasing og utfasing av indikatorer avhengig av hvordan tjenesten utvikler seg.

Innen behandling av hjerneslag har det vært en utvikling fra å måle andel som får trombolyse til å fokusere mer på andelen som får slik behandling innen 40 minutter.

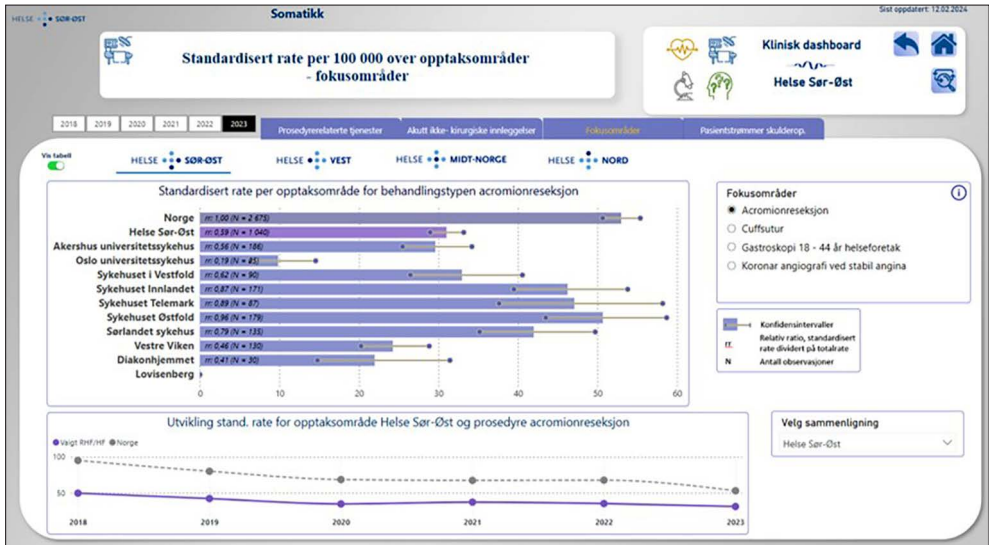
En god kvalitetsindikator oppfyller en del grunnleggende krav (22). Den må være:

- Relevant (måler den noe som er viktig for kvaliteten innen området man ønsker å forbedre?)
- gyldig (er det dokumentert sammenheng mellom indikatoren og kvalitet?)
- målbar (er det mulig å måle den?)
- tilgjengelig (er data mulig å innhente?)
- pålitelig og mulig å tolke (måles den likt av alle, og kan man stole på den?)
- mulig å påvirke og sensitiv for endring (er den egnet til å måle effekten av et kvalitetsforbedringstiltak?)

Det er nyttig for virksomheter å få informasjon om variasjon i forbruk av prosedyrer og tjenester slik at man kan sammenlikne egen praksis og gjøre justeringer i denne. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord RHF arbeider med å kartlegge og synliggjøre geografiske ulikheter i spesialisthelsetjenesten. Senteret produserer helseatlas som viser geografisk variasjon i klinisk praksis, og er et nasjonalt servicemiljø for nasjonale medisinske kvalitetsregistre (23). Norge har, gjennom nasjonale registerløsninger, en unik mulighet til å gjøre enda mer bruk av medisinske kvalitetsregistre både til arbeid med kvalitetsforbedring og forskning.

Helse Sør-Øst RHF har nylig utviklet et «klinisk dashboard» for å gjøre informasjon om variasjon og kvalitet lettere tilgjengelig (24). Figur 2 viser hvordan et nettbasert verktøy (klinisk dashboard) gir informasjon om hvordan forbruksrater varierer på tvers av opptaksområdene i regionen for en kirurgisk prosedyre (acromionreseksjon) som flere kliniske studier av høy kvalitet viser har lite eller ingen nytte (25). Figuren viser betydelig variasjon internt i regionen, men også at Helse Sør-Øst samlet sett ligger vesentlig lavere enn landsgjennomsnittet. Tverrsnittsdata gir én type informasjon, men det er også nyttig å se hvordan utviklingen har vært over tid. Sammenlikningen vil kunne stimulere virksomheter til refleksjon over egen praksis, og motivere til endring av praksis.

Internasjonale sammenlikninger er en viktig kilde til informasjon om hvordan helsesystemet i Norge fungerer. Den viktigste kilden er OECD som hvert annet år publiserer rapporten *Health at a glance*, sist i 2023 (26). Norge skårer gjennomgående godt sammenliknet med andre OECD-land,



Figur 2. Helse Sør-Øst RHF har laget et klinisk dashboard som sammenstiller informasjon om forbruksrater og andre indikatorer. Kilde: Helse Sør-Øst RHF.

men sammenlikningene avdekker også enkelte områder hvor det norske helsesystemet skårer lavere enn gjennomsnittet (27). Forventet levealder er om lag tre år over gjennomsnittet i OECD og dødeligheten for ulike sykdommer det er mulig å forebygge og behandle er lavere enn gjennomsnittet. Det er en noe større andel i Norge enn andre land som vurderer sin egen helse som dårlig (27). Norge har høyere ventetider for elektive ortopediske inngrep enn andre land og en høyere andel reinnleggelser ved kronisk obstruktiv lungesykdom (27). OECD publiserer, i samarbeid med European Observatory on Health Systems and Policies, profiler for helsesystemene i europeiske land. Der gis det en status for befolkningens helsetilstand og risikofaktorer samt en analyse av systemets effektivitet, tilgjengelighet og tilpassingsdyktighet og motstandsdyktighet (resiliens) (28). Det norske helsesystemet skårer gjennomgående høyt på internasjonale rangeringer. The Commonwealth Fund rangerte Norge øverst i en sammenlikning med 11 andre land i 2021 (29). I en rangering ved bruk av en helseindeks rangeres Norge øverst i Europa (30). Ulike rangeringer vektlegger ulike forhold, og selv om det norske helsesystemet gjennomgående rangeres høyt, er det viktig å bruke slike sammenlikninger til læring og å identifisere områder for forbedringer.

Dilemmaer

Helsesystemer er komplekse systemer med ulike overordnede mål hvor det kan oppstår konflikter mellom mål, såkalte målkonflikter. Systemet har et mål om å fremme helse, men ikke for enhver pris, fordi man samtidig må sørge for å bruke ressursene på en god, bærekraftig (og rettferdig) måte.

Ikke bare mål, men også kvalitetsindikatorer kan komme i et spenningsforhold til hverandre. Vi kan ha et mål om at flest mulig pasienter med hoftebrudd skal opereres innen 24 timer, men samtidig ha et mål om lavest mulig postoperative infeksjoner og høyest mulig overlevelse. Det er ønskelig at så mange som mulig opereres raskt, men det er ikke gitt at en optimalisering av tid til operasjon nødvendigvis er assosiert med gode resultater for andre kvalitetsindikatorer, hvis dette innebærer å operere pasienten midt på natten.

Det kan oppstå en konflikt mellom bemanningen man ideelt sett ønsker og ressursene som er tilgjengelig. Det er ønskelig at pasienters erfaringer er så gode som mulig, men hvis man tar sikte på at alle pasienter og brukere skal være 100 % fornøyd, er det en risiko for at det iverksettes unødvendig overbehandling som gir en negativ effekt på helsen. Noen ganger kan pasienter gjøre krav på diagnostikk eller behandling som er unyttig eller kanskje skadelig. I slike situasjoner må helsepersonell ta den vanskelige samtalen og si nei selv om dette kan resultere i en skuffet pasient som i neste omgang gir lav skår på tilfredsheten med tjenesten.

Disse eksemplene illustrerer hvordan målkonflikter og spenninger oppstår i systemer med ulike mål. Et velfungerende helsesystem legger opp til en åpen diskusjon om slike konflikter og spenninger. Når man skal vurdere kvaliteten i systemet, er det derfor nødvendig å ha et flerdimensjonalt perspektiv på kvalitet, hvor ulike mål og indikatorer ses opp mot hverandre og i sammenheng. Den norske kvalitetsstrategien dekker mange overordnede mål, men har ikke tatt opp i seg bærekraft eller ivaretagelse av personell og kompetanse. Strategien er snart 20 år gammel, og det kan være på tide med en revisjon.

Det å bevare arbeidsplasser, opprettholde eller fremme lokal og regional utvikling eller fremme næringsutvikling er legitime politiske mål. I prosesser rundt lokalisering av sykehus eller drift av bestemte funksjoner, kan slike ytre effekter (eksternaliteter), eller forventingen om slike, stå i et motsetningsforhold til overordnede mål internt i helsetjenesten, som effektiv drift eller en organisering av tjenestene som legger til rette for god pasientbehandling. Helsetjenesten er politisk styrt på et overordnet nivå. Diskusjoner om de vanskelige «flokene» kan bli bedre hvis de ulike aktørene er ærlige og tydelige på hvilke hensyn som tillegges vekt slik at skillet mellom politiske og faglige vurderinger ikke blir utydelig (31).

Litteratur

1. World Health Organization (WHO). *Everybody's business – strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Genève: WHO, 2007. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43918/9789241596077_eng.pdf. (11.2.2024).
2. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health and cost. *Health Aff* 2008; 27: 759–769. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.27.3.759>
3. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med* 2014; 12: 573–576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>
4. The Triple Aim or the Quadruple Aim? Four points to help set your strategy. <https://www.ihl.org/insights/triple-aim-or-quadruple-aim-four-points-help-set-your-strategy> (11.2.2024),
5. FNs bærekraftsmål. <https://fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal> (lest 11.2.2024).
6. Strandrud J, Melsether S, Brasfield D. På vei mot et klimavennlig helsevesen. *Tidsskr Nor Legeforen* 2023; doi: 10.4045/tidsskr.23.0381.
7. Geneva Sustainability Centre: <https://ihf-fih.org/what-we-do/geneva-sustainability-centre/> (11.2.2024).
8. Eksternaliteter. <https://no.wikipedia.org/wiki/Eksternaliteter> (lest 11.2.2024).
9. NOU 2023: 4. *Tid for handling - personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/nou/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf> (11.2.2024)
10. Meld. St. 34 (2015–2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/439a420e01914a18b21f351143ccc6af/no/pdfs/stm201520160034000dddpdfs.pdf> (11.2.2024).
11. Nundy S, Cooper LA, Mate KS. The quintuple aim for health care improvement: A new imperative to advance health equity. *JAMA* 2022; 327: 521–522. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.25181>
12. ... og bedre skal det bli! *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015)*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005.
13. Nylenna M, Bjertnaes ØA, Saunes IS et al. What is good quality of health care? *Professions and Professionalism* 2015; 5. <https://doi.org/10.7577/pp.909>
14. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA* 1988; 260: 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
15. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000; 320: 768. <https://www.bmj.com/content/320/7237/768.full>
16. Mohr J, Batalden P, Barach P. Integrating patient safety into the clinical microsystem. *Qual Saf Health Care* 2004; 13 (suppl 2): ii34–38. <https://doi.org/10.1136%2Fqshc.2003.009571>
17. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250> (11.2.2024).
18. Brubakk K, Svendsen MV, Deilkås ET et al. Hospital work environments affect the patient safety climate: A longitudinal follow-up using a logistic regression analysis model. *PLoS One* 2021; 16: e0258471. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258471>.

19. Wiig S, Macrae CJ, Frich JC et al. Naming the “baby” or the “beast”? The importance of concepts and labels in healthcare safety investigation. *Front Public Health* 2023; 11: 1–4. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1087268>
20. Hovlid E, Braut GS, Hannisdal E et al. Mediators of change in healthcare organisations subject to external assessment: a systematic review with narrative synthesis. *BMJ Open* 2020; 10:e038850. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038850>
21. Husabø G, Nilsen RM, Solligård E et al. Effects of external inspections on sepsis detection and treatment: a stepped-wedge study with cluster-level randomisation. *BMJ Open* 2020;10: e037715. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037715>
22. Frich J. Kvalitetsindikatorer. <https://www.med.uio.no/studier/ressurser/fagsider/klok/info-fagplanutvalg/kvalitetsindikatorer.html> (11.2.2024).
23. Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. <https://www.kvalitetsregistre.no/registeroversikt> (11.2.2024).
24. Tjomsland O, Thoresen C, Ingebrigtsen T et al. Reducing unwarranted variation: can a ‘clinical dashboard’ be helpful for hospital executive boards and top-level leaders? *BMJ Lead*, publisert online 23. november 2023. <https://doi.org/10.1136/leader-2023-000749>.
25. Vandvik PO, Lähdeoja T, Ardern C et al. Subacromial decompression surgery for adults with shoulder pain: a clinical practice guideline. *BMJ* 2019; 364: l294. <https://doi.org/10.1136/bmj.l294>
26. *Health at a Glance 2023*. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/> (11.2.2024).
27. OECD Health at a Glance 2023 Country Note: Norway. <https://www.oecd.org/norway/health-at-a-glance-Norway-EN.pdf> (11.2.2024).
28. Norway: Country Health Profile 2023. <https://doi.org/10.1787/256fd7cf-en> (11.2.2024).
29. Mirror, mirror 2021: reflecting poorly health care in the U.S. compared to other high-income countries. <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021-reflecting-poorly> (11.2.2024).
30. Health and health systems ranking of European countries in 2023, by health index score. <https://www.statista.com/statistics/1376355/health-index-of-countries-in-europe/> (11.2.2024)
31. Frich JC. En folkefiende – Ibsen som samfunnsmedisinsk læremester. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 4718–21. N https://www.researchgate.net/profile/Jan-Frich/publication/334032067_En_folkefiende_-_Ibsen_som_samfunnsmedisinsk_laeremester/links/5d13637e299bf1547c7f98f4/En-folkefiende-Ibsen-som-samfunnsmedisinsk-laeremester.pdf (11.2.2024).

Jan Frich

jan.frich@medisin.uio.no

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Universitetet i Oslo

Postboks 1089 Blindern

0317 Oslo

Jan Frich er professor i helseledelse ved Universitetet i Oslo, administrerende direktør ved Diakonhjemmet sykehus og redaktør av Michael.

Hvordan er pasientsikkerheten i norske sykehus?

Michael 2024; 21: 63–70
doi:10.5617/michael.10952

Med sentrale helsemyndigheter som pådriver er det gjennomført omfattende aktiviteter for å bedre pasientsikkerheten i norsk helsetjeneste. Det er usikkert i hvilken grad dette har gitt resultater. Det finnes ingen enkel måte å måle pasientsikkerhet på.

Den mest omfattende dokumentasjon har vi fra sykehusene, og det er grunn til å vektlegge tallene fra de løpende målingene av pasientskader med Global Trigger Tool (GTT-metoden). Det viser en relativ reduksjon av alle pasientskader på 8 %, og 45,8 % reduksjon av alvorlige skader i løpet av perioden 2012–2022. Dette står i kontrast til en stor økning av varsler til Statens helsetilsyn som kan være uttrykk for forbedring i meldekultur.

OECD har gjort et banebrytende arbeid med å beskrive organisering og gjennomføring av pasientsikkerhetstiltak i medlemslandene med tilordnede indikatorer som kan være egnet for internasjonal sammenligning. Foreløpig er det så få tall rapportert fra Norge at vi ikke kan vite noe sikkert om hvordan Norge plasserer seg.

Høsten 2023 uttalte helsedirektør Bjørn Guldvog til Dagens Medisin at det hadde vært en nedgang i pasientskader ved norske sykehus (1). Dette står i kontrast til en rekke medieoppslag de siste årene som etterlater inntrykk av at pasientsikkerheten ikke er tilfredsstillende. Det til tross for at det har vært jobbet systematisk med pasientsikkerhet de siste 20 årene, fra helsemyndighetene, sykehusene, profesjonsforeninger og en rekke andre aktører (2).

Pasientsikkerhet og pasientsikkerhetsarbeid

Begrepet pasientsikkerhet gjorde sin inntreden i 2000 med den amerikanske boka «To err is human: building a safer health system» (3). Bakgrunnen

var en erkjennelse av at for mange pasienter ble påført alvorlige skader og unødvendige dødsfall. I 2002 opprettet Verdens helseorganisasjon (WHO) «World alliance for patient safety» etter forslag fra den britiske Sir Liam Donaldson (4). Et av hovedformålene var å gjøre medlemslandene bedre i stand til å vurdere sine egne pasientsikkerhetsutfordringer og iverksette målrettede tiltak for å forbedre sikkerheten i helsetjenesten.

Verdens helseorganisasjon definerer pasientsikkerhet slik: «freedom for a patient from unnecessary harm or potential harm associated with health-care», på norsk «...(at) pasienter ikke skal utsettes for unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens innsats og ytelser eller mangel på det samme» (5). I alminnelig tale blir nok begrepet ofte brukt mer upresist langt utover det som har å gjøre med skade eller risiko for å gjøre skade.

I 2007 kom boka til Peter F. Hjort (1924–2011), «Uheldige hendelser i helsetjenesten» (6). Den tok utgangspunkt i 50 uheldige hendelser fra arkivet til Norsk pasientskadeerstatning med en gjennomgang av hendelsesforløpet etterfulgt av forfatterens refleksjon. Hjort kom med forslag til hva som måtte gjøres for å redusere risikoen for slike hendelser. På denne tiden hadde enkelte større sykehus startet et systematisk arbeid for å få bedre oversikt over situasjonen og spre kunnskap om pasientsikkerhet.

Pasientsikkerhetskampanjen ble lansert i 2011, og i 2014 ble den avløst av pasientsikkerhetsprogrammet (2). Dette initiativet ble iverksatt etter direkte engasjement fra daværende helse- og omsorgsminister Bent Høie. Den sentrale forvaltningen av kampanjen og senere programmet ble lagt til daværende Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og senere flyttet til Helsedirektoratet. Gjennom disse sentralt styrte aktivitetene ble det introdusert en rekke tiltakspakker for pasientsikkerhet. Helse- og omsorgsdepartementet påla sykehusene gjennom de årlige styringsdokumentene å innføre tiltakspakkene og ta del i de nasjonale stimuleringsiltakene som for en stor del ble gjennomført som kvalitetsforbedringsarbeid, gjerne med støtte i læringseminarer. Gjennomføring av programmet er evaluert i flere runder (7, 8). Legenes engasjement i slikt arbeid er undersøkt av Deilkås og medarbeidere (9) som fant at 85,7 % av de 1274 legene som besvarte, ønsket å delta aktivt, men flertallet av disse svarte at det ikke var avsatt tid til dette.

Kommunehelsetjenesten ble også oppfordret til å delta i aktivitetene selv om statlige myndigheter ikke har tilsvarende instruksjonsmyndighet over denne delen av helsetjenesten.

Hvordan kan vi vite noe om pasientsikkerheten i sykehusene?

Et spørsmål som tidlig ble reist, var hvordan man skulle kunne klare å evaluere innføring av tiltakene og om man etter noen tid kunne klare å

påvise reduksjon i forekomsten av uønskede hendelser og ikke minst skader i sykehusene. I den eksterne evalueringen av programmet er hovedvekten lagt på organisering og gjennomføring. Det fremkommer i liten grad hvilken effekt programmet har hatt på pasientsikkerheten, altså om det er oppnådd redusert risiko for pasientskader (8). Gjennom pasientsikkerhetskampanjen og det påfølgende programmet ble det innført løpende, systematiske registreringer av pasientskader i somatiske sykehus. Det finnes periodiske rapporter som sammenstiller tall fra 2012 til dags dato (10). Haugen og medarbeidere fant at innføring av et av tiltakene i pasientsikkerhetsprogrammet, sjekklisten «trygg kirurgi», førte til reduksjon av perioperative komplikasjoner fra 19,9 % til 11,5 % (42,2 % relativ reduksjon) (11) og over tid kunne man måle styrking av pasientsikkerhetskulturen (12).

Det finnes ingen tilgjengelige, enkle rapporter som avspeiler nivået av pasientsikkerhet i helsetjenesten. Ideelt sett kunne man tenke seg at pasientsikkerhet ble uttrykt som andel pasientforløp uten uønskede hendelser av et visst alvorlighetsnivå. Det forutsetter en koding av pasientdata som ikke foreligger i dag. Norsk pasientregister inneholder ICD10-koder for alle diagnoser, og ettersom klassifikasjonen også gjør det mulig å registrere skader og komplikasjoner, kunne man tenke seg at dette var mulig. Det er imidlertid ikke tradisjon i Norge for å bruke disse skadekodene slik de er ment brukt. Storesund og medarbeidere (13) fant at ICD-kodene likevel kunne brukes som utgangspunkt for registrering av kirurgiske komplikasjoner, forutsatt manuell verifisering.

En annen mulighet er å følge Norsk pasientskadeerstatnings rapporter over medholdsaker. Svakheten er at denne ordningen er innrettet for å gi økonomisk kompensasjon der pasienter har hatt økonomisk tap som følge av svikt i behandling i helsetjenesten. Måten sakene rekrutteres på og det begrensede spekter av skader som inngår her, gir derfor ikke et representativt bilde av situasjonen. Det er også en utfordring at statistikken gjenspeiler vedtakstidspunkt, ikke skadetidspunkt. Derfor vil varierende og til dels lang saksbehandling påvirke statistikken. Tall fra Norsk pasientskadeerstatning viser at det har vært en relativ økning i antall saker på 13,4 % fra 2012 til 2022. Det har vært noe mindre relativ økning av medholdssakene, 9,6 % (personlig meddelelse Mette Willumstad Thomsen, Norsk pasientskadeerstatning, Oslo).

Global Trigger Tool (GTT) er en systematisk og vitenskapelig validert metode for journalgranskning som kan gi informasjon om forekomsten av pasientskader i sykehus (14). Gjennom pasientsikkerhetsprogrammet er GTT blitt etablert i alle norske sykehus der minimumskravet er tilfeldig uttrekk av 240 somatiske pasienter med lik fordeling fra alle to-ukers perio-

der i løpet av året (10). Noen store sykehus undersøker flere journaler. Metoden krever uavhengig journalgjennomgang av to ulike sykepleiere som identifiserer såkalte «triggere» eller markører for pasientskader. Når det registreres én eller flere triggere, blir journalen gjennomgått av trent lege som avgjør om dette er en skade som faller inn under definisjonen, hvilken type skade det er og alvorlighetsgrad. Samlet inkluderes nesten 10 000 pasientopphold fra alle sykehus hvert år, og metoden fremstår som valid på nasjonalt nivå, selv om tallene fra hvert enkelt sykehus blir relativt små. I Norge er det ved denne metoden blitt registrert at 12,6 % av alle inneliggende pasienter hadde en skade som følge av oppholdet i 2022. Tallet er relativt redusert med ca. 8 % siden 2012, og for de alvorlige skadene er den relative reduksjonen 45,8 %. Av rapportene som utgis hvert år, kan man lese at journalinformasjon om skader i løpet av disse årene har bedret seg, og at man derfor kanskje registrerer flere skadde nå enn tidligere. Det kan bety at den reelle bedringen er større enn det tallene tilsier. Det ble gjort en sammenligning av funn fra norske sykehus i 2013 med tilsvarende funn fra svenske sykehus (15). Der fant man at henholdsvis 13,0 % og 14,4 % (ikke signifikant forskjell) hadde fått påvist en skade under oppholdet. Denne metoden er relativt arbeidskrevende for sykehusene som foretar journalgjennomgangen ved hjelp av trent personell. Det har vært gjort flere forsøk på automatisert uttrekk og koding av journaldata ved hjelp av kunstig intelligens. I et forskningsprosjekt ved Nordlandssykehuset fant Mevik og medarbeidere at en slik metode var både pålitelig og arbeidsbesparende, selv om resultatene ikke samsvarte helt med resultatene fra ordinær GTT (16).

Det finnes en lang rekke nasjonale kvalitetsindikatorer som oppdateres regelmessig, kvalitetssikres og publiseres av Helsedirektoratet. Gjennom disse indikatorene kan man følge utviklingen over tid. Mange av indikatorene kan gi informasjon om spesifikke problemstillinger som sier noe om pasientsikkerhet. Eksempler på dette er indikatorene for postoperative sårinfeksjoner, forbruk av bredspektret antibiotika og andel pasienter med hjerneslag som får trombolytisk behandling innen anbefalt tidsfrist. Selv om hver og en av disse indikatorene kan gi et godt bilde av situasjonen innen sine spesialfelt, er det vanskelig å forestille seg hvordan dette skal summeres opp til å gi et helhetlig bilde av status for pasientsikkerhet i sykehusene.

Måling av pasientsikkerhetskultur

Pasientsikkerhetskultur er et uttrykk for holdninger og praksis som helsepersonell og deres ledere har, og som igjen påvirker behandlingen pasientene mottar. Pasientsikkerhetskulturen gjenspeiler samspillet mellom ansatte og

ledere, og en felles oppmerksomhet om hva som skal til for å forhindre pasientskade. I Norge brukes to ulike, validerte spørreundersøkelser som er egnet til å undersøke pasientsikkerheten: Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) (17) og Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) (18). Disse er relativt like, men resultatene kan dessverre ikke sammenlignes direkte. OECD har gjort en sammenligning mellom medlemslandenes målinger av pasientsikkerhetskultur (19). Her fremgår det at de fleste landene anvender HSOPSC, mens Norge har valgt å ta ut to dimensjoner fra SAQ kulturmålingene som inngår i de årlige medarbeiderundersøkelsene blant sykehusansatte: Teamsamarbeid (seks spørsmål) og sikkerhetskultur (sju spørsmål). Dermed er det ikke lett å sammenligne målingene med andre lands målinger. Selv om de årlige målingene bare gjøres i sykehus, finnes det også rapporter om slike kulturmålinger fra norske sykehjem (20).

I en longitudinell studie fra 2009 til 2017 som inkluderte kirurgisk personell ved to helseforetak der innføring av sjekklister for trygg kirurgi ble vitenskapelig evaluert, fant man signifikant forbedring av skåren på åtte av de 12 dimensjonene som inngår i HSOPSC – med den største økningen på dimensjonen «sykehuslederens støtte til pasientsikkerhet» (12).

En nylig publisert systematisk litteraturoversikt fant at flere vitenskapelige rapporter viste sammenheng mellom økning av pasientsikkerhetskulturmålinger og reduksjon i forekomsten av uønskede hendelser (21).

Hvordan har pasientsikkerheten utviklet seg i norske sykehus?

For å få et helhetlig bilde av dette er det mange variabler som må tas i betraktning. Ingen av disse er hver for seg egnet til å tegne hele bildet. Helsetjenesten er også i konstant utvikling slik at det ikke er gitt hvordan man skal sammenholde tallene. Fra 2012 til 2022 har det vært en økning på 17,2 % i antall pasientbehandlinger i sykehus, og det har vært en forskyvning fra døgnopphold til dagopphold og polikliniske kontakter (Statistisk sentralbyrå, rapport 10261). I samme periode har antall medholdsaker i Norsk pasientskadeerstatning økt med 9,6 %, noe som er lavere enn økningen i pasientaktiviteten i sykehusene. Antall varsler til Statens helse-tilsyn som gjelder somatikk i spesialisthelsetjenesten, har i samme periode økt mer enn 3,5 ganger (22). Denne store økningen må forstås på bakgrunn av at varselordningen er blitt endret og bedre kjent i sykehusene. Samtidig har det i mange sykehus vært arbeidet aktivt med å forbedre meldekulturen. Økningen kan derfor i stor grad forklares med en økning i sikkerhets- og meldekultur. Det er derfor vanskelig å vite om noe av økningen gjenspeiler svekket pasientsikkerhet. Andel pasientskader i norske sykehus målt med GTT-metoden viser 8,0 % relativ reduksjon av skadeandelen (10). Det er

en beskjedne reduksjon i løpet av elleve år. Det interessante er imidlertid at andelen med alvorlig skade er betydelig redusert relativt sett, med hele 45,8 %. Til tross for at denne målingen er gjennomført med en ensartet og validert metodikk, kan det tenkes at en forbedret pasientsikkerhetskultur medfører større oppmerksomhet på pasientskader og bedre journaldokumentasjon. I så tilfelle vil det kunne føre til at man registrerer flere skader enn tidligere. Det er en mulig forklaring på at det ikke har vært like stor reduksjon i mindre alvorlige skader som i de alvorlige.

Selv om aktiviteten i somatiske sykehus har økt, har andelen opphold som gir rett til økonomisk erstatning, ikke økt like mye. Meldekulturen er forbedret, andelen pasientskader har gått noe ned, og andelen alvorlige hendelser er betydelig redusert. Det knytter seg imidlertid usikkerhet til hvordan en større økning av varsler til Statens helsetilsyn skal vurderes.

Hvordan er pasientsikkerheten i Norge sammenlignet med andre land?

Mangelen på standardisert rapportering av globale indikatorer for pasientsikkerhet gjør det vanskelig å sammenligne norske sykehus med internasjonale tall (23). OECD har etablert en database der tall for benchmarking er tilgjengelige. Dessverre rapporterer Norge foreløpig bare på et par av disse indikatorene. Ved sammenligning av tallene for postoperativ sepsis var Norge det landet som kom nest dårligst ut, selv om forskjellen mellom landene var liten. På indikatoren for gjenglemt instrument etter kirurgisk prosedyre, er Norges skåre som gjennomsnittet for medlemslandene. Det framheves at Norge har innført nasjonale GTT-målinger, men her er det foreløpig ikke foretatt sammenligninger med andre land.

OECDs ekspertgruppe mener at pasientsikkerhetsmålinger på tvers av et helsesystem er et viktig virkemiddel for å oppnå bedre pasientsikkerhet (23). Det er tre viktige komponenter i et slikt system: rapportering av uønskede hendelser (inklusive nesten-hendelser), rutinemessig innsamling av pasientadministrative data, sammen med data om komplikasjoner og uønskede hendelser (for eksempel GTT) og pasientrapporterte data.

Summary

Lead by the national health authorities, extensive activities have been carried out to improve patient safety in the Norwegian health service. It is uncertain to what extent this has produced results. There is no simple way to measure patient safety.

The most extensive documentation is originating from the hospitals, and there is reason to emphasize the figures from the ongoing measurements

of patient injuries with the Global trigger tool (GTT method). It shows a relative reduction of all patient injuries of 8 %, and a 45,8 % reduction of serious injuries during the period 2012–2022. This is in contrast to a large increase in notifications to the Norwegian Health Authority, which may be an expression of improvement in the reporting culture.

The OECD has done ground-breaking work in describing the organization and implementation of patient safety measures in the member countries with assigned indicators that may be suitable for international comparison. Currently, there are so few figures reported from Norway that we cannot know anything for sure about how Norway ranks.

Litteratur

1. Nedgang i pasientskader ved norske sykehus. *Dagens Medisin* 14.09.2023.
2. *Historien om I trygge hender*. Oslo: Helsedirektoratet, 2023. <https://www.itryggehender24-7.no/om-i-trygge-hender-24-7/historikk> (18.01.2024)
3. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: The National Academic Press, 2000.
4. WHO. *World Alliance for Patient Safety*. Geneva: WHO, 2004. Tilgjengelig fra <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/about/world-alliance-for-patient-safety> (18.01.2024)
5. Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010.
6. Hjort PF. *Uheldige hendelser i helsetjenesten: en lære-, tenke og faktabok*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2007.
7. Deloitte. *I trygge hender 24-7. Følgeevaluering av pasientsikkerhetsprogrammet - Devaluering 2*. Oslo: Helsedirektoratet, 2017.
8. Deloitte. *Sluttrapport for følgeevaluering av pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7»*. Oslo: Helsedirektoratet, 2019.
9. Deilkas ET, Rosta J, Baathe F et al. Physician participation in quality improvement work- interest and opportunity: a cross-sectional survey. *BMC Primary Care* 2022; 23: 267.
10. *Pasientskader i Norge 2022 – Målt med Global Trigger Tool*. Oslo: Helsedirektoratet, 2023.
11. Haugen AS, Søfteland E, Almeland SK et al. Effect of the World Health Organization checklist on patient outcomes: a stepped wedge cluster randomized controlled trial. *Annals of Surgery* 2015; 261: 821–828.
12. Haugen AS, Søfteland E, Sevdalis N et al. Impact of the Norwegian National Patient Safety Program on implementation of the WHO Surgical Safety Checklist and on perioperative safety culture. *BMJ Open Quality* 2020; 9(3).
13. Storesund A, Haugen AS, Hjortås M et al. Accuracy of surgical complication rate estimation using ICD-10 codes. *British Journal of Surgery* 2019; 106: 236-244.

14. Eggenschwiler LC, Rutjes AWS et al. Variation in detected adverse events using trigger tools: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2022; 17: e0273800.
15. Deilkås ET, Risberg MB, Haugen M et al. Exploring similarities and differences in hospital adverse event rates between Norway and Sweden using Global Trigger Tool. *BMJ Open* 2017; 7: e012492.
16. Mevik K, Hansen TE, Deilkås EC et al. Is a modified Global Trigger Tool method using automatic trigger identification valid when measuring adverse events? *International Journal of Quality Health Care* 2019; 31: 535–540.
17. Deilkås E, Hofoss D. Patient safety culture lives in departments and wards: multilevel partitioning of variance in patient safety culture. *BMC Health Services Research* 2010; 10: 85.
18. Haugen AS, Søfteland E, Eide GE et al. Patient safety in surgical environments: cross-countries comparison of psychometric properties and results of the Norwegian version of the Hospital Survey on Patient Safety. *BMC Health Services Research* 2010; 10: 279.
19. de Bienassis K, Kristensen S, Burtcher M et al. *Culture as a cure*. OECD, 2020. <https://www.oecd-ilibrary.org/content/paper/6ee1aeae-en>. (18.01.2024)
20. Bondevik GT, Hofoss D, Husebø BS et al. Patient safety culture in Norwegian nursing homes. *BMC Health Services Research* 2017; 17: 424.
21. Vikan M, Haugen AS, Bjørnnes AK et al. The association between patient safety culture and adverse events - a scoping review. *BMC Health Services Research* 2023; 23: 300.
22. *Statistikk fra avdeling for varsler og operativt tilsyn – varsler om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn* Oslo: Statens helsetilsyn, 2023. https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/tilsyn/varsler_enhet/statistikk_varselordning.pdf (18.01.2024)
23. *Measuring Patient Safety - Opening the Black Box*. Paris: OECD, 2018.

Stig Harthug
 stig.harthug@helse-bergen.no
 Seksjon for forskning og fag
 Kirurgisk serviceklinikk
 Haukeland universitetssjukehus
 5021 Bergen

Stig Harthug er professor emeritus i indremedisin ved Klinisk institutt II, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen. Han er ansatt i en forskerstilling ved Kirurgisk serviceklinikk i Helse Bergen og har tidligere vært leder for Seksjon for pasientsikkerhet i Forsknings- og utviklingsavdelingen i Helse Bergen. Fra 2010 til 2013 var han leder for referansegruppen til Pasientsikkerhetskampanjen i Norge.

Helsesystemanalyser og Norges plassering i verden¹

Michael 2024; 21: 71–78

doi:10.5617/michael.10953

De siste femti årene har omfanget av helsesystemanalyser økt, og det utvikles stadig nye rammeverk som vektlegger ulike aspekter etter hvilke helsepolitiske mål de skal belyse. Sentrale aktører er Verdensbanken, WHO, OECD og EU samt akademiske institusjoner og frittstående institutt. Det sentrale er ulike analyser av helsetjenester som belyses ved eksterne faktorer som kan påvirke helsetilstanden i en befolkning.

Når resultater av ulike analyser presenteres, kommer de nordiske landene, særlig Norge, godt ut. Tilgangen til helsetjenester er god, det er relativt sett god tilgang på helseressurser, og forventet levealder har vært og fortsetter å være blant de høyeste. Norge skårer også høyt på pasientsikkerhet og folkehelsevariabler, men internasjonale rangeringer kan påvirkes av mange faktorer og er ikke egnet som grunnlag for nasjonale prioriteringer.

Begrepet helsesystem brukes for å beskrive helheten av helsetjenester og helse-tjenesterrelaterte ressurser og prosesser i en avgrenset befolkning. Det omfatter helsetjenester og finansiering, regulering, styring og organisering av tjenestene, men også mer generelle livsbetingelser og forhold som kan påvirke helse (1).

Dersom grensene for helsesystemet defineres omfattende, og inkluderer folkehelsearbeid, helsefremmende aktiviteter og effekten av sosiale determinanter på helse, er det mer sannsynlig at faktorene som påvirker helse, er godt representert. Samtidig kan det begrense identifiseringen av tiltak som kan føre til forbedring. Om definisjonen av helsesystem avgrenses til helsetjenester, kan det være enklere å knytte vurderingen av ytelser til aktørenes innsats i tjenestene. Da kan man risikere å utelukke faktorer som utdanning og bemanning, som påvirker hvordan målsettingene til et helsesystem kan oppnås (1).

¹ Artikkelen bygger på en presentasjon for Det norske medicinske Selskab 20.9.2023

Organisasjoner og datakilder

En rask økning i helseutgifter i 1970-årene førte til at OECD startet med å registrere og analysere data i helsesektoren. Målsettingen var å sikre at det ble felles rapporteringsrutiner for helseutgifter på nasjonalt nivå (2), og mulighet for komparative analyser (3).

USA og de nordiske landene var pådrivere i prosessen med å utvikle kvalitetsindikatorer for helsesystemer. En sentral kjerneoppgave for WHO er utvikling og bruk av helsedata til prioriteringsformål samt vurdering av utvikling av helsetjenester på nasjonalt, regionalt og globalt nivå. Verdensbanken finansierte det første prosjektet som estimerte den globale sykdomsbyrden (Global Burden of Disease, GBD). Formålet var å kunne bidra til bedre helsepolitiske prioriteringer på globalt, regionalt og nasjonalt nivå (4). I 2007 ble Institute of Health Metrics (IHME) opprettet. Senteret har videreutviklet målinger av GBD og publiserer globale estimater for sykdomsbyrde. Det er dermed to store aktører som har produsert GBD-data i mer enn ti år. Det har ført til ulike metodiske-tekniske debatter mellom IHME og WHO, men også en debatt om akademisk uavhengighet, innsyn og innflytelse. I 2018 ble en samarbeidsavtale inngått mellom IHME og WHO om felles rapportering for sykdomsbyrde (5).

Registerdata beskrives ofte som den nye olje; det er informasjon som er systematisert, identifiserer utfordringer og kan bidra til endringer (6). Merverdien av registerdata er når dataene kan benyttes i en annen eller større kontekst enn det registeret var etablert for.

OECD Health Data er en egen database med tidsserier av data som går mer enn 60 år tilbake i tid for enkelte områder (7). Fra 2024 flyttes data over til en ny plattform OECD Data Explorer (8).

Periodiske publikasjoner som sammenlikner helsesystemer

WHO publiserte sin første sammenlikning av verdens helsesystem i 2000 (World Health Report) (9). OECD publiserte «Health at a Glance» første gang i 2001. Denne rapporten er siden blitt oppdatert hvert annet år, og fra 2010 har det vært supplerende regionale analyser. Den siste utgaven ble publisert i november 2023 (10).

Parallelt med utviklingen av komparative helsesystemanalyser i regi av WHO og OECD har European Observatory on Health Systems and Policies bidratt til utviklingen av nasjonale oversikter på oppdrag fra European Commission. Disse oversiktene kan ses som et supplement til WHO og OECD sine publikasjoner, State of the Health EU (11) (tabell 1).

Organisasjon /Institusjon	Periodiske publikasjoner om helsesystemer
WHO	World Health Report (1995–2013) The World health statistics report (2005–2023)
OECD	Health at a Glance (HAG) global biannual (2001–2023) Health at a Glance Europe (HAG-E) regional biannual State of Health EU (SoHEU) (2017–2023) National country profiles
European Observatory on Health Systems and Policies (The Observatory)	Rapportserie Health System in Transition (2020–2023): deskriptive rapporter på nasjonalt nivå, oppdateres på nett. https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor Policy-briefs for WHO og EU basert på data fra OECD, WHO og Eurostat, samt SoHEU
Commonwealth Fund (CWF)	Country profiles (20 land) Mirror mirror: rapport fra årlig survey-undersøkelser (2004–2023) Komparative analyser av USAs stater

Tabell 1. Periodiske publikasjoner for helsesystemanalyse

Metodiske utfordringer ved komparative analyser

Det er utfordrende å sammenlikne informasjon fra ulike land, og utfordringene blir ikke mindre når kompleksiteten i det som sammenliknes, øker. Når man skal sammenlikne helsesystemer, sammenlikner man ikke kun leveransen av en eller flere helsetjenester, eller en eller flere sykdomsbehandlinger, men hele systemet som påvirker helsen til befolkningen. For eksempel var metodebeskrivelsene som fulgte The World Health Report fra 2000, mer enn fire ganger så lang som selve rapporten (12).

Hvor mange land som er inkludert i utvalget, har betydning for hvilke analyser man kan benytte. Analyser fra OECD viser at landene ikke er direkte sammenliknbare. Det er forskjeller på store og små land, og det er tendenser til et øst/vest-skill. Det kan også være forskjeller i rapportering mellom landene, noen land har komplette datasett, andre land har kanskje data kun fra utvalgte regioner eller fra universitetssykehus eller regionale sykehus. Dokumentasjon av indikatorene er publisert i rapportseriene OECD Health Working Papers, Technical papers og Health Care quality and Outcome Indicators (13–15).

Tverrsnittstudier gjør det vanskelig å konkludere om hva som påvirker hva, mens tidsserier har sine egne utfordringer. Det kan være endringer i hvilke indikatorer som presenteres, nye indikatorer inkluderes og andre indikatorer kan miste sin relevans eller tas ut av andre hensyn (16). Metoden som benyttes for å beregne indikatorer, kan endres, for eksempel beregning av 30-dagers overlevelse etter hjerneslag. Kobling av registerdata gjør det mulig å følge pasienter. Det gjør at beregningsgrunnlaget blir bedre, men tidsserien brytes (17).

Norge i verden

Commonwealth Fund (CWF) rangerte i 2021 Norge, Nederland og Australia som de beste helsesystemene i sin årlige rapport. I tillegg til sin årlige survey benyttet de data fra WHO og OECD for å sammenlikne resultatene til 11 høyinntektsland (18).

I november 2022 holdt finansminister Jeremy Hunt en tale i det britiske parlamentet om statsbudsjettet for 2023 og forventningene til NHS: «... *today I am asking it (NHS) to join all public services in tackling waste and inefficiency. We want Scandinavian quality alongside Singaporean efficiency, both better outcomes for citizens and better value for taxpayers.*» Hunt, som har bakgrunn som helseminister, var med andre ord tydelig på at han ønsket skandinavisk kvalitet på helsetjenestene, men ikke et skandinavisk kostnadsnivå (19).

I januar 2024 publiserte Institute of Global Health Innovation ved Imperial College London en komparativ analyse av pasientsikkerhet, Patient Safety Watch (20). De bruker en metodologi hvor de benytter mål for variasjon (standardavvik) for å sammenlikne 38 land på fire pasientsikkerhetsindikatorer. Det er indikatorer som er relatert til WHO Global Action Plan for Patient Safety, med samme metodologi som Commonwealth Fund. Norge skåret best av de 38 landene, men det er små variasjoner for de 23 landene som var over gjennomsnittet.

Det er et økende antall aktører som publiserer komparative data for helsestatus og helsetjenester. WHO og OECD er de to største aktørene, og de fleste andre aktørene benytter data fra de to kildene, noen ganger supplert med data fra andre kilder eller egne innsamlede data. CWF i USA samler årlig inn surveydata. De benyttes i økende grad av OECD og WHO. Institute of Health Metrics (IHME) benytter data fra OECD, WHO og Verdensbanken samt registerrapportering fra en rekke land. WHO publiserer mye data, men de er ofte knyttet til fagområder, som forekomst av smittsomme sykdommer, eller ulike helsepolitiske målsettinger. For smittsomme sykdommer kan det være løpende oppdatering av informasjon, mens det for dødsårsaker kan være årlige rapporteringer. OECD publiserer annethvert år globale oversikter som skal dekke større deler av helsesystemet, og annethvert år publiseres regionale oversikter.

OECDs primære mål for helsesystemanalyser var å få sammenliknbar informasjon om kostnader og resultat. Ved siden av å publisere volum av tjenester og ressurser samt totale helsekostnadene per innbygger, benytter de relativ prioritering av helsesektoren i nasjonalbudsjett, samt andel av helseutgiftene som dekkes av det offentlige. Norge er blant de landene som har høyest helseutgifter, men er ikke alltid det landet som allokterer mest til

helse når man ser på andelen av bruttonasjonalproduktet (BNP) som går til helsesektoren. OECD fikk derfor i oppdrag å vurdere hvorvidt utgiftene til helse er spesielt høye i Norge i forhold til sammenliknbare land. Her viser de blant annet til at det er en relativt høy andel av utgifter som går til institusjonsbasert omsorg for eldre. I Norge er yrkesaktiviteten høy, og behovet for formalisert omsorg for eldre er derfor høyere enn i land hvor det er lavere yrkesaktivitet. OECD konkluderte med at helseutgiftene i Norge er som forventet ut fra den velstand og demografi som er i landet (21).

Ifølge OECD var de norske helseutgiftene (kjøpekraftjustert) i 2019 nesten 6750 USD per innbygger (22). Det var om lag 1100 USD mer enn i Danmark og Sverige. Når det gjaldt andel av helseutgifter som ble dekket av det offentlige, var Luxembourg og Norge på toppen av listen med 86 % (22). Nyere data er tilgjengelig for de fleste land, men resultatene for Norge var kun estimert (10).

Utfordringene med å sammenlikne kostander for ulike typer tjenester er imidlertid at det er en svært forenklet framstilling. For eksempel vil land som har en generøs dekning av tjenester, men der ikke hele befolkningen har tilgang til tjenestene, skåre lavere enn et land hvor hele befolkningen har tilgang til et mer avgrenset sett tjenester. Dekning av helsetjenester er basert på rapportering av helseregnskapet, og utgifter knyttet til frivillig helseforsikring er holdt utenfor. Dekning av legemidler inkluderer legemidler både med og uten resept.

Health at a Glance presenterer også oversikt over helsepersonellsituasjonen. Grunnlagsdata er hentet fra rapportering til WHO, og Norge er det landet som har høyest tetthet av leger og sykepleiere. Andelen kvinnelige leger i Norge er 52 %, som er rett over gjennomsnittet for OECD på 50 %. Andelen leger som er over 55 år, er 24 %, det samme som i Nederland og Finland. Dette er godt under snittet for OECD på 33 %. Norge ser altså ut til å ha relativt god tilgang på helsepersonell sammenliknet med andre land (10).

Fra 2017 har publiseringen av Health at a Glance blitt supplert med nasjonale rapporter i regi av EU, OECD og European Observatory on Health System and Policies (11). De europeiske landene får dermed en nasjonal rapport med mer kontekst samt en oppsummerende synteserapport som kommenterer fellestrekk for de europeiske landene (23). De publiseres nå annethvert år, parallelt med den globale Health at a Glance-rapporten. I 2023 utgaven er tilgang på helsepersonell et tema som knyttes til stabilitet og robusthet (resiliens) for helsesystemet. Norge har høy legetetthet, men kapasiteten på legeutdanningen i Norge er lavere enn i andre land, og det er flere leger som har utdanning fra utlandet (23).

OECD benytter forventet levealder ved fødsel som et overordnet mål for hvor godt et helsesystem fungerer, slik WHO gjorde i 2000. Norge er blant de land som har lengst forventet levetid, enten man ser på forventet levetid ved fødsel eller ved 65-årsalder. For helsestatus skårer Norge bedre enn OECD-gjennomsnittet på hele 83 % av de 18 indikatorene som benyttes. Norge har relativt lav dødelighet av tilstander som kan forebygges eller behandles (24).

Risikofaktorer for dårlig helse er målt for 12 indikatorer, og Norge skårer bedre enn OECD-snippet på ti av de 12 indikatorene. Både Norge, Sverige og Danmark rapporterer lavere andel av dagligrøykere enn OECD. Norge og Sverige har også lavere alkoholkonsum, og de tre skandinaviske landene har dessuten lavere forekomst av overvekt enn gjennomsnittet for OECD-landene (24–26).

Når det gjelder kvalitet i helsetjenesten har Norge rapportert på 24 av 33 indikatorer og skårer bedre enn gjennomsnittet på 14 av dem. For spesialisthelsetjenesten trekker OECD fram dødelighet innen 30 dager for hjerneslag og hjerteinfarkt som særlig lav i Norge (24). Indikatorene viser dødelighet innen 30 dager etter innleggelse i sykehus, men er basert på data om innleggelse i det enkelte sykehus uten hensyn til eventuelle overflyttinger mellom sykehus. Ettersom mange pasienter, nær halvparten i Norge, overføres til andre sykehus, vil det føre til at dødeligheten underestimeres. Dødeligheten i Norge var 2,6 % for hjerteinfarkt, mens snippet for OECD var 7 %. For hjerneslag var dødeligheten i Norge på 3,1 % for pasienter som var innlagt på sykehus, og for OECD 7,9 % (24). Når man beregner dødelighet innen 30 dager ut fra pasient-identifiserbare data, inkluderes også dødsfall som skjer utenfor sykehus OECD (27).

Som et mål på kvalitet i primærhelsetjenesten benytter OECD innleggelse i sykehus for enkelte pasientgrupper med kroniske sykdommer. Innleggesraten for pasienter med astma og/eller kols var gjennomsnittlig 129 for OECD-landene. Resultatet i Norge var 212 per 100 000 (10, 24). Vi vet fra tidligere rapporteringer at ulik bruk av diagnosekoding kan forklare mye av forskjellene i innleggesrater. Forskjellene i rapporteringen fra de nordiske landene er relativt stabil de siste årene.

For å vurdere kvalitet på forebyggende tjenester benyttes ofte status for vaksinasjon og screening for kreft. Dekningsgraden for barn som hadde fått vaksine mot difteri/stivkrampe og kikhoste, var 97 % i Norge, og for meslinger var den 96 %. Norge skårer noe over snitt i OECD for barnevaksinasjon, og det samme gjelder screening for brystkreft.

Vi ser at Norge og andre nordiske land står seg godt i internasjonale sammenlikninger av helsetjenester og helsesystemer. Kravet om åpenhet og

innsyn i metode har bidratt til utvikling av fagfelt og synergier mellom fagmiljøer. Det utvikles generiske rammeverk som viser hvordan målsettinger og verdigrunnlag inkluderes i analysene (1).

Vi vet også at internasjonale rangeringer påvirkes av mange faktorer, og er ikke egnet som grunnlag for nasjonale prioriteringer. De kan indikere styrker og svakheter ved ulike systemer, men det er nasjonale/lokale analyser som må legges til grunn for nasjonale/lokale helsepolitiske prioriteringer.

Litteratur

1. Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M et al, red. *Health system performance assessment: A framework for policy analysis*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2022. Health Policy Series, No. 57. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK590188/>
2. OECD/Eurostat/WHO: *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, Paris: OECD Publishing, 2017. <https://doi.org/10.1787/9789264270985-en>
3. OECD. "OECD at 50: Measuring Progress in Health in OECD Countries over the Past Fifty Years". I: *Health at a Glance*. Paris: OECD Publishing, 2011. https://doi.org/10.1787/health_glance-2011-en.
4. Mathers CD. History of global burden of disease assessment at the World Health Organization. *Arch Public Health*. 2020; 78: 77. doi: 10.1186/s13690-020-00458-3
5. Tichenor M, Sridhar D. Metric partnerships: global burden of disease estimates within the World Bank, the World Health Organization and the Institute for Health Metrics and Evaluation. *Wellcome Open Research*. 2019; 4: 35. doi: 10.12688/wellcomeopenres.15011.2
6. Åm H, Frøyhaug M, Tøndel G. Helsedata som gullgruve? Forventninger til kommersialisering av helsedata i Norge. *Nytt norsk tidsskrift*. 2021. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3053-2021-01-02-08>
7. OECD Health Data. <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>
8. OECD Data explorer. <https://data-explorer.oecd.org/>
9. *The world health report 2000 – Health systems: improving performance*. Geneva: World Health Organization, 2000.
10. OECD. *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, Paris, OECD Publishing, 2023. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
11. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies: Norway: Country Health Profile 2023, *State of Health in the EU*. Paris: OECD Publishing, 2023. <https://doi.org/10.1787/256fd7cf-en>
12. Murray CJL, Evans DB: *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*. Geneva: World Health Organization, 2003.
13. OECD. *Health Working Papers (2015-2023)*. <https://web-archiv.oecd.org/2023-11-24/81599-health-working-papers.htm>
14. OECD. *Healthcare Quality and Outcomes Indicators*. <https://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-outcomes-indicators.htm>

15. OECD. *Health Technical Papers (2004–2008)*. <https://web-archiv.eocd.org/2017-02-23/78338-health-technical-papers.htm>
16. Groenewegen PP. Analyzing European health systems: Europe as a research laboratory, *European Journal of Public Health*, 2013; 23: 185–186. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt032>
17. Stolpe S, Kowall B, Werdan K et al. OECD indicator ‘AMI 30-day mortality’ is neither comparable between countries nor suitable as indicator for quality of acute care. *Clinical Research in Cardiology*, 2023. <https://doi.org/10.1007/s00392-023-02296-z>
18. Schneider EC, Shah S, Doty M et al. *Mirror, Mirror 2021: Reflecting Poorly*. New York, NY: The Commonwealth Fund, 2021.
19. Hunt J. *The Autumn Statement 2022 speech*. Location: House of Commons. Delivered on 17 November 2022. <https://www.gov.uk/government/speeches/the-autumn-statement-2022-speech>
20. Illingworth J, Shaw A, Fernandez Crespo R et al. *Global State of Patient Safety 2023*. London: Imperial College London, 2023. <https://www.imperial.ac.uk/Stories/global-state-of-patient-safety/>
21. Morgan D, Gmeinder M, Wilkens J. *(An OECD analysis of health spending in Norway)*. OECD Health Working Papers, No. 91. Paris: OECD Publishing, 2017. <https://doi.org/10.1787/63302bbf-en>
22. OECD: *Health at a Glance 2021*. OECD Indicators, Paris: OECD Publishing, 2021. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
23. *State of Health in the EU: Synthesis Report 2023*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2023.
24. OECD. *Health at a Glance 2023 Country Notes: Norway*. <https://www.oecd.org/norway/health-at-a-glance-Norway-EN.pdf>
25. OECD. *Health at a Glance 2023 Country Notes: Denmark*. <https://www.oecd.org/denmark/health-at-a-glance-Denmark-EN.pdf>
26. OECD. *Health at a Glance 2023 Country Notes: Sweden* <https://www.oecd.org/sweden/health-at-a-glance-Sweden-EN.pdf>
27. OECD. Health: Age-adjusted mortality rate. I: OECD. *Regions at a Glance*. Paris: OECD Publishing, 2009. https://doi.org/10.1787/reg_glance-2009-29-en

Ingrid Sperre Saunes
 ingrid.saunes@outlook.com
 59 East Bowery Street
 02840 Newport RI -USA

Ingrid Sperre Saunes er sosiolog og ansatt i Helsedirektoratet. Hun har tidligere arbeidet med kvalitetsindikatorer, pasientsikkerhet og helsesystem-analyse i Folkehelseinstituttet og Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten. Saunes deltok i OECDs arbeidsgruppe for pasientsikkerhet fra 2007–2009, og hun deltar i European Observatory on Health System and Policies nettverk for policy analyse.

Måste man jamföra?

Om sammenlikning av helsetjenester

Michael 2024; 21: 79–91

doi:10.5617/michael.10954

Ambisjonen med denne kronikken er å diskutere ulike sider ved internasjonale sammenlikninger av helsesystemer. Hva slags utgangspunkt har de, hvor nyttige er de, hva kan de (ikke) si oss, og hva er det spesielt viktig å være oppmerksom på ved sammenlikning på tvers av land?

«Man måste jamföra», sier hovedpersonen Ingemar i Lasse Hallströms filmklassiker *Mitt liv som hund* (1985). Ingemar er 12 år og må håndtere både sorg og skuffelse. Hans utgangspunkt er at det alltid er noen som har det verre. Det gjør hans egen situasjon, uansett hvor vanskelig den måtte synes, lettere å håndtere. En annen variant over samme tema finner vi hos den norske tegneren og humoristen Fredrik Stabel: «Egen suksess er bra, men andres ulykke er heller ikke å forakte».

Det kan, med andre ord, gjøre godt å sammenlikne seg med andre. Det kan bekrefte ens egen posisjon og tas som et uttrykk for at man gjør noe riktig. Og om man ikke skulle hevde seg så bra mot andre, kan sammenlikninger også gi grunnlag for læring. Hva er det de andre gjør annerledes enn oss, og hvorfor gir det resultater?

Helsetjenesten er en av velferdsstatens bærebjelker. Men hvor god er den norske helsetjenesten om vi sammenlikner oss med andre land? Har vi noe å lære av andre, eller har kanskje andre noe å lære av oss?

Helsetjenesten i Norge

Den norske helsetjenesten er sterkt inspirert av den britiske National Health Service (NHS) slik den ble utformet i 1948. Helsetjenesten kjennetegnes ved tre grunnleggende forhold. For det første er den (i all hovedsak) finansiert gjennom skatter. For den andre har hele befolkningen (i all hovedsak) fri tilgang på helsetjenester. For det tredje er det (i all hovedsak) offentlig

produksjon av tjenester. Det er også bred politisk enighet om hva formålet med helsetjenesten er. I Regjeringen Solbergs prioriteringsmelding fra 2015 formuleres dette, for eksempel, slik:

Helsetjenesten er (...) en del av en bred sosial forsikringsordning for befolkningen, og borgerne skal motta likeverdige tjenester etter behov, uavhengig av økonomi, sosial status, alder, kjønn, tidligere helse mv. (1).

Begrepet likeverdige tjenester finner vi igjen i lovverkets formålsbeskrivelser, både i lov om spesialisthelsetjenester og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. I tillegg vektlegges mål om effektiv ressursutnyttelse og kvalitet i tjenestetilbudet i begge formålsbeskrivelsene. En målsetting om *likeverdige og effektive tjenester av god kvalitet* er derfor et naturlig utgangspunkt for vurdering av den norske helsetjenesten. Hvis vurderingen skulle konkludere med at ett eller flere av disse målene ikke er nådd, vil naturlige oppfølgingsspørsmål være: Hvordan kan helsetjenesten utformes får å gi bedre måloppnåelse? Kan vi hente inspirasjon til dette gjennom å se hvordan man gjør dette i andre land? I en slik sammenlikning vil det først være nyttig å beskrive mer presist hvilke alternative utforminger av helsetjenesten vi kan velge mellom.

Om helsesystemer

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer et helsesystem som summen av organisasjoner, mennesker og handlinger med hovedformål å fremme, gjenopprette eller vedlikeholde helse (2). I utformingen av et helsesystem må man særlig gjøre valg knyttet til tre forhold: finansiering, utforming av tjenesteproduksjonen og styring.

Finansiering handler om hvilke tjenester som skal dekkes, om man skal benytte forsikringspremier eller skatteinntekter som finansieringskilde, og om og i hvilken grad man skal benytte egenfinansiering.

Utforming handler om forholdet mellom primær- og spesialisthelsetjenester, om størrelse og lokalisering av sykehus og andre tjenesteprodusenter, om forholdet mellom privat og offentlig tjenesteproduksjon, og om bruk av personell, teknologi og bygninger.

Styring handler om forholdet mellom politikk, administrasjon og fag, om sentral vs. desentral beslutningsmyndighet, om privat vs. offentlig tjenesteproduksjon og om omfang og type reguleringer mellom bestiller og utfører (som eksempel modeller for finansiering av tjenesteprodusentene). Alt dette skjer i en kontekst hvor historie, kultur og ikke minst landets inntektsnivå påvirker handlingsrommet.

Forskjellige land har ulike tilnærminger til hvordan de finansierer, utformer og styrer helsetjenesten. Dette har gitt opphav til en omfangsrik litteratur med det formål å klassifisere og gruppere helsesystemer. Den første grupperingen ble presentert av OECD i 1987 (3). Den tar utgangspunkt i to forhold; hvordan helsetjenesten finansieres og hvordan de ulike tjenestene leveres (tabell 1).

	Finansiering	Leveranse	Eksempler
National Health Service	Skattebasert, lav egenbetaling og universell tilgang	I stor grad offentlig produksjon av tjenester	Storbritannia, Irland, skandinaviske land, Spania, Italia
Social Health Insurance	Sosial (obligatorisk forsikring) gjennom offentlige og private sykekasser	En blanding av offentlig og privat tjenesteproduksjon	Tyskland, Belgia, Østerrike, Nederland
Private insurance	Privat, frivillig forsikring	I stor grad privat produksjon av tjenester	USA

Tabell 1. Inndeling av helsesystemer etter OECD (3).

Denne inndelingen er grov og er blitt kritisert fordi den ikke i tilstrekkelig grad fanger den store kompleksiteten i utformingen av et helsesystem (4–7). Én alternativ tilnærming er å legge mindre vekt på finansieringskildene («skattebaserte vs. forsikringsbaserte»), men heller ta utgangspunkt i graden av og prinsipper for henholdsvis regulering, finansiering og organisering av tjenestetilbudet (4–6). Andre tilnærminger legger også vekt på ressursbruken og hvordan denne fordeles mellom ulike tjenestenivåer (7).

Et helsesystem består av mange ulike aktører. Wendt et al (4) og Böhm et al (5) beskriver ulike kombinasjoner av regulering, finansiering og leveranser («provision») av tjenestene og tre typer aktører; staten, samfunnsinstitusjoner og private. Böhm et al (5) argumenterer for at man i praksis har å gjøre med fem ulike kombinasjoner (tabell 2).

	Regulering	Finansiering	Leveranse	Eksempler
National Health Service	Staten	Staten	Staten	Storbritannia, skandinaviske land
National Health Insurance	Staten	Staten	Private	Canada, Irland, Italia
Social health insurance	Samfunns-institusjoner	Samfunns-institusjoner	Private	Østerrike, Tyskland, Belgia
Private	Private	Private	Private	USA
Etatist social health insurance	Staten	Samfunns-institusjoner	Private	Nederland

Tabell 2. Inndeling av helsesystemene, etter Böhm et al (5).

En annen klassifisering finner vi hos Riebling et al (7), som baserer inndelingen av helsesystemer på en empirisk cluster-analyse av et sett indikatorer fra OECD. Dette gir også fem typer helsesystemer, men en annen gruppering av land enn hva som følger av prinsippene hos Wendt et al og Böhm et al (tabell 3).

Engelske betegnelser	Eksempler
Supply and choice-oriented public systems	Østerrike, Tyskland, Irland
Performance- and primary-care-oriented public systems	Norge, Sverige
Regulation-oriented public systems	Danmark, Nederland, Storbritannia
Low-supply and low-performance mixed systems	Ungarn, Polen
Supply- and performance oriented private systems	USA, Sveits

Tabell 3. Inndeling av helsesystemer, etter Riebling et al (7).

Det som også skiller Riebling et al (7) fra de andre tilnærmingene, er at den er dynamisk i den forstand at endringer i – for eksempel vektlegging av primærhelsetjenesten uten at det samtidig skjer endring i prinsipper for regulering, finansiering eller leveranser – over tid vil kunne flytte land fra en type helsesystem til et annet.

Hvordan man grupperer helsesystemer vil i stor grad være en akademisk øvelse. Slike øvelser er allikevel ikke uten praktisk betydning. En sammenlikning av helsetjenesten i Norge med helsetjenesten i andre land kan gjøres med ulike formål. I noen tilfeller kan vi være ute etter å vurdere graden av måloppnåelse i Norge opp mot måloppnåelsen i land som har valgt grunn-

leggende forskjellige løsninger enn oss. I andre tilfeller vil vi være ute etter å sammenlikne oss med land som likner på Norge, i den forstand at de i hovedsak har valgt de samme løsninger som oss. Den første typen sammenlikninger vil kunne fortelle oss om vi bør gjøre større endringer i regulering, finansiering eller styring av tjenesten. Den andre typen sammenlikninger vil antyde om vi, innen de overordnede rammer vi har lagt, kan gjøre mindre endringer som kan gi større grad av måloppnåelse enn i dag.

Om sammenlikninger

Sammenlikninger med andre land er nyttige for å forstå bakgrunnen for de løsninger vi har valgt i vår helsetjeneste, og for å forstå mulighetsrommet for alternative utforminger av helsepolitikken (se for eksempel (8)). Det finnes da også en omfattende litteratur som kombinerer beskrivelser av helsetjenesten i enkeltland med tilhørende oppsummerende komparative analyser av likheter og ulikheter i helsepolitikken mellom land (9–11). Hvis sammenlikningen skal kunne gi grunnlag for å endre politikktutformingen, bør man allikevel ha kunnskap om hvordan de enkelte virkemidler påvirker måloppnåelsen. Dette kan forenklet uttrykkes gjennom sammenhengen:

$$X = f(Y, Z)$$

Hvor X er en vektor bestående av de ulike målene for helsetjenesten i Norge

- likeverdig tilgang
- høy kvalitet
- god ressursutnyttelse

Y er en vektor som beskriver utformingen av helsetjenesten

- finansiering
 - skatt, forsikring, egenbetaling mm
- utforming
 - tjenestesammensetning, struktur, eierskap, teknologi mm
- styring
 - sentralisering/desentralisering, politikk vs administrasjon, pasientrettigheter, finansiering av tjenesteprodusentene, prioriteringskriterier mm

Z er en vektor som fanger opp andre forhold som vil ha betydning for måloppnåelse

- inntektsnivå
- kultur/historie
- geografi
- evt. andre forhold

Det er dermed flere mål som skal nås gjennom å kombinere ulike virkemidler og hvor sammenhengen mellom virkemiddel og mål må forventes å avhenge av kontekstuelle forhold. Utfordringen når man skal sammenlikne helsesystemer, vil både være å *operasjonalisere* mål, virkemidler og kontekst og å *kvantifisere* (måle) dem på samme måte på tvers av land. I tillegg må man ta hensyn til at det kan være konflikter mellom de ulike målene. En analyse eller sammenlikning vil ofte være partiell, i den forstand at den bare ser på ett enkelt element i måloppnåelsen. En slik sammenlikning vil dermed kunne overse at en positiv sammenheng mellom ett spesifikt virkemiddel og ett mål vil kunne følges av en negativ sammenheng mellom det samme virkemiddelet og et av de andre målene.

Sammenlikninger av helsetjenesten i Norge med helsetjenesten i andre land skjer gjerne med utgangspunkt i deskriptive sammenstillinger av et sett indikatorer som antas å være assosiert med de tre målene likeverdighet, effektivitet og kvalitet. Slike sammenlikninger kan være nyttige fordi de kan peke på områder hvor det er forskjeller (eller likheter) som kan danne grunnlag for læring. De kan imidlertid i seg selv ikke svare på hvorfor det er forskjeller i måloppnåelse. Det vil også i mange tilfeller kunne være utfordrende å trekke slutninger som har direkte relevans for (endret) politikkutforming fra enkle deskriptive sammenlikninger.

Det er et langt mindre tilfang av empiriske analyser som kan si noe om sammenhengen mellom helsetjenestens utforming og graden av effektivitet, kvalitet og likeverdighet. I nordisk sammenheng er forskningsprosjektet *EuroHOPE* (12) et eksempel både på at det er mulig å gjennomføre gode empiriske analyser, men også et eksempel på at det kan være krevende å framskaffe sammenliknbare data. Ofte baseres mye av den helsepolitiske debatten om helsetjenesten i Norge kontra andre land på tolkninger av deskriptive data. Ofte benyttes indikatorer fra de årlige *Health at a glance*-rapportene fra OECD til slike sammenlikninger (13).

Sammenlikning av deskriptive data – eksempelet «tilgjengelighet»

Helsepolitikk handler ikke bare om hvordan vi utformer helsetjenesten, men også om i hvilken grad vi prioriterer helsetjenesten i forhold til andre tjenester. En hyppig benyttet indikator fra *Health at a glance* er de enkelte lands samlede utgifter til helsetjenester. Tanken er at sammenlikning av ressursinnsats både skal kunne si noe om prioritering av og tilgjengeligheten til tjenester.

Målsetting om likeverdig tilgang til tjenester har både en økonomisk dimensjon, en geografisk dimensjon og en tidsdimensjon. Befolkningen skal ha tilgang til nødvendige helsetjenester uavhengig av egen inntekt (øko-

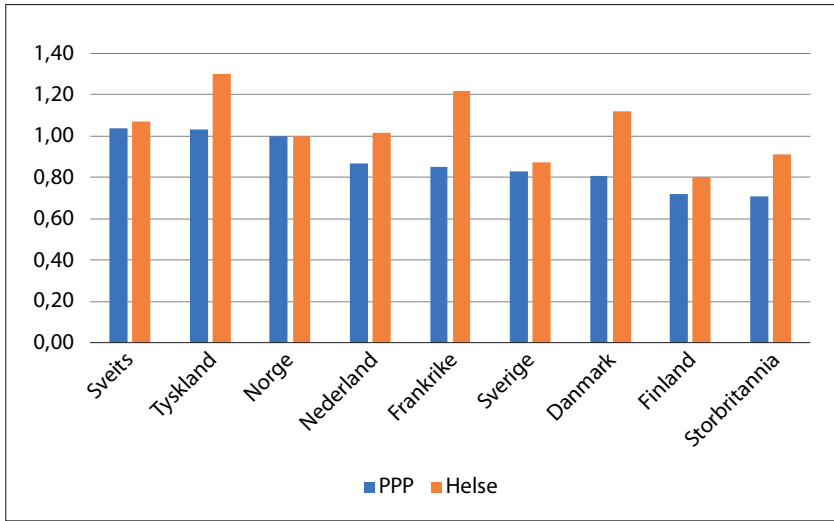
nomi). Denne tilgangen skal i prinsippet ikke avhenge av bosted (geografi), og man skal ha tilgang til tjenester når behovet oppstår (tid). At tjenestetilbudet skal være likeverdig, er i norske helsetjeneste forstått som «at alle pasienter mottar helsetjenester av like god kvalitet, tilpasset den enkelte, og med mål om resultatlikhet for dem med samme sykdomsbilde» (14).

En vurdering av tilgjengeligheten til tjenester i Norge bør derfor strengt tatt ta utgangspunkt i en tilnærming som fanger opp alle disse dimensjonene. Samlet ressursinnsats vil kunne være en indikator på helsetjenestens kapasitet, men sier lite om fordeling. Den vil dermed gi et begrenset bilde av tilgjengelighet, men allikevel være interessant. Spørsmålet er i hvilken grad vi gjennom bruk av OECD-data klarer å beskrive forskjeller i kapasitet på en måte som gjør det mulig å trekke konklusjoner om helsetjenesten i Norge i forhold til andre land.

I en diskusjon av nytten av internasjonale sammenlikninger understreker Klazinga et al (15) viktigheten av at disse baseres på data som faktisk er sammenliknbare. Eksempelvis forsøker man i sammenlikninger av ressursinnsats mellom OECD-land å ivareta dette gjennom å ta utgangspunkt i et felles regnskapssystem, «system of health accounts» (16). På tross av dette er det ikke rett fram verken å beskrive eller tolke forskjeller i utgifter til helsetjenester mellom land.

En første utfordring ligger i at man fra de enkelte lands helseregnskap (naturlig nok) får samlede kostnader til helsetjenester i landets egen valuta. Tallene må derfor konverteres til en felles valuta. I tillegg må det tas hensyn til at det er forskjeller i prisnivå mellom land. Land med høyere prisnivå vil, alt annet likt, ha høyere ressursbruk uten at det kan tolkes som bedre tilgjengelighet. Figur 1 er basert på data fra siste utgave av *Health at a glance* (13) og viser forskjellen mellom samlet ressursinnsats til helsetjenester per innbygger i noen utvalgte land for 2022. Nivået i Norge er satt til 100, og som sammenlikning har vi valgt de andre nordiske landene (unntatt Island) og Storbritannia, Frankrike, Nederland, Sveits og Tyskland. De kan dermed, om man vil, tolkes innen rammen av de tre beskrivelsene av helsesystemer gitt over. Tallene er korrigert for forskjeller i kjøpekraft mellom landene gjennom en såkalt indeks for kjøpekraftsparitet. Basert på disse tallene ligger utgiftsnivået i Norge godt over våre nordiske naboland og også over Storbritannia, Frankrike og Nederland. Norge ligger noe lavere enn Sveits og Tyskland.

Et åpenbart spørsmål er allikevel om den korreksjonen som gjøres for forskjeller i kjøpekraft, er tilstrekkelig. Tallene tar hensyn til generelle forskjeller i prisnivå mellom land, men disse trenger ikke nødvendigvis å reflektere forskjeller i lønns- og prisnivå for helsetjenester. For å få til dette må



Figur 1. Utgifter til helsetjenester 2022. Norge = 1,00. Justert for generelle forskjeller i prisnivå (PPP) og for forskjeller i prisnivå for helsetjenester.

man benytte en spesifikk prisindeks for helsetjenester (17, 18). Dette gjøres i den andre kolonnen i figur 1.

Det er relativt store forskjeller mellom (relative) utgifter til helsetjenester som «bare» justeres for forskjeller i generelt prisnivå, og det bildet som tegner seg når det også justeres for forskjeller i lønns- og prisnivå i helse-tjenesten. Ved å ta hensyn til at lønns- og prisnivået i den norske helsetjenesten er høyere enn i (mange) andre land, reduseres det som i utgangspunktet så ut til å være store forskjeller i ressursinnsats. Nå er utgiftsnivået i både Danmark, Nederland og Frankrike høyere enn i Norge. Avstanden ned til Sverige, Finland og Storbritannia er også blitt mindre.

Det vi prøver å si noe om ved denne sammenlikningen, er altså forskjeller i tilgjengelighet. Selv med sammenlikning av prisjusterte utgifter er vi fremdeles et stykke unna å kunne konkludere om det er forskjeller i tilgjengelighet til tjenester. Det første vi må ta hensyn til er at kapasitet må sammenholdes med behov. Forskjeller i behov kan relateres til (blant annet) forskjeller i alderssammensetning, inntektsnivå og sosioøkonomi. Generelt vil vi derfor anta at land med en (relativt) yngre befolkning og (relativt) høyere inntekt og utdanningsnivå vil ha et lavere behov for helsetjenester. Denne typen justeringer gjøres foreløpig ikke i de offisielle OECD-tallene.

I tillegg vil man også måtte ta hensyn til forskjeller i produktivitet mellom land. Høyt utgiftsnivå kan være et uttrykk for god tilgjengelighet,

men også lav produktivitet. Produktivetsnivået kan variere mellom land på grunn av forskjeller i struktur og forskjeller i effektivitet. I Norge kan bosettingsmønster gi større faste kostnader knyttet til for eksempel beredskap. Forskjeller i effektivitet kan knyttes til ulike tradisjoner rundt bemanning eller forholdet mellom arbeidskraft og kapital. Dessverre er det lite tilgjengelig kunnskap som kan belyse disse to spørsmålene.

Dette er heller ikke uten betydning for hvordan de relative forskjellene i figur 1 skal tolkes. Det overordnede bildet er altså at prisnivået på helse-tjenester i Norge er betydelig høyere enn det generelle prisnivået. Dette kan skyldes flere forhold: Lønnsnivået kan være høyere, prisen på andre innsatsfaktorer kan være høyere, men det kan også skyldes annen sammensetning av innsatsfaktorer enn man har i andre land. I det siste tilfellet vil forskjell i relative priser også kunne være et uttrykk for forskjeller i produktivitet.

Konklusjonen så langt vil derfor være at sammenlikninger av OECD-tall ikke kan gi mer enn en indikasjon på forskjeller i tilgjengelighet mellom land. I tolkningen av de observerte forskjellene må det tas høyde for at det både kan være forskjeller i behov og forskjeller i produktivitet mellom land som ikke fanges opp.

Sammenlikning av deskriptive data – eksempelet «prioritering av helsetjenesten»

Mens kapasitet (målt gjennom utgiftsnivå) kan si noe om tilgjengeligheten til tjenester, kan en sammenlikning av hvor stor andel av samlet verdiskaping som benyttes til helsetjenester, si noe om i hvilken grad denne prioriteres i forhold til andre varer og tjenester. I 2021 benyttet Norge 11,4 % av brutto nasjonalprodukt (BNP) på helsetjenester. I OECD-sammenheng er dette verken særskilt høyt eller særskilt lavt. Usikkerheten ved denne typen sammenlikninger kommer imidlertid tydelig fram om vi betrakter tilsvarende andel for 2022. Fra 2021 til 2022 faller nemlig andelen av BNP som er benyttet til helsetjenester i Norge, til 8,6 %. Nå har ikke utgiftene til helsetjenester falt fra 2021 til 2022. Årsaken finner vi i nevneren, altså BNP. En sterk økning i gasspriser i 2022 ga en betydelig økning i BNP. Til tross for at utgiftene til helsetjenester økte fra 2021 til 2022, gikk andelen dermed ned. I den norske økonomien vil svingninger i prisene på olje og gass kunne gi store svingninger i BNP. Et alternativ er derfor å se på helseutgifter som en andel av det vi kaller fastlands-BNP, altså uten inntekter fra olje og gass. Det reduserer «tilfeldige» svingninger, men bryter jo samtidig med tanken om at helse som andel av *samlet* verdiskaping sier noe om hvilke prioriteringer vi gjør i Norge. Igjen er lærdommen her at man skal være forsiktig med å trekke konklusjoner basert på enkle sammenlikninger.

Det er imidlertid også et spørsmål om utgifter til helsetjenester som andel av BNP er en god indikator på i hvilken grad et land prioriterer helsetjenester. Som individer fordeler vi inntekten vår mellom ulike grupper av varer og tjenester. Denne fordelingen avhenger både av hva vi liker (våre preferanser), av vår samlede inntekt og av (relative) priser. Ingen vil forvente at individer med lik inntekt ville fordele denne likt mellom ulike varer og tjenester. På samme måte er det ikke gitt i at det er bedre jo høyere andel av en nasjons verdiskapning som benyttes på helsetjenester. Ulike land vil ha ulike preferanser for bruk av fellesskapets ressurser, preferanser som er knyttet til både historiske og kulturelle forhold.

Norge er rikt land. Ville man dermed vente at vi også benyttet en større andel av inntekten til helsetjenester enn land med lavere inntektsnivå? Normalt vil en økning av inntekt føre med seg en økning av etterspørselen etter alle typer varer eller tjenester. Hvor stor etterspørselsøkningen vil være, vil imidlertid variere med hvilke typer varer eller tjenester det er snakk om. Om en husholdnings inntekt øker med 1 %, vil det neppe innebære at dens etterspørsel etter alle varer og tjenester øker med akkurat 1 %. For det vi kan kalle «nødvendighetsvarer», vil vi anta at etterspørselen relativt sett øker mindre enn inntektsøkningen. Det er bare så mye mat vi får i oss på en dag, og så mye energi som kreves for å varme opp hus eller leilighet. For det vi på samme måte kan kalle «luksusvarer», vil vi anta at etterspørselen øker relativt mer enn inntektsøkningen. Dette vil være varer eller tjenester vi i økende grad vil ta oss råd til når grunnleggende behovet er dekket.

Hva så med helsetjenester? Er disse et «nødvendighetsgode» eller et «luksusgode»? Svaret har implikasjoner for hvordan vi skal tolke forskjeller i andel av BNP som benyttes til helsetjenester. Om helsetjenester er et «nødvendighetsgode» vil vi, alt annet likt, forvente å se en høyere andel av BNP til helsetjenester hos land med lav inntekt. Det er en stor litteratur som har studert sammenhengen mellom nasjonalinntekt og utgifter til helsetjenester (19). Resultatene tyder på at sammenhengen både varierer over tid og mellom land. Det synes allikevel å være en konsensus om at en økning i nasjonalinntekten (BNP, alt annet likt, vanligvis ikke motsvares av en tilsvarende økning i utgiftene til helsetjenester. Den viktigste konklusjonen man kan trekke fra denne litteraturen, er allikevel at nasjonal kontekst har stor betydning både for nivå på og endring i utgiftsnivået. For befolkningen er det behovsdekningen som er det relevante, ikke hvor stor andel av BNP man må benytte for å oppnå det ønskede nivået på denne.

Oppsummering

Er internasjonale sammenlikninger nyttige? Svaret er «ja» med den begrunnelse at store avvik mellom Norge og land vi synes det er naturlig å sammenlikne oss med, kan bidra til å sette søkelyset på forhold som bør analyseres nærmere. Men svaret er også «nei» med den begrunnelse at enkle deskriptive sammenlikninger sjelden gir oss informasjon om hvordan de helsepolitiske virkemidlene bør utformes. I tillegg er det en reell fare for at partielle sammenlikninger gir et forenklet bilde av en kompleks virkelighet. Den bekymringen man kan ha for at overdreven tro på målstyring fører til at det bare er det som kan telles som teller, vil også kunne gjelde ved ukritisk bruk av deskriptive data i sammenlikning av land.

Den helsepolitiske debatten i Norge kjennetegnes ved en bred enighet om de grunnleggende prinsippene for tjenesten som vi beskrev over: Den er (i all hovedsak) finansiert gjennom skatter, hele befolkningen har (i all hovedsak) fri tilgang på tjenester, og det er (i all hovedsak) offentlig produksjon av tjenester. Andre land har, som vi også så over, valg andre tilnærminger. Det er allikevel vanskelig å få øye på krefter i Norge som argumenterer for en overgang til et system basert på sosial forsikring og nivådeling av rettigheter, avhengig av hvor god dekning forsikringen gir. Snarere synes bekymringen i Norge å være knyttet nettopp til muligheten for at vi er på vei mot en slik nivådeling, spissformulert gjennom frykten for et todelt helsevesen (20). I den grad debatten i Norge utfordrer noen hovedelementene i beskrivelsen av helsesystemer, må det være på omfanget av privat produksjon av tjenester. Dette har både kommet til uttrykk gjennom diskusjonene knyttet til fritt behandlingsvalg, organisering av fastlegene og muligheter for å regulere omfanget av private kommersielle aktører.

Ut over dette er debatten i Norge i stor grad knyttet til tre temaer: For det første, forholdet mellom politisk, administrativ og faglig styring. For det andre, balansen mellom sentralisering og desentralisering av tjenestetilbudet. For det tredje, bruk av markedssimulerende virkemidler, ofte omtalt som New Public Management. Noen av disse temaene er vanskelige å belyse gjennom internasjonale sammenlikninger. Særlig gjelder dette den norske strukturdebatten. Denne handler ikke om helsetjenesten alene, men om en mer generell utforming av distriktspolitikken i et land med en ganske så særegen geografi. Også når temaet er New Public Management, er det vanskelig å finne komparative empiriske studier som kan bidra til en forståelse av sammenhengen mellom virkemiddel og resultat. I en slik situasjon er det viktig at man forstår at sammenlikninger av tall på tvers av land sjelden gir sikre svar på de spørsmål man måtte ha. Først og fremst kan slike sammenlikninger være en hjelp til å stille bedre spørsmål og gi oss bedre

forståelse av hvor vi kan lete for å kanskje finne noen svar, gjennom godt designede analyser.

Litteratur

1. Meld. St. 34 (2015–2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste*.
2. World Health Organization (WHO). *Everybody's business – strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Genève: WHO, 2007.
3. OECD. *Financing and delivering health care*. Paris: OECD, 1987.
4. Wendt C, Frisina L, Rothgang H. Healthcare system types: a conceptual framework for comparison. *Social Policy and Administration* 2009; 43: 70–90. doi: 10.1111/j.1467-9515.2008.00647.x
5. Böhm K, Schmid A, Götze R et al. Five types of OECD healthcare systems: empirical results of a deductive classification. *Health Policy* 2013; 113: 258–269. doi: 10.1016/j.healthpol.2013.09.003.
6. Ferreira PL, Tavares AI, Quintal C et al. EU health systems classification: a new proposal from EURO-HEALTHY. *BMC Health Services Research* 2018; 18: 511. doi: 10.1186/s12913-018-3323-3
7. Reibling N, Ariaans M, Wendt C. Worlds of healthcare: a healthcare system typology of OECD countries. *Health Policy* 2019; 123: 611–620. doi: 10.1016/j.healthpol.2019.05.001.
8. Blank RH, Burau V, Kuhlmann E. *Comparative health policy*. London: Bloomsbury Publishing, 2017.
9. Magnussen J, Vrangbæk K, Saltman R. *Nordic Health Care Systems: Recent Reforms and Current Policy Challenges*. Maidenhead: McGraw-Hill Education, 2009.
10. Costa-Font J, Greer S, red. *Federalism and decentralization in European health and social care*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2013.
11. Giarelli G, Saks M, red. *National health services of Western Europe: challenges, reforms and future perspectives*. London: Routledge, 2023.
12. Heijink R, Engelfriet P, Rehnberg C et al. A window on geographic variation in health care: insights from EuroHOPE. *Health Economics* 2015; 24: 164–177.
13. OECD. *Health at a glance 2023: OECD indicators*. Paris: OECD Publishing, 2023. doi: 10.1787/19991312.
14. NOU 2023: 8. *Fellesskapets sykehus*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-8/id2967792/>
15. Klazinga N, Fischer C, Ten Asbroek A. Health services research related to performance indicators and benchmarking in Europe. *Journal of Health Services Research and Policy* 2011; 16: 38–47. doi: 10.1258/jhsrp.2011.011042.
16. OECD/Eurostat/WHO. *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*. Paris: OECD Publishing, 2017. doi: 10.1787/9789264270985-en
17. Lorenzoni L, Koechlin F. *International comparisons of health prices and volumes: new findings*. OECD, 2017. www.oecd.org/health/health-systems/International-Comparisons-of-Health-Prices-and-Volumes-New-Findings.pdf (besøkt 7.1.2024)

18. OECD. Health care prices – brief. OECD, 2020. www.oecd.org/health/health-systems/Health-Care-Prices-Brief-May-2020.pdf (7.1.2024)
19. Rana RH, Alam K, Gow J. Health expenditure and gross domestic product: causality analysis by income level. *International Journal of Health Economic and Management* 2020; 20: 55–77. doi: 10.1007/s10754-019-09270-1
20. Johannessen LB. Er vi på full fart mot et todelt helsevesen? *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2017; 137: 766–767.

Jon Magnussen

jon.magnussen@ntnu.no

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Postboks 8905

7491 Trondheim

Jon Magnussen er professor i helseøkonomi og prodekan ved Fakultet for medisin og helsevitenskap ved NTNU. Han har ledet flere offentlige utvalg, inkludert Fellesskapets sykehus. Styring, finansiering, samhandling og ledelse (NOU 2023: 8).

Kan Norge finne veien til forsvarlig sparsommelighet i helsetjenesten?

Michael 2024; 21: 92–99
doi:10.5617/michael.10955

Det er alminnelig erkjent at det er overforbruk av diagnostikk og behandling i helsetjenesten, samtidig som omsorgstjenesten er utilstrekkelig. Jeg mener at skjevfordelingen har flere årsaker. Grunnleggende er opplevelsen av rikdom, som ikke inviterer til sparsommelighet. Vitenskapen har skapt en illusjon om mulighet for kontroll bare man benytter tilgjengelig teknologi. Noen norske filosofer bygger opp under dette ved å kjempe for uetisk teknologiutnyttelse. Overforbruket støttes av en nærmest religiøs tro på prinsippet om respekt for autonomi foran rettferdighetsprinsippet. Man undervurderer verdien av kontekst og relasjoner både for autonom kapasitet og sykdomsforståelse. Det slår inn i helsetjenesten der sunn dømmekraft ivaretas i mindre grad enn det å følge retningslinjer og kvalitetsprotokoller. Samtidig tillater legens autonomi illojalitet mot myndighetenes prioriteringer og bidrar til konsumerisme.

Befolkningen i «verdens rikeste land» oppfører seg som hoffet i Versailles, og vi ser det ikke selv. Til tross for nedgangstider der en del medborgere sliter med regninger og står i matkø, har de fleste åpenbart mye å gå på. Reisebyråene er travle, god mat og hyppige restaurantbesøk er hverdagskost, og det er tilsynelatende ingen grenser for hvor mye underholdning som skal produseres på digitale flater. Vi har altså mye tid, grei økonomi og lav forståelse for at vi i den rike verden må redusere forbruket vårt. Da er det ikke merkelig at en nesten gratis helsetjeneste kneler, og det er naturlig å ville stenge dørene for migranter og be dem spise kake der de befinner seg. For over 50 år siden beskrev Julian Tudor Hart (1927–2018) hvordan de som har størst behov, får minst hjelp (1), og det var i et karrigere samfunn. Rikdom er kanskje den viktigste barrieren mot å oppnå forsvarlig sparsommelighet, men det er mange flere.

Illusjonen om kontroll

Over selve livet svever usikkerheten, i utgangspunktet en gave; muligheten for å le av en overraskelse, tilfeldig møte kjærligheten, stadig spennende endringer som viser at man *lever*. Men usikkerheten kan like gjerne være knyttet til faren for å miste jobben, tap av funksjon eller eiendeler, skjør økonomi, og det vil for de fleste utløse utrygghet. Der usikkerheten er et berikende element ved det å leve, er utryggheten dens negative affektive korrelat. Usikkerhet og utrygghet treffer også legene selv, særlig tidlig i legelivet (2). Dessverre er en av de vanligste metodene for å håndtere dette å rekvirere flere undersøkelser eller behandle for sikkerhets skyld, enten det er for å skape trygghet for seg selv eller for pasienten. I en omfattende artikkel viser ingeniøren og medisineren Bjørn Hofmann hvordan imperativer som for eksempel handlingsimperativet og kunnskapsimperativet bidrar til at helsetjenesten, som i prinsippet er rasjonelt begrunnet, ikke *implementeres* rasjonelt (3). Han beskriver også affektive biasmekanismer, blant annet effekten av identifisering (for menn PSA, for kvinner mammografi) og positiv forventning (overestimering av gevinst, underestimering av risiko), og kognitive biasmekanismer, som status quo-effekten (ikke ønske endring) og viktighetseffekten (én dominerende faktor får andre potensielt viktige faktorer til å bli undervurdert eller lagt til side).

De som driver seriøst med vitenskap, vet at usikkerhet ikke kan elimineres. Den kan i beste fall beskrives som *sannsynlighet* med smalt konfidensintervall. Mer vanlig er det at usikkerheten er *tvetydig* – det vil si at det foreligger studier av samme fenomen som peker i motstridende retninger, eller *kompleks* – det at mange forskjellige faktorer spiller inn både på gruppe- og individnivå, og skaper tvil hos legen (4). Dette er vanskelig. Fremtredende klinikere argumenterer for at myndighetene må stole på klinikerens vurderinger, og derfor tillate godkjenning av terapivalg for sjeldne tilstander selv om usikkerheten er stor fordi det er vanskelig å skaffe solide data ved få observasjoner (5). På den forebyggende siden har folket vent seg til screeningundersøkelser – velment aktivitet med usikker, antakelig marginal effekt (6). Det folk flest oppfatter er at vitenskapen har klare svar og lovende muligheter. Helsejournalister på klikkjakt underspiller helst usikkerheten, og stolte forskere kan lett la seg rive med i begeistring over lovende funn (7). Nettsteder som tilbyr allehånde remedier for ethvert problem, sprer seg lynraskt i informasjonsverdenen, de er over alt og lette å finne (8). Vente og se, en sentral og viktig behandlingsmetode, er på sotteseng. Ja, selv om pasienten forstår, så godtar han ikke, har ikke tid til å vente, det er så mye som skal være gjort, og som krever at man er helt frisk. Befolkningen har oppfattet en kollektiv idé om at vi kan skaffe oss kontroll på alt (9), enten

det er ras på vestlandsveier eller kvaliteten på kommende barn. Sistnevnte eksempel har ført til at det nå foreslås endringer i bioteknologiloven som avgrenser preimplantasjonsdiagnostikk til definerte spesialinstitusjoner, og samtidig forbud mot genetisk testing av barn utenfor helsetjenesten, begge deler for å forhindre at norske blivende foreldre gjennomfører tester privat, enten i Norge eller i utlandet (10).

Kontrollsamfunnet øker kostnadene, ikke bare gjennom smartklokke-teknologien som kan overvåke oksygenmetningen i blodet fortløpende. De rike går naturligvis foran med en rekke ekstreme metoder for å leve lengst mulig (11). Kontrollbehovet spiller seg også ut inne i helsetjenesten. Der trenes legene med retningslinjer og kvalitetsprotokoller, og med frykten for å gjøre feil hengende over hodet, overproduseres ikke helse, men dokumentasjon. Myndighetene har innført et system for spesialistutdanning som legger stor vekt på betydningen av supervisjon og veiledning, men tror tilsynelatende at det er nok med regler, og overlater til helseforetakene å finne ressurser til dette (12).

Dokumentasjonsmulighetene har mange steder ført til færre møtearenaer for læring gjennom samtaler med erfarne kolleger. Man har innført stille vaktrapporter for ikke å kaste tiden bort på samtaler. Istedenfor går mer tid med til å orientere seg i journalene. I en studie fra USA, som omfattet ca. 100 millioner pasientmøter og 155 000 leger, fant man at legene i gjennomsnitt brukte journalsystemet over 16 minutter per møte, der det å lese journalen krevde 33 % og dokumentasjon 24 % av tiden (13).

Kontrollbehovet har spesielt god grobunn i akademiet, der man kan fundere uforstyrret. Norske filosofer forfekter at det ikke er noe galt ved å forlenge menneskenes liv langt utover det genene våre legger opp til. Aksel Braanen Sterri er sitert slik i Aftenposten: «Ja, det å jobbe for å kurere aldring er transhumanistisk. Men det er også bare sunn fornuft. Aldring gjør oss syke, og det bør det være et mål for legevitenskapen å forhindre» (14). I motsatt ende av livet argumenterer filosofen Ole Martin Moen for at kvinner bør insemineres med intelligente menns sæd. Begrunnelsen er at intelligente ofte er mindre voldelige, så da blir verden et bedre sted (15). Dette er ekstremer som bærer bud om hva vi har i vente.

Med andre ord: alle krefter trekker i retning av mer av alt, om nødvendig gjennom private tilbud som gresser på en grønn eng av forventninger og rettigheter. Men skal ikke folk få bruke pengene sine til hva de vil, da?

Autonomi som liturgi

Og da er vi ved den hellige gral i Vesten – respekten for individets autonomi, nedfelt i Verdenserklæringen om menneskerettigheter, § 1 – «Alle men-

nesker er født frie...» og § 3 – «Enhver har rett til liv, frihet...», og som en av de fire grunnprinsippene i etiske regler for leger. Det er mitt inntrykk at dette grunnprinsippet har klar forrang for det fjerde prinsippet om rettferdighet. Jeg vil hevde at den liturgiske bruken av autonomiordet skyldes relativ rikdom. Disse vakre prinsippene er utformet av mennesker som disponerte så mye mer enn akkurat nok til å overleve, at de hadde overskudd til å verdsette autonomi.

Men mennesket er ikke født fritt. Det er født bundet, av sine foreldre, av sine oppvekstvilkår, av det det lærer underveis, av de genene det ble utstyrt med, av behovet for tilhørighet. De amerikanske psykologene Ryan & Deci har utviklet en metateori, en syntetisk oppsummering av psykologiske teorier. I den beskriver de hva som skal til for at mennesker trives og har det godt, og de har kalt den selvbestemmelsesteorien (16). De trekker frem at man må både føle seg selvstendig og høre til. Dette er formulert av feministiske filosofer som «relasjonell autonomi» (17). I 2015 ledet jeg en workshop i Köln om samvalg. Der spurte jeg forsamlingen, en spennende miks av klinikere, etikere, jurister, andre fagfolk og pasientrepresentanter, om sammenhengen mellom tillit og autonomi. En kvinne som hadde vært stille lenge, tok ordet mot slutten: «Jeg føler meg mer autonom når jeg er støttet av andre.» Den setningen har jeg aldri glemt. Vi snakker om essensen av det å være menneske. Men autonomiliturgien har ført til tap av dette tilsynelatende motsetningsfylte perspektivet. La oss se nærmere på hvordan det slår inn i helsetjenesten. Da må vi først erkjenne helsetjenestens rolle nå til dags.

Naturvitenskapens kirke

I det sekulære Norge er sykehuset blitt kirken i den naturvitenskapelige religionen, stedet man søker til, som alltid har åpne dører, trøst og håp å tilby. Med operasjonsstua som alter, MR-bilder som altertavle og en prekestol der nye håp formidles straks en ambisiøs forsker har oppdaget noe et sted i verden.

Denne «kirken» har enorm innflytelse. Folk *tror* på den, og det ser ikke ut til at troen svekkes av utdanning. Jeg har ikke tall på hvor ofte jeg har hørt sagt «fastlegen min er veldig dyktig, han henviser meg alltid raskt til spesialist». Den store forskjellen fra gamlekirken er at der var håpet plassert i det hinsidige, mens i sykehusene lyser håpet her på jorda. En annen vesentlig forskjell er at vitenskapskirken skaper nye håp hele tiden. I dag er det vanlig at barn overlever kreft, det samme gjelder mange voksne, infertilitet kan ofte avhjelpes, ikke minst kan man oppdage kreft i tide bare man undersøker nok. Har man uforklarlige brystmerter, normalt EKG og troponiner,

så mangler det ikke på nødvendige tilleggsundersøkelser. Da ligger pasientene gjerne på observasjonspost, og der finner jeg dem til gruppeundervisning med studenter. Jeg er ikke kliniker lenger, bare en avdanket fastlege, men det er likevel artig iblant å oppleve effekten av å spørre pasienten om livet ellers. Til studentenes forbauselse kan brystsmertene forsvinne der og da, ofte etter forløsende gråt. En fastlege kan bygge tillit til sin dømmekraft over tid, det vil spare tid i samtalen og har også god effekt på helsen (18). Det blir bedre og billigere behandling av å se mennesket i sin sammenheng, noe som er grundig dokumentert (19). Utfordringen er altså at det å jobbe nær alteret hele tiden gjør at man tror det er der frelsen ligger. Til tross for iherdig innsats av gode kolleger, ser det ikke ut til at en så viktig kampanje som «Gjør kloke valg!» har vind i seilene ennå (20). Kanskje må vårt naturvitenskapelige fag inkludere trening i dømmekraft?

Dømmekraft, samvalg og illojalitet

Det tar tid å oppøve god dømmekraft, og man kan ikke lese seg til den. Dømmekraft er erfaringsbasert, nedfelt i kroppen gjennom års arbeid og situert, tilpasset det miljøet man befinner seg i, og de verktøy man har til rådighet. Derfor vil fastlegen, fysioterapeuten og ortopedene kunne ha ulike synspunkter på hva som bør gjøres med slitasjegikten til én og samme person. Det riktige svaret befinner seg ofte ikke i en vitenskapelig artikkel. Det er godt for en yrkesutøver å kjenne på god dømmekraft, det er intellektuelt inspirerende å stå overfor krevende avveininger og komme frem til beslutninger i samråd med den som ber om hjelp.

Vi trenger leger med god dømmekraft. Dømmekraften må ha et sunt, klinisk grunnlag, men den kan ikke være uten hensyn til det etiske prinsipp om rettferdighet. Og det er her slaget står, er jeg redd. Det er ikke legenes skyld, de lever som alle andre individer i Vesten i et autonomidyrkende samfunn. Til overmål er legene som gruppe vellykkede, de har skaffet seg en av samfunnets mest etterspurte posisjoner, med de iboende privilegier som følger. Mange kjenner ingen plikt til å arbeide i offentlig helsevesen. Når arbeidsforholdene er i forverring, lokker privat virksomhet, og det er forståelig.

Men den dømmekraften som oppøves i privat virksomhet, er ikke den samme som oppøves i offentlig virksomhet. Det skal stor moralsk styrke til å forbli upåvirket av hensynet til det økonomiske resultatet. Jeg vet det fordi jeg har prøvd og feilet. Jeg har rekvirert flere prøver enn strengt nødvendig fordi vi hadde analyseapparat som måtte utnyttes. Trolig påvirker bunnløsheten hvor hurtig man jobber, og idealet om samvalg med pasientene vil kunne oppleves både som hemsko og mulighet.

Samvalg er nedfelt i pasient- og brukerrettighetslovens § 3 (som involvering i beslutninger om diagnostikk og behandling). Baktenforliggende ideologi er respekt for pasientens autonomi. Til tross for aktiv innsats for at dette skal bli en selvfølge i lege-pasientsamtaler, er samvalg fortsatt uvanlig (21). Noe av forklaringen er at det skapes uklarhet om hvem som eier beslutningen, blant annet ved at legen (med de beste intensjoner) bruker ulike samtaleverktøy for at pasienten skal velge det legen mener er best (22, 23). Filosofen Anniken Fleisje legger vekt på at graden det utøves kontroll på i en samtale, kan beskrives på en skala fra ikke-kontrollerende (informere), via anbefale, overbevise, overtale og manipulere til kontrollerende (true, tvinge) (24). Men mange ønsker ikke å ta del i beslutninger de ikke føler seg kompetente til (25), godt beskrevet av sosiologen Alison Pilnick (26). Poenget er at beslutninger i en samtale følger av samtals dynamikk, og bygger på det partene bringer inn i samtalen, men uten at det nødvendigvis er en klar linje fra såkalt evidensbasert kunnskap til beslutningen. I denne prosessen spiller utenforliggende hensyn inn, der for eksempel retningslinjer, faglige eller politiske, tolkes relativt fritt i autonomiens ånd. Her kan altså den dømmekraften som er så vesentlig for god klinisk praksis, underdekke av autonomiliturgien (enten det er den profesjonelles eller pasientens), bidra til å bryte ned kvaliteten på den offentlige helsetjenesten. Det er etter mitt skjønn illojalt. Konsumerismen tar over.

Konklusjon

I vitenskapskirken er få sannheter skrevet i stein. Men sammendraget i Julian Tudor Harts artikkel *the Inverse Care Law* (1) står seg dessverre godt ennå. Det fortjener å siteres i sin helhet:

“The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served. This inverse care law operates more completely where medical care is most exposed to market forces, and less so where such exposure is reduced. The market distribution of medical care is a primitive and historically outdated social form, and any return to it would further exaggerate the maldistribution of medical resources.”

Tudor Hart siktet til det alle kan se, hvis de vil se: Dess mer makt du tilegner deg på din vei gjennom livet, dess mer synes du at du fortjener. Har du penger, må du kunne få kjøpe. Har du kunnskap, må du kunne få selge. Derfor er ikke respekt for autonomi likestilt med retten til rettferdighet, det er nemlig de med makt som prioriterer. Og nå som stadig flere av oss blir eldre, kan de mektige kanskje bli enda mektigere? Da skal det bli interessant å se om det vil føre til krav om utvidet tilgang til diagnostikk i alderdommen fordi de har større risiko for sykdom, eller om de vil innse at det

kommer en tid da man skal være glad om man «bare» får omsorg i livets siste fase. Forsvarlig sparsommelighet er en utopi, derfor min dystopi.

Litteratur

1. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971; [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(71\)92410-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(71)92410-X)
2. Ofstad EH, Asdal K, Nightingale B et al. LIS1-leger og medisinsk usikkerhet – en kvalitativ studie. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2023, 143: doi: 10.4045/tids-skr.22.0428
3. Hofmann B. Biases and imperatives in handling medical technology. *Health Policy and Technology* 2019; 8: 377-385.
4. Han PKJ. *Uncertainty in Medicine – a framework for tolerance*. Oxford: Oxford University Press, 2021.
5. Aukrust Ø. Legemiddelverket må tillate mer usikkerhet i metodevurderinger. *Dagens Medisin*, 14.12.2023.
6. Bretthauer M, Wieszczy P, Løberg M et al. Estimated life-time gain with cancer screening tests. A meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA Internal Medicine* 2023; 183: 1196–1203.
7. Simonsen MCA. Vaksinstudier på AML presentert på ASH: Oppsiktsvekkende gode resultater. *Dagens Medisin*, 14.12.2023.
8. Breivik J. *Making Sense of Cancer. From its evolutionary origin to its societal impact and the ultimate solution*. Austin, TX: River Grove Books, 2023, 149–174.
9. Fugelli P. *0-visjonen. Essays om helse og frihet*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
10. Helse- og omsorgsdepartementet. Høringsnotat. Forslag til endringer i bioteknologiloven (vilkår for preimplantasjonsdiagnostikk (PGD) og forbud mot genetisk testing av barn utenfor helsetjenesten. *Utkast til høringsnotat om endringer i bioteknologiloven (regjeringen.no) (lest 14.12.2023).
11. Kaspersen L. Jakten på evig ungdom i den kunstige intelligensens tidsalder. *Magasinet D2 (Dagens Næringsliv)* 15.12.2023: 10–22.
12. Gulbrandsen P. Helseministeren svikter legespesialistutdanningen. Kronikk. *Aftenposten* 5.11.2020. <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/Blinnng/helseministeren-svikter-legespesialistutdanningen>
13. Overhage M, McCallie D jr. Physician time spent using the electronic health record during outpatient encounters. *Annals of Internal Medicine* 2020; 172: 169-174.
14. Bjørkeng PK. Blir kunstig intelligens vår nye Gud? *Aftenposten*, 16.7.2023. [Blir kunstig intelligens vår nye Gud? \(aftenposten.no\)](http://aftenposten.no)
15. Moen OM. Bright new world. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2016; 25: 282-287.
16. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist* 2000; 55, 68–78.
17. Mackenzie C. *The importance of relational autonomy and capabilities for an ethics of vulnerability*. I: Mackenzie C, Rogers W, Dodds S. red. *Vulnerability. New essays in ethics and feminist philosophy*. Oxford: Oxford University Press, 2014.

18. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J et al. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *British Journal of General Practice* 2022; 72: e84-e90. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>
19. Weiner S, Schwartz A. *Listening for what matters. Avoiding contextual errors in healthcare*. Oxford: Oxford University Press, 2016.
20. Størdal K, Hjörleifsson S. Fem år med Gjør kloke valg – hjelper det? *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0627
21. Joseph-Williams N, Lloyd A, Edwards A et al. Implementing shared decision making in the NHS: lessons from the MAGIC programme. *BMJ* 2017; 357: j 1744.
22. Landmark AMD, Gulbrandsen P, Svennevig J. Whose decision? Negotiating deontic rights and responsibilities in medical treatment decisions. *Journal of Pragmatics* 2015; 78: 54–69.
23. Landmark AMD, Svennevig J, Gulbrandsen P. Negotiating treatment preferences: Physicians' formulations of patients' stance. *Social Science & Medicine* 2016; 149: 26–36.
24. Fleisje A. Paternalistic persuasion: are doctors paternalistic when persuading patients, and how does persuasion differ from convincing and recommending? *Medicine, Health Care and Philosophy* 2023; 26: 257–269.
25. Gulbrandsen P, Clayman ML, Beach MC et al. Shared decision-making as an existential journey: aiming for restored autonomous capacity. *Patient Education Counseling* 2016; 99: 1505–1510.
26. Pilnick A. *Reconsidering Patient-Centred Care: Between Autonomy and Abandonment*. Bingley, UK: Emerald Publishing, 2022.

Pål Gulbrandsen

pal.gulbrandsen@medisin.uio.no

Universitetet i Oslo og Akershus universitetssykehus

Avdeling for helsetjenesteforskning

Postboks 1000

1478 Nordbyhagen

Pål Gulbrandsen (f. 1955) er professor i helsetjenesteforskning, og spesialist i allmenntillegmedisin og samfunnsmedisin. De siste 20 årene har han i hovedsak forsket på klinisk kommunikasjon og undervist i veiledning, supervisjon og vurdering med kommunikasjon som verktøy.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Hvordan burde den norske vaksinestrategien mot covid-19 sett ut?

Michael 2024; 21: 100–116

doi:10.5617/michael.10956

I januar 2020 erklærte Verdens helseorganisasjon (WHO) koronapandemien som en internasjonal helsekrise. I februar 2020 ble det første tilfellet av covid-19 påvist i Norge. Høsten 2020 etablerte Folkehelseinstituttet (FHI) en ekspertgruppe som skulle gi råd om prioriterte grupper for koronavaksinasjon i Norge. Denne artikkelen peker på styrker og svakheter ved ekspertgruppens anbefalinger. Forfatteren vurderer at det var rimelige grunner til å gi risikogrupperne vaksine først, selv om dette ikke medførte raskere gjenåpning, men kritiserer gruppen for bruk av «tapte liv» fremfor «tapte leveår» som effektmål. Forfatteren mener at helsepersonell burde gått foran risikogrupperne i vaksinekøen, fordi denne gruppen var avgjørende for kapasiteten i helsevesenet. Videre mener hun at ekspertgruppen ikke tok tilstrekkelig hensyn til at geografiske ulikheter i smittetrykk hadde betydning for risikoen. Men etter hennes syn var det riktig å ikke anbefale prioritering av enkelte sosioøkonomiske grupper, men heller å legge energi i å gi alle riktig prioritering ut fra medisinske risikofaktorer.

Den 30. januar 2020 erklærte Verdens helseorganisasjon (WHO) koronapandemien som en internasjonal helsekrise. Det tok om lag ett år før den første vaksinen mot covid-19 var tilgjengelig, etter at to millioner mennesker hadde mistet livet på verdensbasis (1). Covid-19 ble vurdert til å være langt mer farlig enn sesonginfluensa, også for yngre og middelaldrende mennesker (2). I tillegg fryktet man at mange ville dø som følge av et overbelastet helsevesen (3). Både her hjemme og ute i verden ble viruset holdt i sjakk med strenge smitteverntiltak frem til vaksinene forelå. Den første vaksineleveransen kom til Norge i desember 2020. På grunn av den alvorlige krisen og mangelen på vaksiner var det regjeringen som vedtok det endelige vaksinasjonsprogrammet mot covid-19. Folkehelseinstituttets (FHI)

rolle var å gi råd til regjeringen om prioritering av ulike grupper og å gjennomføre vaksinasjonsprogrammet.

Ideelt sett skulle alle som kunne hatt nytte av vaksinen, og som ønsket å ta den, fått tilbud om første dose allerede ved årsskiftet 2020/2021. Dette lot seg ikke gjøre fordi etterspørselen var større enn tilgangen på vaksiner, og man måtte prioritere hvilke grupper som skulle få tilgang til vaksine først. Prioritering handler ikke kun om å velge vekk formålsløs behandling, men om å utsette eller unnlate å gi nyttig behandling til en person fordi en annen person får forrang (4). FHI oppnevnte en ekspertgruppe i etikk og prioritering for å belyse etiske problemstillinger knyttet til prioritering av koronavaksiner. Gruppens vurderinger og råd ble brukt som ett av flere innspill da FHI utarbeidet sine anbefalinger til regjeringen. Strategien ble endret og justert flere ganger etter hvert som pandemisituasjonen, vaksine-tilgangen og kunnskapsgrunnlaget endret seg. En fellesnevner for mange av vaksinestrategiene som ble utarbeidet verden rundt, inkludert den fra ekspertgruppen ved FHI, var at risikogrupper og helsepersonell ble høyt prioritert. Det var flere fagpersoner som kritiserte denne prioriteringen for å være uetisk (5), for å vektlegge feil mål (6) og for å basere seg på dårlig etisk skjønn (7). Hensikten med denne artikkelen er å vurdere de etiske rådene som ekspertgruppen kom med 15. november 2020: Burde man ut fra daværende kunnskap gitt andre råd?

Jeg har vurdert hvordan ekspertgruppens råd står seg mot innvendinger fra andre forfattere og kritikere samt Koronakommisjonens konklusjoner og det gjeldende planverket for pandemihåndtering. Videre har jeg sett på alternative måter anbefalingene kunne vært utformet på, ved å sammenlikne med strategier fra andre land. Jeg har gjort søk på Retriever for å finne relevante synspunkter fra den offentlige debatten i Norge og et ikke-systematisk søk i og Google Scholar og Pubmed for å identifisere faglitteratur om etikk og prioriteringer i forbindelse med vaksinestrategier. Jeg har særlig dratt nytte av den anerkjente amerikanske bioetikeren Rosamond Rhodes (5). Det finnes en begrenset internasjonal etikkfaglig litteratur som kritiserer vaksinerekkefølgen som Norge og andre vestlige land la seg på, og i denne diskusjonen er Rhodes den tydeligste og skarpeste kritikeren. Det er derfor spesielt interessant å vurdere om rådene fra den norske ekspertgruppen står seg mot Rhodes sin kritikk. Steinar Holden og Svenn-Erik Mamelund var viktige stemmer i norsk pandemidebatt, og deres argumenter og kritikk gjengis og vurderes.

Hvordan gjøre vaksineprioriteringer?

Ekspertgruppen startet prioriteringsprosessen med å definere verdier som skulle legges til grunn for rådene: Likeverd, velferd, likhet, tillit og legitimitet. Gruppen mente at formålet med verdiene var å fremme åpne og rettferdige prioriteringer, samtidig som de ønsket å unngå prioriteringer på bakgrunn av irrelevante, urettferdige, skjulte eller vilkårlige hensyn. Ideen var at klare og tydelige verdier ville understøtte prioriteringene, og gi tillit hos befolkningen (3).

Denne verdibaserte tilnærmingen har vi også sett tidligere, blant annet i Lønning-utvalgene som la grunnlaget for prioriteringer helsevesenet med utgangspunkt i verdiene likhet, frihet og rettferdighet (8, 9). Å gjøre konkrete prioriteringer i lys av slike verdier kan være en utfordrende oppgave. Det er heller ikke sikkert at prioriteringene ville sett annerledes ut, dersom de ikke var fundert på verdier. Mange land benyttet seg av en verdibasert tilnærming for å fordele koronavaksinene, men hvilke verdier som ble brukt, varierte en del fra land til land. Likevel endte de fleste opp med en strategi som prioriterte helsepersonell og risikogrupper.

Rhodes kritiserte verdibaserte strategier for å lede til feil mål. Hun hevdet at selv om ulike verdier kunne lede til samme handling, var det også tilfeller hvor verdiene pekte i sprikende retninger. Risikoen var at:

«[Those] who commit multiple principles at once fault decisions that violate one or another principle as being unjust even when the choice reflects better moral reasons than other options.» (5).

Poenget hennes var at uansett hvor moralsk riktig en beslutning er, vil den sannsynligvis også ha uønskede konsekvenser. Rhodes argumenterte for en prosess hvor man startet med å identifisere mer pragmatiske faktorer som kunne veilede rettferdige fordelinger, snarere enn å ta utgangspunkt i verdier. Et eksempel på en slik faktor var hvor oppnåelig målet om å opprettholde isolasjon var for enkelte grupper. Samtidig hevdet Rhodes at gode verdier ikke ble glemt, selv om de heller ikke ble nevnt konkret (5).

Et av ekspertgruppens argumenter for å bruke verdier var at de kunne ha en veiledende rolle når man skulle veie nytten for individet opp mot nytten for samfunnet (3). Personer i risikogruppene hadde mest å tjene på å vaksinere seg. Personer utenfor risikogruppene hadde derimot lavere egen nytte, men samme risiko for å oppleve bivirkninger. Et eksempel på nytte på samfunnsnivå er at vaksinasjon av yngre kunne gi lavere sykefravær og beskytte mot at yngre ble arbeidsuføre, som følge av ettervirkninger av infeksjonen. På grunn av samfunnsnyttens tillater vi ofte lavere individuell nytteverdi av vaksinasjon. Samtidig er det viktig å ha ikke-skade-prinsippet

i bakhodet. Ofte harmonerer individ- og samfunnsperspektivet, men ikke alltid. Ekspertgruppen argumenterte derfor for at verdier som styrer prioriteringene, var desto viktigere (3). Videre fremhevet den bruken av verdier for å skape tillit til strategien og beslutningstakerne. I Norge har vi generelt høy tillit både til myndighetene og til hverandre, men det er ikke noe vi skal ta for gitt. Tillit ville være avgjørende for å oppnå høy oppslutning om koronavaksinen og en effektiv håndtering av pandemien. En god og rettferdig prosess var viktig både for å skape tillit og for å unngå at kun de som ropte høyest, ble hørt.

Det var neppe tilfeldig at FHI satte sammen en ekspertgruppe for å anbefale en vaksinerrekkefølge. Det synliggjorde at myndighetene tok rettferdig prioritering på alvor. Samtidig sendte det også et signal til folket om at vaksinen var et «knappt gode», som ikke alle kunne få med en gang. Da folk ble oppmerksom på dette, kom det flere som ville frem i vaksinekøen. Det førte til en debatt rundt prioriteringene og sørget for at flere grupper tok til orde for hvorfor akkurat de burde bli prioritert.

Var det riktig å vaksinere de mest sårbare først?

Ekspertgruppens vaksinestrategi siktet mot fem mål i prioritert rekkefølge: 1) redusere risiko for død, 2) redusere risiko for alvorlig sykdom, 3) opprettholde essensielle tjenester og kritisk infrastruktur, 4) beskytte sysselsettingen og økonomien, og 5) gjenåpne samfunnet. Sammen med de fire verdiene og gjeldende kunnskap var dette bakgrunnen for at man foreslo følgende prioriteringsrekkefølge: I. helsepersonell, II. risikogrupper og III. kritiske samfunnsfunksjoner i et scenario med utbredt smitte, og I. risikogrupper og II. helsepersonell i et scenario med begrenset smitte (3). Ekspertgruppen valgte altså å anbefale vaksinering av de mest sårbare individene i den tro at dette var strategien som i størst grad ville oppfylle målene. Tilsvarende prioritering ble gjort blant annet i USA (10), Storbritannia (11), Sverige (12), Nederland (13) og Tyskland (14).

Denne tilnærmingen ble kritisert for å være basert på en antagelse om at prioritering av eldre og sårbare var riktig og rettferdig. Rhodes (5) hevdet derimot at det var uetisk å vaksinere de eldste først. Hun mente for det første at å hindre spredningen av viruset hastet såpass mye at det rettferdiggjorde prioritering av dem som sto for spredningen, fremfor de sårbare. Dette ville, ifølge henne, være i alles interesse på lang sikt da det ville hindre at viruset spredte seg og muterte. For det andre mente hun at politikerne ignorerte den ubehagelige sannheten om at byrdene og skadene fra covid-19 må veies opp mot hverandre, fordi vi ikke kan unngå alle konsekvensene. Her pekte hun på at også yngre personer kan dø av viruset, og at en del

opplever langvarige symptomer etter infeksjonen. Hun poengterte at tap av flere tiår av et liv var verre enn å miste noen måneder eller år. Rhodes mente også at de sårbare gruppene var enklest å isolere, og de kunne dermed beskyttes fra viruset på denne måten. Fase-3-studiene av vaksinene var gjort med reduksjon i alvorlig sykdomsforløp og død som effektmål (15), og det var ikke dokumentert at vaksinene hadde effekt på smittespredning. Man kan også stille spørsmål ved om effekt av vaksinen hos de aller eldste og personer med svekket immunsystem var godt nok dokumentert.

Forutsatt at den beste måten å beskytte sårbare personer på var å vaksinere dem, var det da riktig å vaksinere de eldste foran de nest eldste? Maria Berg Reinertsen spurte «hvorfør skal oldemor få vaksine før bestemor?». Hun hevdet at vi ellers i helsevesenet ikke ville prioritert livsforlengelse for de eldste. Blant annet stilte hun seg spørrende til vaksinasjon av personer hvor man har besluttet at de ikke skal gjenopplives (såkalt «HLR-minus») (16). Her fikk hun støtte av Andreas Stensvold, avdelingsjef ved kreftavdelingen ved Sykehuset Østfold, som talte for å nedprioritere pasienter med kort forventet levetid (17). Ofte er det ansett som riktig å prioritere personer med lengre forventet levetid, foran personer med kortere forventet levetid i situasjoner hvor man ikke kan redde begge (18). Det er også vanlig å redde den personen som har høyest sannsynlighet for å overleve, dersom man kun har ressurser til å behandle den ene (19, 20). Dette er situasjoner man kan komme ut for på intensivavdelinger eller på ulykkessteder. Begge disse poengene taler for å prioritere de nest eldste over de eldste.

Når andre faktorer er like, vil mange mene at det er viktigere å avverge dødsfall hos unge enn hos eldre. Dette peker i retning av å velge tapte leveår som effektmål (21). Både prioriteringsmeldingen (22) og regjeringens strategi for koronapandemien (23) fremhevet tapte leveår som mål på sykdomsbyrden. Likevel valgte ekspertgruppen å bruke tapte liv (3). Risikoen for alvorlig sykdom og død på grunn av covid-19 var mye høyere hos de eldste i befolkningen. Denne aldersavhengige forskjellen fikk gruppen til å anta at valget av liv fremfor leveår ikke ville utgjøre en vesentlig forskjell for nytten som ble produsert av vaksinestrategien (21). Ole Frithjof Norheim, som var medlem av gruppen, illustrerte dette ved å lage et regnestykke ved hjelp av tall fra FHI og Statistisk sentralbyrå (SSB). Regnestykket viste at vaksinasjon av fem tusen 40-åringer ville spart 40 leveår, mens vaksinasjon av et tilsvarende antall 80-åringer ville spart 2000 leveår (24). Ekspertgruppen hevdet at prioritering av eldre ikke ville utgjøre noen vesentlig forskjell i sparte leveår, men ut fra Norheims eget eksempel ville prioritering av eldre spare flest leveår. I ettertid var regnestykket et godt argument for å prioritere

eldre over yngre, men det kunne ikke begrunne valget av antall liv fremfor antall leveår som effektmål, slik Norheim hevdet.

Ekspertgruppen brukte også solidaritet og likeverd til å begrunne valget om antall liv fremfor antall leveår. Reidun Førde, som var med i gruppen, sa på Dagsrevyen at «et liv er et liv» og fortsatte: «Vi vurderer ikke en risikopasient ut fra alder.» (25). Som tidligere nevnt, stemmer ikke dette alltid. Selv om alle liv er like mye verdt, vil mange anse et dødsfall hos en 25-åring for å være verre enn et dødsfall hos en 85-åring, hovedsakelig fordi 25-åringen vil bli fratatt en langt større del av livet enn 85-åringen. Likevel fikk Førde mange positive reaksjoner blant annet fra eldre som hadde opplevd at de var en belastning i denne situasjonen (25). Helsedirektoratet foreslo derimot tidlig i koronapandemien en aldersgrense for behandling. Dette ble sterkt kritisert fra flere hold, blant annet av daværende helse- og omsorgsminister Bent Høie: «Alder vil ikke være et selvstendig kriterium for prioritering i Norge, det har det ikke vært, og det skal det heller ikke bli.» (26).

Høsten 2020 var det stor usikkerhet rundt vaksinens effekt på smittespredning, men det var godt dokumentert at vaksinene beskyttet mot alvorlige sykdomsforløp. Prioritering av yngre ville imidlertid være langt mer avhengig av et optimalt resultat for at det skulle fremstå som fornuftig og rettferdig. Vaksinasjon av de eldste og sårbare ville derimot oppleves som rettferdig fordi det av mange ble ansett som rettferdig å prioritere de med det dårligste utgangspunktet og den høyeste risikoen. Derfor kan man hevde at denne strategien hadde høyest sannsynlighet for å opprettholde befolkningens tillit til beslutningstakerne og til vaksinestrategien. Det er ikke utenkelig at å hindre smittespredning ville gitt færre konsekvenser av pandemien, men basert på daværende kunnskap var det riktig av ekspertgruppen å anbefale direkte beskyttelse av sårbare personer. Til neste pandemi kan vi ta med oss at fase 3-studier også burde inkludere vaksinens effekt på asymptomatisk sykdom og smitte.

I en situasjon med svært begrenset antall vaksiner vurderer jeg at man burde vært mer restriktiv med å prioritere de med kortest forventet levetid først. De som burde blitt prioritert, var de med vesentlig risiko for alvorlig sykdomsforløp, men som også hadde en viss forventet levetid igjen. Å bruke vaksiner, som er en i utgangspunktet svært begrenset ressurs, til å redde liv med kort forventet levetid er stikk i strid med hvordan man ellers gjør prioriteringer i helsevesenet. Ekspertgruppen burde holdt seg til leveår da de skulle anbefale prioriteringene.

Hvilken plass i vaksinekøen burde helsepersonell hatt?

Gjennom pandemien utsatte helsepersonell seg for høyere smitterisiko og til tider økt arbeidsbelastning for å hjelpe andre mennesker. Dette var en innsats de gjorde for resten av samfunnet. Ut fra prinsippet om gjensidighet kan man derfor argumentere for at de gjorde seg fortjent til å bli prioritert i vaksinekøen. Prinsippet om gjensidighet talte imidlertid også *mot* å prioritere helsepersonell. Rhodes (5) hevdet at prioritering av helsepersonell basert på prinsippet om gjensidighet, ville være uetisk. Dersom vi aksepterte at gode handlinger skulle belønnes, måtte vi også akseptert at dårlige handlinger ble møtt med en form for straff. Hun pekte derfor på at gjensidighet innebærer at en skadd promillekjører eller en person som nektet å bruke munnbind, burde få lavere prioritet til behandling enn andre med samme medisinske behov. Denne bruken av gjensidighetsprinsippet vil for de fleste fremstå som urettferdig. Men selv om Rhodes mente at gjensidighetsprinsippet var irrelevant i denne situasjonen, argumenterte hun likevel med at helsepersonell burde få vaksine først:

«...because of their crucial roles in saving the most lives or avoiding the most avoidable deaths and the fact that we do not have an abundance of them and therefore cannot afford to lose them during a health crisis» (5).

I alle andre tilfeller hvor helsepersonell utsetter seg selv for risiko for å hjelpe andre, er det vanlig å sikre seg selv først. Ved utrykning til trafikkulykker eller voldssituasjoner er det lav aksept for at helsepersonell skal utsette seg for høy risiko (27). En grunn til dette er det rent praktiske – at en skadet hjelper ikke kan hjelpe andre (28). Et annet poeng er at helsepersonell har den samme iboende verdien som pasientene, og da må pasientenes rett til helsehjelp veies opp mot helsepersonellens rett til beskyttelse (29). Sjefredaktør i *Aftenposten* Trine Eilertsen hevdet at det etisk sett er svært problematisk å kreve at helsepersonell setter eget liv og helse i fare for å hjelpe andre (30). Dette er en allment akseptert intuisjon som de fleste vil oppfatte som moralsk riktig. I flytrafikken er dette prinsippet nær sagt «internalisert» for oss alle: Ved surstoffmangel tar man på sin egen maske før man hjelper andre. Det var en rimelig antagelse at helsepersonell som hadde vært i kontakt med covid-pasienter, ville ha høyere smitterisiko. Var det da moralsk riktig å *ikke* gi dem den beste beskyttelsen?

Ekspertgruppen mente at denne risikoen ikke ville være høy nok i et scenario med begrenset smittespredning i samfunnet (3). Ifølge dem var helsepersonell tilstrekkelig beskyttet ved hjelp av smittevernutstyr og -tiltak. Dette kritiserte Jon Henrik Laake og medarbeidere som hevdet at «i en sykehusavdeling som behandler koronapasienter, er smitterisikoen under

enhver omstendighet høy.» (7). Videre påpekte de at nedprioritering av helsepersonell avslørte en instrumentell holdning til helsepersonell, og at dette med rette kunne oppleves som krenkende (7). Samtidig kan det innvendes at det var en relevant forskjell mellom helsepersonell i en avdeling med koronapasienter, som Laake og medarbeidere siktet til, og helsepersonell generelt, som ekspertgruppen forholdt seg til. Per januar 2023 var det ingen randomiserte studier som vurderte effekten av smittepåkledning med kombinert hansker, maske og frakk mot covid-19. En systematisk oversikt viste imidlertid ikke noen overbevisende effekt av munnbind for å hindre smitte av akutte respiratoriske virus, som covid-19 (31). Helsepersonell var derfor ikke nødvendigvis like godt beskyttet som man antok.

Jølstad og Solberg poengterte at selv om helsepersonell produserte mye nytte for fellesskapet, var det ikke sikkert at det var de som hadde størst nytte av vaksinasjon (32). Personer utsatt for alvorlige sykdomsforløp, kunne sannsynligvis oppnå større nytte. Prinsippet om å maksimere nytte dikterer at vaksinene skal gis til dem som vil ha størst helsemessig gevinst av det. Gjensidighet, derimot, indikerer at de som har opplevd størst skade eller risiko, eller som har gitt de største fordelene til samfunnet, burde prioriteres før dem som har størst nytte av vaksinasjon. Gjensidighetsprinsippet vil av den grunn begrense muligheten til å benytte vaksinedosene til å gjøre godt. I tillegg er det de sårbare, som er mest utsatt for alvorlig sykdom, som må nedprioriteres. Dette får gjensidighet til å fremstå som en urettferdig måte å prioritere vaksinedoser på.

Rådet fra ekspertgruppen om ikke å prioritere grupper av helsepersonell eller helsepersonell generelt først ble også kritisert for å avvike fra det eksisterende planverket for pandemisk influensa. *Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa* inneholdt planverk for prioritering som tilsa at man skulle prioritere de som skal hjelpe, foran de som skal hjelpes (33). Begrunnelsen var at smitteeksponert helsepersonell er avgjørende for å kunne hjelpe et økende antall pasienter, og fordi de samtidig er utsatt for å bli smittet. Mange ville nok kalt det oppsiktsvekkende at man avvek fra eksisterende planverk og prioriteringsgrupper midt under en pandemi.

Koronakommisjonens konklusjon var at helsepersonell i pasientnært arbeid som er vanskelig å erstatte, burde prioriteres først for vaksinasjon i en pandemi (34). Begrunnelsen var at helsepersonell daglig har kontakt med smittede pasienter, økt risiko for selv å bli smittet og for å føre smitte ut av helsetjenesten. De risikerer også å smitte sårbare pasienter. Høyt sykefravær blant helsepersonell ville i tillegg gå utover driften av helsetjenesten og dermed ha konsekvenser for pasienter både med og uten covid-19. At helsepersonell skulle vaksineres for å hindre smitte ut av helsetjenesten eller

til sårbare pasienter, forutsatte imidlertid en antagelse om at vaksinene hindret smittespredning.

I likhet med FHI slo ekspertgruppen fast at anbefalingene for vaksinasjonen måtte være begrunnet i forskning, for å skape tillit til vaksinestrategien. Da ekspertgruppen laget sin anbefaling, var det ikke gjort studier på vaksinenes effekt mot å hindre smittespredning. Gruppen la derfor ikke til grunn at vaksinene beskyttet mot virusspredning. Men samtidig kunne man heller ikke vite at vaksinene ikke beskyttet mot virusspredning. Selv om flere virus kan smitte fra asymptomatiske personer, er virus generelt mest smittsomme i perioden med symptomer. Dette gjelder blant annet vanlig influensa (35). Det er derfor ikke gitt at ekspertgruppens antagelse var faglig holdbar. Dersom man antok en viss smittehemmende effekt av vaksineringen, ville vaksinerings av helsepersonell bidratt til ytterligere positive effekter ved å hindre smitte av andre sårbare pasienter, kolleger og egen familie.

Konfrontert med kritikken fra en rekke sentrale kilder virker det rimelig i dag å hevde at helsepersonell, alternativt undergrupper av helsepersonell, burde stått først i vaksinekøen. Begrunnelsen for en slik prioritering ville være at de var nødvendige for å opprettholde kapasiteten i helsevesenet i en krisetid, og at pandemier er dynamiske, blant annet fordi man hele tiden må ta høyde for en veksling mellom perioder med lav og høy smitte. Manglende kapasitet ville i neste runde kunne ha resultert i alvorlige konsekvenser for andre pasientgrupper enn pasienter med covid-19. Videre er det et grunnleggende prinsipp både i den medisinske og helsefaglige profesjonsetikken, samt i allmenmoralen som sådan, at man i krisesituasjoner «setter på sin egen maske først, før man hjelper andre». Dette er ikke bare for å hindre tap av arbeidskraft, men også fordi hjelperen selv har en iboende verdi og rett til beskyttelse. Den eventuelle beskyttelsen mot å spre viruset til pasienter eller familiemedlemmer ville vært en bonus. Det tar noen uker fra vaksinasjon til effekten av vaksinen inntreffer (36). Å vente til det var utbredt spredning av virus slik den norske strategien anbefalte, kunne ha satt helsevesenets kapasitet i fare, samtidig som den stred mot utbredte profesjonsetiske og allmenmoraliske intuisjoner. Etter min mening er det derfor rimelig å kritisere ekspertgruppen på dette punktet. Interessant nok valgte regjeringen i praksis å gi helsepersonell høyere prioritet i vaksinekøen enn det ekspertgruppen hadde lagt opp til, ved at de første dosene ble fordelt til et gitt antall helsepersonell som ble vurdert å være kritisk viktige for kapasiteten i helsevesenet.

Var geografisk prioritering rettferdigjort?

Norge er et langstrakt land med stor variasjon i befolkningstetthet mellom ulike steder. Siden covid-19 var avhengig av nærkontakt mellom mennesker for å spre seg, var det nærliggende å tro at mer tettbygde strøk ville bli hardere rammet. Ekspertgruppen anbefalte å innføre prioriterte grupper basert på geografi dersom smittepresset viste store forskjeller mellom ulike områder på det tidspunktet vaksinen først ble tilgjengelig. Begrunnelsen for denne tilnærmingen var at områder med høyt smittepress var mest utsatt for en overbelastet helsetjeneste og de tyngste smitteverntiltakene. En vaksine ville derfor gjøre størst nytte for seg der smitten var størst selv om vaksinen bare beskyttet mot alvorlig sykdom (3). En ulempe med en slik prioritering var at den kunne oppleves som urettferdig av distriktene som ble nedprioritert. Tore Wig, professor i statsvitenskap ved Universitetet i Oslo, poengterte at «ankeret i folks oppfatning er at det skal være jevnt, og alt som fraviker fra det, tolkes som om man blir *fratatt* et gode» (37). Samtidig kunne man kalle det urettferdig ikke å prioritere byene dersom dette var strategien som samlet sett ga færrest dødsfall og de letteste smitteverntiltakene.

Samfunnsøkonomen Steinar Holden (6) vektla i mindre grad muligheten for at en geografisk prioritering kunne oppleves som urettferdig. Ifølge ham burde best mulige konsekvenser for landet samlet sett, vært nok til å oppnå en bred aksept for vaksinestrategien. Utover i pandemien så vi at tettbygde strøk ble hardere rammet, og flere byer hadde tidvis strengere smitteverntiltak enn resten av landet (38). Ifølge Holden (6) var konsekvensene av pandemien større i områder med høy smittespredning, både for alvorlig sykdom og belastning fra smitteverntiltak. For å illustrere dette påpekte han:

«[E]n smittet 60-åring har omtrent tre ganger så høy risiko for å dø som en smittet 50-åring. Men hvis høyt lokalt smittenivå innebærer at 50-åringen har ti ganger så høy risiko for å bli smittet, er det 50-åringen som har tre ganger så høy risiko for å dø av covid-19, og derfor bør prioriteres.» (6).

En tverrfaglig ekspertgruppe, ledet av Holden, gjorde senere i pandemien samfunnsøkonomiske vurderinger av pandemihåndteringen. De fant blant annet at en geografisk prioritering kunne ha bidratt til å oppfylle de mest sentrale målene i den norske håndteringen av pandemien i enda større grad (39).

Stor skjevhet i tiltaksbyrden mellom ulike kommuner ble utover i pandemien brukt som argument for geografisk prioritering av både Helse- og omsorgsdepartementet og FHI. Siden virus generelt smitter lettere der hvor folk bor tettere, kunne man allerede på forhånd antatt at noen kommuner

ville bli hardere rammet enn andre (34). Daværende helse- og omsorgsminister Bent Høie var imidlertid uenig i at en større geografisk skjevfordeling ville lette på tiltaksbyrden i de hardest rammede kommunene. Ifølge han ville det ikke vært mulig å fjerne tiltak fordi man ikke visste om vaksinene forhindret smittespredning. I tillegg var Høie redd det ville skape uro og konflikt mellom dem som mottar vaksiner, og dem som må avgi (40). Han pekte også på de praktiske utfordringene ved en geografisk skjevfordeling. Siden det krevde både helsepersonell og logistikk rundt transport og distribusjon, ville en omfordeling kunne medføre at mindre kommuner fikk problemer med å vaksinere befolkningen sin når de omsider fikk vaksiner (40).

En geografisk omfordeling kan oppleves urettferdig for dem som nedprioriteres. For å kunne forsvare en slik fordeling må den derfor ha positive konsekvenser for befolkningen samlet sett, uten at det går vesentlig utover et mindretall. For å unngå at vaksinestrategien taper tillit i befolkningen er det viktig at det hele tiden er åpenhet rundt prioriteringene, slik at folk skjønner hva som skjer, og har muligheten til å protestere. Et poeng med ekspertgruppens anbefaling var å beskytte de sårbare. Som Holden (6) poengterte, hadde 40-åringer med høy smitteeksponering større risiko for å dø enn 60-åringer som ikke var eksponert for smitte. Geografisk prioritering ville derfor også vært helt i tråd med ekspertgruppens råd. Min vurdering er at man i fremtiden bør være tydeligere allerede fra start om at det under gitte omstendigheter finnes tungtveiende etiske grunner for geografisk prioritering.

Burde man ha tatt hensyn til sosioøkonomisk status?

Ekspertgruppen anbefalte ikke å vektlegge sosioøkonomisk status og mente at vaksinasjonsprogrammet alene ikke kunne kompensere for sosial ulikhet. I stedet poengterte de at strategien ikke skulle øke den eksisterende ulikheten (3). Dette var i tråd med tidligere etablerte retningslinjer for helseprioriteringer i Norge, som påpeker at det ikke er en typisk intensjon at tjenesteytingen, i dette tilfellet vaksinasjon, skal korrigere tidligere ulikheter (41). Ekspertgruppen mente at det heller burde legges til rette for at alle som anbefales vaksine, får tilpasset informasjon og tilgang på vaksinen (3). En lignende anbefaling kom Koronakommisjonen fram til da den evaluerte det norske vaksinasjonsprogrammet mot covid-19 etter pandemien. Kommisjonen konkluderte med at økt kunnskap og bedre kontakt med innvandrerbefolkningen var viktig, men de anbefalte ikke at disse gruppene hadde blitt prioritert tidligere (33). Å risikostatifisere ut fra medisinske risikofaktorer ville til en viss grad kompensert for sosial ulikhet ved at

sosioøkonomisk status og helse ofte følger hverandre. Samtidig var det mer enn redusert helse blant lavere sosioøkonomiske grupper som gjorde denne gruppen ekstra utsatt for alvorlig sykdom. Blant annet spilte ulik ekspone- ring gjennom arbeid og boforhold også inn (42). I tillegg manglet det i større grad medisinske opplysninger om disse gruppene slik at de i praksis ikke fikk tilbud om vaksinedoser i henhold til deres medisinske risiko.

Samfunnsgeograf og pandemiforsker Sverre-Erik Mamelund hevdet at dersom vi ikke gjorde noe eksplisitt med denne sosiale ulikheten vi så i sykdomsbyrden, risikerte vi å få en økende ulikhet utover i pandemien (43). Dette begrunnet han med å vise til en rapport fra FHI som fant at pande- mien rammet utenlandsfødte hardere enn resten (44). Det samme syns- punktet ble delt av flere andre (43). Mamelund påpekte at:

«Pandemier har alltid også vært et sosialt fenomen. Fattigdom og etnisitet påvirker hvem som blir eksponert og smittet, hvem som dør og hvem som overlever.» (45).

Også under influensapandemiene i 1918 og 2009 var det størst sykdoms- byrde blant personer fra lavere sosioøkonomiske grupper (46). Rhodes argumenterte for at det i denne situasjonen var galt å bruke vaksinasjon til å redusere sosial ulikhet (5). For det første var prioritering basert på sosio- økonomisk status kontroversielt, og det ville derfor med stor sannsynlighet skape misnøye hos en del av dem som ikke ble prioritert. For det andre ville gruppen som ble prioritert, kunne føle at de ble brukt som forsøkskaniner for en ny vaksine. Dette kunne skape mistillit til vaksinestrategien fra begge sider og dermed undergrave målene til vaksinestrategien. Fordi marginali- serte grupper var blant de mest sårbare for å bli smittet av covid-19, hevdet Rhodes at det også var disse som ville lide dersom vi ikke greide å stoppe pandemien raskest mulig (5). Som et alternativ til å prioritere lavere sosio- økonomiske grupper direkte påpekte Mamelund at prioritering av enkelte områder med høyt smittetrykk, for eksempler bydeler i Oslo Øst, indirekte ville fange opp den økte risikoen blant innvandrere og dem med lavere sosioøkonomisk status (45). Slik Rhodes påpekte, var prioritering basert på sosioøkonomi kontroversielt, og det kunne i verste fall gå utover dem det var tenkt å beskytte (5). Derfor kunne den indirekte prioriteringen fremstått som mer fornuftig. Samtidig var også geografisk prioritering kontroversielt. I tillegg kan man spørre seg hvor mye effekt geografisk prioritering ville hatt på akkurat den sosioøkonomiske biten. Hovedproblemet her var ikke nød- vendigvis at denne gruppen ble for lavt prioritert, men at det var utfordrende å få dem til å vaksinere seg. Sannsynligvis var det bedre å gjøre slik som ekspertgruppen foreslo, å legge energi i at personer fra lavere sosioøkono-

miske grupper faktisk fikk den prioriteringen de skulle ut fra medisinske risikofaktorer.

Konklusjon

Kunnskapen om koronavaksinene var begrenset da ekspertgruppen som FHI etablerte, utarbeidet sine anbefalinger høsten 2020. Gruppen valgte en verdibasert tilnærming, noe som trolig hadde betydning fordi dette synliggjorde for befolkningen at vaksineprioriteringen var fundert i viktige felles verdier. En slik tilnærming skapte trolig tillit til strategien i befolkningen.

I diskusjonen i kjølvannet av ekspertgruppens rapport ble det stilt spørsmål ved hvorfor helsepersonell eller utvalgte grupper av helsepersonell ikke ble prioritert i vaksinekøen. Helsepersonell er avgjørende for helsevesenets kapasitet til å håndtere både pandemipasienter og andre alvorlig syke pasienter. Videre tilsier allmenne normer at hjelperne først må hjelpe seg selv. Min vurdering er at helsepersonell og eventuelt grupper av personell som ivaretok kritisk viktige funksjoner, burde vært gitt en høyere prioritet enn det ekspertgruppen ga råd om.

Flere land, inkludert Norge, prioriterte de eldste først. Sett i ettertid er det ikke sikkert at dette var den mest effektive strategien. Det er heller ikke sikkert at dette var den strategisk som var best fra et etisk perspektiv. Ekspertgruppen insisterte på at «et liv er et liv», selv om det ikke alltid er slik vi tenker i andre sammenhenger, og en slik tilnærming er heller ikke i tråd med de prinsipper for prioritering som Stortinget har vedtatt. Likevel var det rimelig å anta at det var en strategi som ville appellere til store deler av befolkningen. Det var heller ikke urimelig å anta at å beskytte risikogrupperne ville tillate en raskere gjenåpning, selv om dette i ettertid viste seg å ikke være tilfelle.

Ikke-medisinske risikofaktorer som geografi og sosioøkonomi kom til å spille en viktig rolle i pandemiutviklingen. Selv om den individuelle risikoen for alvorlig sykdom var lav, gjorde økt smitteeksponering i visse deler av landet og blant visse sosioøkonomiske grupper at risikoen på gruppenivå var høyere blant disse menneskene. Ekspertgruppen kunne ikke vite hvordan smitteutviklingen i Norge kom til å bli, men de kunne med fordel tydeligere ha begrunnet overfor FHI og politikerne at geografisk skjevfordeling ville være en etisk riktig strategi, gitt områder med vedvarende høyt smittetrykk.

Takk

Denne artikkelen ble skrevet som en del av min hovedoppgave i medisin med professor Berge Solberg som veileder. Solberg var medlem av ekspertgruppen som

omtales i artikkelen. Jeg har hele veien hatt full frihet til å gjøre egne vurderinger. Jeg ønsker å rette en stor takk til Solberg for tålmodighet og grundige tilbakemeldinger underveis i arbeidet. Jeg vil også rette en takk til redaktør(ene) av Michael og de tre fagfellene for god og konstruktiv kritikk av tidligere versjoner av manuskriptet. Det har hjulpet meg til å forbedre artikkelen vesentlig.

Litteratur

1. Mathieu E, Hannah R, Rodés-Guirao L, Appel C, Giattino C, Hasell J et al. Coronavirus Pandemic (COVID-19). <https://ourworldindata.org/coronavirus> (15.3.2020).
2. Levin AT, Hanage WP, Owusu-Boaitey N et al. Assessing the age specificity of infection fatality rates for COVID-19: systematic review, meta-analysis, and public policy implications. *European Journal of Epidemiology* 2020; 35: 1123–1138. doi: 10.1007/s10654-020-00698-1
3. Feiring E, Førde R, Holm S et al. Råd om prioriterte grupper for koronavaksinasjon i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2020. <https://www.fhi.no/contentassets/9d23593d6ebe443ba12556d3f7284eb8/rad-om-prioriterte-grupper-for-koronavaksinasjon-i-norge.pdf>
4. Ursin L. prioritering - medisinsk etikk. I: Store norske leksikon. [http://sml.sn.no/prioritering - medisinsk etikk](http://sml.sn.no/prioritering_-_medisinsk_etikk) (22.3.2023).
5. Rhodes R. Justice in COVID-19 vaccine prioritisation: rethinking the approach. *Journal of Medical Ethics* 2021; 47: 623–631. doi: 10.1136/medethics-2020-107117.
6. Holden S. Mer målrettet vaksinefordeling reduserer pandemiens skadevirkninger. *Dagens Næringsliv* 28.4.2021. <https://www.dn.no/okonomi/koronaviruset/vaksine/smittevern/kronikk-mer-malrettet-vaksinefordeling-reduserer-pandemiens-skadevirkninger/2-1-1001814> (22.3.2023).
7. Laake JH, Hansen M, Mo S et al. Etikkespørter på villspor. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2020; 140. doi: 10.4045/tidsskr.20.0952 <https://tidsskriftet.no/2020/11/debatt/etikkespørter-pa-villspor>
8. NOU 1997: 18. Prioritering på ny. <https://www.regjeringen.no/contentassets/e2c9e765bf484b2ba4e05dd545a6302d/no/pdfa/nou199719970018000dddpdfa.pdf>
9. NOU 1987: 23. Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/odn/tmp/2002/0034/ddd/pdfv/154646-nou1987-23.pdf>
10. Dooling K, Marin M, Wallace M et al. The Advisory Committee on Immunization Practices' Updated Interim Recommendation for Allocation of COVID-19 Vaccine — United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm695152e2.htm?s_cid=mm695152e2_w (22.3.2023).
11. Joint Committee on Vaccination and Immunisation: advice on priority groups for COVID-19 vaccination, 30 December 2020. Department of Health & Social Care. <https://www.gov.uk/government/publications/priority-groups-for-coronavirus-covid-19-vaccination-advice-from-the-jcvi-30-december-2020/joint-committee-on-vaccination-and-immunisation-advice-on-priority-groups-for-covid-19-vaccination-30-december-2020> (22.3.2023).

12. Folkhälsomyndigheten. Nationell plan för vaccination mot covid-19. Folkhälsomyndigheten, 2020. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/d4c81c0ca-7814f79a61bb457d4baab49/nationell-plan-vaccination-covid-19-rekommendation-prioritering.pdf> (22.3.2023).
13. COVID-19 vaccination strategies. Health Council of the Netherlands, 2020. <https://www.healthcouncil.nl/documents/advisory-reports/2020/11/19/covid-19-vaccination-strategies> (22.3.2023).
14. Schröder-Bäck P, Wild V, Heilinger JC et al. Vaccination policy: ethical perspectives on a future vaccination program against COVID-19 in Germany. https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/PolicyBrief_vaccination_2020_final-1.pdf (22.3.2023).
15. Kyriakidis NC, López-Cortés A, González EV et al. SARS-CoV-2 vaccines strategies: a comprehensive review of phase 3 candidates. *NPJ Vaccines* 2021; 6: 28. doi: 10.1038/s41541-021-00292-w
16. Reinertsen MB, Bomann-Larsen T. La oss pirke litt videre i prioriteringsbyllen: Hvorfor skal oldemor få vaksine for bestemor, spør Maria Berg Reinertsen. *Morgenbladet*, 2020. <https://www.morgenbladet.no/aktuelt/kommentar/2020/12/18/la-oss-pirke-litt-videre-i-prioriteringsbyllen-hvorfor-skal-oldemor-fa-vaksine-for-bestemor-spor-maria-berg-reinertsen/> (22.3.2023).
17. Thommessen JK, Sirum-Eikre M. Kreftlege reagerer på regjeringens vaksineplan. NRK, 7.12.2020. <https://www.nrk.no/norge/kreftlege-reagerer-pa-regjeringens-vaksineplan-1.15276581> (21.3.2023).
18. Emanuel EJ, Persad G, Kern A et al. An ethical framework for global vaccine allocation. *Science* 2020; 369: 1309–1312. doi: 10.1126/science.abe2803
19. White DB, Lo B. A Framework for rationing ventilators and critical care beds during the COVID-19 pandemic. *JAMA* 2020; 323: 1773–1774. doi: 10.1001/jama.2020.5046
20. Altman MC. Kant in the time of COVID. *Kantian Journal* 2022; 41: 89–117. <https://philarchive.org/rec/ALTKIT-2>
21. Feiring E, Solberg CT. Prioritering av koronavaksine: råd og prosess. *Michael* 2021; 18 (supplement 28): 49–59.
22. Meld St. 38 (2020–2021): Nytte, ressurs og alvorlighet: prioritering i helse- og omsorgstjenesten.
23. Regjeringens strategi og beredskapsplan for håndteringen av covid-19-pandemien, 5.4.2022. https://www.regjeringen.no/contentassets/c774cd9f6cba42e7ab264db24f0b5b8f/220405_regjeringens_strategi_beredskapsplan_c19.pdf (22.3.2023).
24. Norheim OF. Slik valgte vi hvem som får vaksinen først. *Morgenbladet* 1.4.2021 <https://www.morgenbladet.no/aktuelt/forskning/2021/01/04/slik-valgte-vi-hvem-som-far-vaksinen-forst/> (22.3.2023).
25. Dommerud T, Johansen PA, Murray SM. Første runde går til helsepersonell og risikopasienter. *Aftenposten* 18.11.2020: 16–17.
26. Venli V, Svaar P, Carlsen H et al. Koronastrid: massiv motstand mot alderskriterium. NRK, 19.3.2020. <https://www.nrk.no/norge/korona-strid-massiv-motstand-mot-alderskriterium-1.14951149> (20.6.2023).
27. Gamlund E, Müller KE, Solberg AC et al. Helter i hvitt? *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2020; 140. doi: 10.4045/tidsskr.20.0702

28. Munkvik M, Christersson P. Stavanger kommune spiller rulett med vaksineprioriteringen. *Stavanger Aftenblad* 22.1.2021. <https://www.aftenbladet.no/meninger/debatt/i/kRp8nB/kommunen-spiller-rulett-med-vaksineprioriteringen> (22.3.2023).
29. Solberg CT. Ti moralske utfordringer under en pandemi. *Fysioterapeuten* 2021; 3(21): 64–67. <https://www.fysioterapeuten.no/covid-19-korona-moral/ti-moralske-utfordringer-under-en-pandemi/130870>
30. Eilertsen T. La helsearbeiderne vaksinere hverandre. *Aftenposten* 29. desember 2020 https://www.aftenposten.no/meninger/leder/i/qAJpQe/aftenposten-mener-la-helsearbeiderne-vaksinere-hverandre?code=5xafFAKdRCEw4OEI18ZxuvlCj7f7qBEtrcKSk3R_hok38AuaGLd02y1uZ7drYFtDHL (21.3.2023).
31. Jefferson T, Dooley L, Ferroni E et al. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2023; Issue 1: CD006207. doi: 10.1002/14651858.CD006207.pub6 https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006207.pub6/full?utm_source=mp-fotoscapes
32. Jølstad B, Solberg CT. Reciprocity as an argument for prioritizing health care workers for the COVID-19 vaccine. *De Ethica* 2023; 7(2): 28–43. doi: 10.3384/de-ethica.2001-8819.237228
33. Nasjonal beredskapsplan pandemisk influensa. https://www.regjeringen.no/contentassets/c0e6b65e5edb4740bbdb89d67d4e9ad2/nasjonal_beredskapsplan_pandemisk_influensa_231014.pdf (8.8.2023).
34. NOU 2022: 5. Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2. Rapport fra Koronakommisjonen. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d0b61f6e1d1b40d1bb92ff9d9b60793d/nou/pdfs/nou202220220005000dddpdfs.pdf>
35. Key Facts About Influenza (Flu). Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/flu/about/keyfacts.htm> (8.8.2023).
36. WHO Collaborating Centre for Vaccine Safety WHO. COVID-19 vaccines and vaccination explained. World Health Organization, 2021. https://assets.website-files.com/619616ca24c2b2efd8d214fb/61a65ad6e518f58719345e6f_2021-11-30-covid19-qa-EN-release.pdf (23.3.2023).
37. Time JK, Jakobsen, HØ, Belgaux C. Står distriktspolitikken i veien for å bekjempe pandemien? *Morgenbladet* 16.4.2021. <https://www.morgenbladet.no/aktuelt/forskning/2021/04/16/star-distriktspolitikken-i-veien-for-a-bekjempe-pandemien/> (21.3.2023).
38. Folkehelsen etter covid-19. Pandemiens konsekvenser for ulike grupper i befolkningen. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2021. <https://www.fhi.no/contentassets/b669d0bbb94943e-fae9793b33526d415/folkehelserapportens-temautgave-2021--folkehelsen-etter-covid-19.pdf>
39. Covid-19 – Samfunnsøkonomiske vurderinger. Tredje rapport, del II. Rapport fra ekspertgruppe på oppdrag for Helsedirektoratet 15. mars 2021. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnsokonomisk-vurdering-av-smitteverntiltak-covid-19/Samfunns%C3%B8konomiske%20vurderinger%20av%20smitteverntiltak%20-Tredje%20rapport%20-%20del%202%20\(15.%20mars%202021\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnsokonomisk-vurdering-av-smitteverntiltak-covid-19/Samfunns%C3%B8konomiske%20vurderinger%20av%20smitteverntiltak%20-Tredje%20rapport%20-%20del%202%20(15.%20mars%202021).pdf)
40. Høie B, Litland J. *Uro i koronaens tid*. Oslo: Gyldendal, 2022.

41. På ramme alvor: Alvorlighet og prioritering. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet, 2015. https://www.regjeringen.no/contentassets/d5da48ca-5d1a4b128c72fc5daa3b4fd8/paa_ramme_alvor.pdf
42. Hernæs ØM. Kriser rammer sosialt skjevt. *Stat & Styling* 2020; 30: 22–25. doi: 10.18261/ISSN0809-750X-2020-02-09
43. Løkeland-Stai E. Uenighet om norsk strategi for vaksiner. *Khrono* 26.12.2020. <https://khrono.no/uenighet-om-norsk-strategi-for-vaksiner/540504>
44. Indseth T, Kjøllesdal MKR, Jacobsen CC et al. Covid-19 i Oslo etter fødeland: personer testet, bekreftet smittet og relaterte innleggelse. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2020. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2020/covid19-i-oslo-etter-fodeland-personer-testet-bekreftet-smittet-og-relaterte-innleggelse-rapport-2020v2.pdf>
45. Mamelund SE. Levekår og innvandrerbakgrunn må også brukes som fordelingsnøkler for vaksine. *Morgenbladet* 22.3.2021. [https://www.morgenbladet.no/ideer/2021/03/22/levekar-og-innvandrerbakgrunn-ma-ogsa-brukes-som-fordelingsnokler-for-vaksine/\(22.3.2023\)](https://www.morgenbladet.no/ideer/2021/03/22/levekar-og-innvandrerbakgrunn-ma-ogsa-brukes-som-fordelingsnokler-for-vaksine/(22.3.2023)).
46. Mamelund SE, Shelley-Egan C, Rogeberg O. The association between socioeconomic status and pandemic influenza: systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 2021; 16: e0244346. doi: 10.1371/journal.pone.0244346

Elise Wallinder

elisew@stud.ntnu.no

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Kvemoveien 655

7882 Nordli

Elise Wallinder er medisinstudent ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Artikkelen er fagfellevurdert.

Flere kristne syn på abort

Michael 2024; 21: 117–121

doi:10.5617/michael.10957

Morten Magelssen presenterer et syn på abort som hovedsakelig er basert på hans egen tolkning av kristen etikk. Det er viktig å være klar over at det ikke finnes bare ett kristent perspektiv på abort.

I kronikken i *Michael* nr. 4–2023 viser Magelssen til ulike kristne perspektiver på abort (1, 2). Innen kristenheten finnes det mange tolkninger av kristen etikk, også spørsmålet om når livet begynner. Jeg vil omtale tre teologiske hovedretninger som gir ulike nyanser i abortspørsmål: pre-eksistensialisme, tradusianisme og kreasjonisme (3).

Et *pre-eksistensialistisk* perspektiv vil hevde at sjeler pre-eksisterer før de forenes med kroppen. I *tradusianismen* er sjelen til stede både i sæd og egg, og det blir en ny sjel ved unnfangelse. I *kreasjonisme* vektlegges skaperen og viser her til at sjelen skapes og introduseres i fosteret på et tidspunkt Gud bestemmer, som ved første åndedrag. Termen kreasjonisme har her ikke noen forbindelse med en bokstavelig tolkning av Bibelens skapelsesberetning.

En pre-eksistensialist vil kunne være motstander av prevensjon fordi mennesket anses skapt av Gud før unnfangelse. Prevensjon vil da abortere (avbryte) sjelen som allerede er skapt. Magelssens standpunkt er nok forenlig med klassisk tradusianisme fordi han anser sjelen som skapt ved unnfangelsen. Et kreasjonistisk abortsyn vil kunne akseptere abort i tråd med flertallet i den nye offentlige utredningen om abort (3). Alle disse retningene har støtte for sine standpunkt i Bibelen, men tolker og vektlegger ulike tekster ulikt. Jeg antar også at de har støtte i tradisjon, fornuft, vitenskap og erfaring.

Mangfoldigheten i synspunkter illustrerer at det ikke er noe entydig «kristent syn» på abort, og understreker viktigheten av en nyansert tilnær-

ming i debatten. På samme måte finnes det heller ikke noe entydig kristent syn på verken samlivsformer, reproduksjon eller dødshjelp. Dersom ulike perspektiver ikke anerkjennes og utforskes, forenkles komplekse temaer.

Abortsynet i Den norske kirke

Magelssen mener at bispemøtets uttalelser er støttende til selvbestemt abort, og han antyder at uttalelsene ikke bør tillegges særlig vekt.

Hans kritikk og personlige synspunkter kan oppfattes som at de representerer Den norske kirkes offisielle standpunkt. Men fordi bispemøtet er autoritativt for Den norske kirkes teologi, og Magelssen ikke representerer kirkens offisielle syn, er dette problematisk. Skillet er sikkert klart for Magelssen, men leserne kan ikke forventes å være kjent med kirkestrukturer og teologi. De vil naturlig anta at forfatterens synspunkter er identiske med kirkens standpunkter.

Premissene for abortsamtalen

Magelssen redegjør normativt for spørsmålene i abortdebatten. Spørsmålene og oppdelingen kan fremstå nøytralt, men det legger likevel premisser for den videre diskursen. Det første spørsmålet er «når begynner livet», og det besvares kort og strengt biologisk ved å peke på befruktningen. Når dette spørsmålet og premisset er satt, er resten av Magelssens fremstilling relativt logisk.

Generelt er jeg varsom med å etablere samfunnsnormer fra naturvitenskapen. Der naturvitenskapen framstår som premissleverandør for et «kristent perspektiv på abort», blir jeg enda mer varsom.

For det første defineres ikke «livet». Det knyttes til biologi, men konotasjonene til «livet» strekker seg for leserne langt utenfor biologien. Følgen av Magelssens taksonomi er at forbudet mot «å ta liv» vil gjelde fra befruktningen, og dermed er premissene lagt for den videre debatten.

Taksonomien henter autoritet fra biologi, som er en hard vitenskap. Denne autoriteten skaper normativitet for abortspørsmålet. Uten å være biolog antar jeg at Magelssens taksonomi om livets start er i tråd med biologiske lærebøker. Likevel antar jeg at sæd- og eggceller *kunne* blitt definert som «liv», fordi de utfører livsnødvendige prosesser som metabolisme og har potensial for reproduksjon. Jeg antar også at *zygoten* kunne blitt definert som pre-liv, fordi den ikke er uavhengig. Poenget er at jeg antar at biologiens klassifikasjon er bygget på valg. Dermed er dette mer nyansert enn Magelssens ene premissgivende setning.

Sirkelargumentasjon

En del av Magelssens argumentasjon for fosterets moralske status er Jesu ord om «minste søsken» i Matteus 25,40. I teksten er «de minste» den fremmede som tas imot, den syke eller fengslede som besøkes, og den som er sulten og tørst. Teksten er en av Jesu lignelser og må derfor tolkes.

Magelssen forutsetter at fosteret er et av de «minste søsken». Så peker han på at de minste søsken skal ha beskyttelse, fordi de har moralsk status. Så fordi de minste søsken har moralsk status, må teksten også omfatte fosteret. Magelssen tar altså utgangspunkt i en antagelse som han deretter bruker for å begrunne selve antagelsen. Dette er en sirkelargumentasjon.

Argumentene fra minoriteter

Den primære begrunnelsen for den konservativt troendes etiske standpunkt er normalt fundert i hellige skrifter. Argumenter som utledes fra disse skrifterne, har liten legitimitet i en offentlig diskurs og avvises. Dermed blir standpunktene til konservativt troende marginalisert, og den offentlige debatten blir ikke representativ for de underliggende standpunktene.

Morten Magelssen framstår som en dyktig fagmann, en reflektert etiker og en som våger å ta upopulære standpunkter. Etter hva jeg forstår deles Magelssens perspektiver med offisielle standpunkter fra konservative religiøse miljøer. I motsetning til disse miljøene bygger ikke Magelssen sine argumenter direkte på hellige skrifter.

Magelssens dissens i abortutvalget synliggjør stemmen til en konservativ religiøs minoritet i samfunnet. Derfor mener jeg dissensen er viktig, og jeg har stor respekt for hvordan Magelssen argumenterer etisk uten å bygge på hellige skrifter. Vanligvis deltar Magelssen i den offentlige debatten på premisene til allmennheten og får ivaretatt minoritetsperspektivet på en god måte.

Mangfoldet mangler

Magelssen fremlegger ett av flere mulige kristne syn på abort. Jeg er kristen og anser ikke hans etiske argumentasjon som representativ for meg. Det kristne mangfoldet synliggjøres ikke i teksten, noe som kan skape et inntrykk av at for eksempel medlemsmassen til Den norske kirke deler Magelssens perspektiv.

Som utvalgsmedlem i den offentlige utredningen om abort (4) og som varamedlem i Bioteknologirådet er Magelssen en premissleverandør i den offentlige debatten. Selv om en stor majoritet i Norge er medlem i kristne trossamfunn, har nok de færreste god kunnskap om kristen tro og lære. Magelssen hevder ikke at hans syn er det eneste kristne synet, men kronikken kan etterlate en slik oppfatning.

Magelssens argumentasjonsform

I Magelssens bok fra 2023 anerkjenner han et mangfold standpunkter innen kristen etikk, og han peker på at ikke alt som utgir seg for å være kristen etikk er like godt begrunnet, og at hans kristne perspektiv er ett av flere (2).

I boka fra 2013 viser Magelssen hvordan filosofen John Rawls (1921–2002) krever at religiøse argumenter må omgjøres til allmenne argumenter for å ha plass i politiske diskusjoner (5). Deretter viser Magelssen at kristen bioetikk får økt innflytelse ved å (a) appellere til felles grunnholdninger, (b) kritisere premissene i sekulær argumentasjon, (c) avdekke alle selvmotsigelser i «liberal bioetikk» og (d) være kritisk til argumentasjonen i den kristne tradisjonen.

Magelssens kronikk gir argumentene hans (a) økt innflytelse ved å gi inntrykk av at dette er felleskristne holdninger, ved å forsøke å (b) legge premissene i abortdebatten og ved å vise til (c) selvmotsigelser som følger av hans premisser. Dermed følger Magelssens kronikk den oppskriften han selv gav for slik argumentasjon for ti år siden.

Leserne vil se at min tekst er (d) kritisk til argumentasjonen i den kristne tradisjonen, at jeg systematisk svekker Magelssens argumenter ved å (a) vise at dette ikke er felleskristne holdninger, ved å (b) kritisere måten premissene legges på og ved (c) å vise til selvmotsigelser som følger av premissene. Dermed antar jeg at Magelssen er enig i deler av denne teksten.

Marius Storvik

marius.storvik@uit.no

Marius Storvik er jurist og førsteamanuensis i rettsvitenskap ved UiT Norges arktiske universitet. Han er juridisk kyndig varamedlem i regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK Nord) og REK klinisk utprøving av legemidler og medisinsk utstyr (REK KULMU). Storvik har og har hatt en rekke verv i Den norske kirke og har tidligere arbeidserfaring fra andre trossamfunn.

Litteratur

1. Magelssen M. Et kristent perspektiv på abort. *Michael* 2023; 20: 490–498. [Et kristent perspektiv på abort | Tidsskriftet Michael \(michaeljournal.no\)](https://www.michaeljournal.no/et-kristent-perspektiv-pa-abort)
2. Magelssen M. *Livet og døden: kristne perspektiver på bioetikk*. Oslo: Verbum akademisk, 2023. <https://www.nb.no/items/323b7be911c8e802ae5cfd33666ad90?page=0> (3.1.2024).

3. Poston L, Disney L. When does human life begin? Conception and ensoulment. *Bible & Religion Educator Scholarship* 2010; 7: 271–295. https://mosaic.messiah.edu/brs_ed (3.1.2023).
4. *Abort i Norge – ny lov og bedre tjenester*. Norges offentlige utredninger NOU 2023: 29. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2023. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-29/id3018279/> (3.1.2023).
5. Magelssen M. *Menneskeverd i klinikk og politikk: bioetikk i lys av kristen tro*. Oslo: Lunde forlag, 2013. <https://www.nb.no/items/ece8d6c0eaaf3714e8bc2a9e6081e13e?page=0> (3.1.2023).

Morten Magelssen svarer

Michael 2024; 21: 121–122
doi:10.5617/michael.10958

Jeg takker Marius Storvik for kommentarene til min kronikk om abort i et kristent perspektiv (1). Storvik har helt rett i at det synet jeg argumenterer for, der abort er et etisk dilemma hvor hensynet til kvinnen må balanseres mot respekten for fosterets egenverdi fra unnfangelsen, ikke er det eneste mulige kristne synet på abort. Men kristen argumentasjon for en rett til selvbestemt abort er historisk sett i hovedsak et nytt fenomen: Konklusjonen i Steven Wedgeworths historiske gjennomgang er at «Protestant Christianity denounced abortion on moral grounds until the latter half of the twentieth century» (2, s. 141). Med påstanden om at mitt syn bare er «basert på [min] egen tolkning av kristen etikk», underslår Storvik at mitt syn følger en hovedtradisjon i en historisk og også i en internasjonal sammenheng.

Storvik viser til tre ulike syn på når fosteret får sjel. Men merk at selv om flere syn på dette har versert i kirkehistorien, har det likevel vært konsensus om at abort er moralsk problematisk (2, 3).

Viktigere er det at fortidens spekulasjoner om hvordan livet blir til og utvikler seg, ikke er like plausible i vår tid. Gitt vår naturvitenskapelige kunnskap om unnfangelse og fosterutvikling har vi i dag et mye bedre grunnlag for å vurdere hva slags vesen fosteret er og hvilken status det skal ha, også i et kristen-etisk perspektiv.

Til den som vil gå dypere inn i disse temaene, anbefaler jeg foruten min egen bok (4) også teolog og etiker David Albert Jones' gjennomgang av den kristne tradisjonen om fosteret og om abort (3).

Litteratur

1. Magelssen M. Et kristent perspektiv på abort. *Michael* 2023; 20: 490–498. [Et kristent perspektiv på abort | Tidsskriftet Michael \(michaeljournal.no\)](https://michaeljournal.no)
2. Wedgeworth S. Abortion. I: Kamel OA, Meador J, Minich J, red. *Protestant Social Teaching*. Landrum, SC: Davenant Press, 2022, s. 115–143.
3. Jones DA. *The soul of the embryo: An enquiry into the status of the human embryo on the Christian tradition*. London: Continuum, 2004.
4. Magelssen M. *Livet og døden. Kristne perspektiver på bioetikk*. Oslo: Verbum Akademisk, 2023. <https://www.nb.no/items/323b7be911c8e802ae5cfd33666ad90?page=0> (12.1.2024).

Morten Magelssen
morten.magelssen@medisin.uio.no
Senter for medisinsk etikk
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo

Morten Magelssen er lege og førsteamanuensis ved Senter for medisinsk etikk. Han var medlem av abortutvalget (2021–2023) og er varamedlem i Bioteknologirådet (2023–2027).

Et arbeidsliv der menneskeverdet forvitrer

Einar Haakaas

Moderne slaveri

Oslo: Kagge, 2022

305 s.

ISBN 978-82-489-3008-2

Michael 2024; 21: 123–124

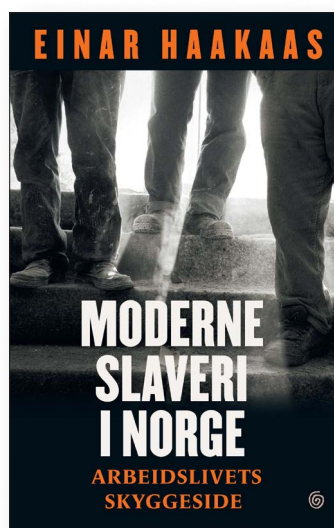
doi:10.5617/michael.10959

Einar Haakaas er prisbelønnet gravejournalist innen arbeidslivskriminalitet. I *Moderne slaveri* beskriver han arbeidslivets skyggeside i Norge.

Boken innledes med flere grufulle historier om enkeltpersoner som har blitt grovt utnyttet og fanget i en situasjon med dårlige arbeidsforhold, manglende lønn, avhengighet til arbeidsgiver og uverdigg behandling. Vi får presentert historier fra utsatte bransjer som fiskeindustri, bygg og anlegg, bilvaskehaller, restauranter og varelevering.

Historiene er hjerteskjærende og sjokkerende. Ulempen med å inkludere såpass mange eksempler er at man i liten grad rekker å leve seg inn i dem. Tidvis er skrivestilen noe heseblesende og oppramsende, og det blir overveldende å få presentert så mye elendighet på en gang. Det verste er kanskje at jeg i liten grad blir overrasket. Dette har jeg jo hørt mange ganger før. Her illustreres nettopp et av forfatterens poenger: Vi er blitt vant til at noen tar jobbene vi ikke vil ha, og vil ikke ta inn over oss hvor elendige arbeidsforhold som tilbys.

Boken blir virkelig interessant når diskusjonen løftes til mulige løsninger. En juridisk utfordring kan være at arbeiderne kom til Norge og tok arbeid



frivillig. Den reelle handlefriheten kan likevel være minimal. Finland trekkes frem som det eneste landet i Europa med en lovgivning som dekker viktige hull i tomrommet mellom forbud mot menneskehandel og tvangsarbeid, og brudd på arbeidsmiljøloven. Det er lovbrudd hvis noen ut fra etnisitet, nasjonalitet, opprinnelse eller kjønn behandles annerledes enn andre i samme type arbeid, og den ansvarlige kan straffes strengt hvis forholdet er grovt. Opprustning av Arbeidstilsynet og bedre samarbeid mellom etater løftes frem. Dagsaktuelle temaer er forbudet mot bemanningsselskaper og innleie av arbeidskraft.

Haakaas skriver at det er glidende overganger fra utnyttelse og sosial dumping til tvangsarbeid, slavelignende forhold eller rent slaveri. Tallet på slaver i dag er dobbelt så høyt som det totale antallet i den transatlantiske slavehandelen (s. 213). I Norge er ca. 9000 personer trolig omfattet av moderne slaveri eller menneskehandel (s. 215).

Økt bruk av underleverandører og vikarbyråer har skapt muligheter for utnyttning og gjort kontroll med arbeidsforhold og lønn vanskeligere. Det kreves kraftige tiltak på systemnivå for å få bukt med dette, men Haakaas får også frem betydningen av holdninger hos hver enkelt av oss. Det verste i mange av historiene er hvordan man så tydelig frarøver mennesker verdighet. I Belgia defineres *utnyttelse* som alt som innebærer en krenkelse av menneskeverdet (s. 258).

Boken gir et godt innblikk i de mørkeste delene av norsk arbeidsliv. Problemet kan faktisk være enda større enn boken gir inntrykk av. Jonas Bals har påpekt i *Hvem skal bygge landet* (2018) at et overdrevent søkelys på de verste sakene kan skygge for det viktigste: At fornedrelsen og kriminaliteten bare er et utslag av den mer hverdagslige maktforskyvningen og dehumaniseringen som har funnet sted i deler av arbeidsmarkedet de siste årene. Det er dette som gjør den andre raskapen mulig.

Anniken Sandvik
anniks@ous-hf.no

Anniken Sandvik er spesialist i arbeidsmedisin og overlege ved Seksjon for miljø- og arbeidsmedisin ved Oslo universitetssykehus.

En allmennmedisinsk gigant!

Steinar Hunskår, red.

Allmennmedisin

4. utgave. Oslo: Gyldendal, 2023

1068 s.

ISBN 9788205579866

Michael 2024; 21: 125–126

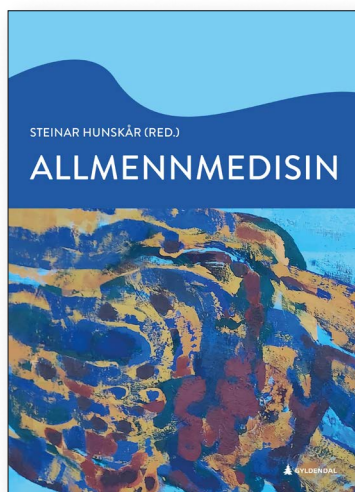
doi:10.5617/michael.10960

«Det beror ikke blot på hvad man ser, men det, hvad man ser, beror på hvorledes man ser!» Parafrazen over Kierkegaard hang på kontorplassen min i mange år for å minne meg på *hva* og *hvordan*. For slik jobber allmennlegen. Med epidemiologisk forståelse av sin populasjon bruker hun enkle diagnostiske verktøy for å tolke den enkelte pasienten ut fra en kontekst. Det er *hvorledes* vi ser!

Akkurat det og mye mer finnes på 1068 sider mellom to stive, blå permer i den nye utgaven av læreboka *Allmennmedisin*. Første utgave ble utgitt i 1997, og siden har det kommet en ny utgave hvert tiende år: 2003, 2013 og 2023. Redaktør Steinar Hunskår har hatt med seg en redaksjonskomité med representanter fra de fire medisinske fakultetene. I tillegg har 62 forfattere fra hele landet bidratt i dette store dugnadsarbeidet.

Verket er omfattende revidert og nytt lærestoff er lagt til, blant annet om sammenhengen mellom livserfaringer, helse og sykdom, migrasjonshelse og parforhold og helse.

En detaljert innholdsfortegnelse gjør det lett å finne fram. At hvite sidetall står på mørkeblå bakgrunn øverst på sidene, gir et designmessig elegant



uttrykk. I tillegg er det overraskende mye lettere å slå opp når tallene står tydelig øverst på sidene.

Boka er delt inn i fem hoveddeler, som igjen er delt i underkapitler. Den første delen inneholder det spesifikt allmennmedisinske, basert på teori, prosess og metode. Deretter presenteres organovergripende symptomer, sykdommer i kroppens organer og livsløpet fra spedbarn og til omsorg ved livets slutt. Siste del omhandler forskjellige konsultasjonskontekster. Tabeller og figurer er fint og tydelig avstemt med farge og innhold. Det er et vell av matnyttig kunnskap å ta av. Her finnes alt fra oversikt over riktig bruk av bildediagnostikk, praktiske råd om bruk av tolk og til illustrasjon av diagnostisk test på benign paroksysmal posisjonsvertigo.

I innledningen ønsker redaktøren lykke til med bruken av boka. Ja, for dette er ei bok som skal *brukes*. Den kan studentene bruke når de leser til eksamen, allmennleger i spesialisering (ALIS) og veileder finner stoff til refleksjon i veiledningssamtaler, og den erfarne legen henter hele menasjeriet av spennende og relevant fagstoff. Det er ei stødig bok i alle betydninger av ordet.

Savner jeg noe? Nei, jeg har bare litt pirk, som at det mangler fotografier av de vanligste utslettene i hudkapittelet. Jeg finner heller ikke mye stoff om den delen av allmennmedisinen som utøves innenfor institusjoner. Allmennlegen er den viktigste medisinske aktøren i sykehjem, helsehus og kommunal akutt døgnenhet (KAD). Disse arenaene blir bare viktigere i årene som kommer. Vi må være med og utforme premissene i samhandlingen.

I likhet med flere tidligere utgaver er det sognekunstneren Knut Rumohr (1916–2002) som preger omslaget, denne gangen med et utsnitt av maleriet *Landskap*. Den abstrakte komposisjonen som domineres av en blå grunntone med høstgule linjer, avbrutt av burgunder formasjoner, oser av visuell energi, mangfold og bevegelse. Det slår meg at faget allmennmedisin er like polymorft som sognelandskapet Rumohr har gjenskapet. Og bokverket *Allmennmedisin* er gigantisk som sognenaturen. Gratulerer til redaktør og medarbeidere for ei praktfull lærebok!

Kristina Riis Iden
kristina.iden@gmail.com

Kristina Riis Iden er ph.d., spesialist i allmennmedisin og arbeider som helsehuslege i Oslo.

Om å bli gammel

Sven-Eric Liedman

I november : om å bli gammel

Oslo: Spartacus, 2023

166 s.

ISBN 9788243015531

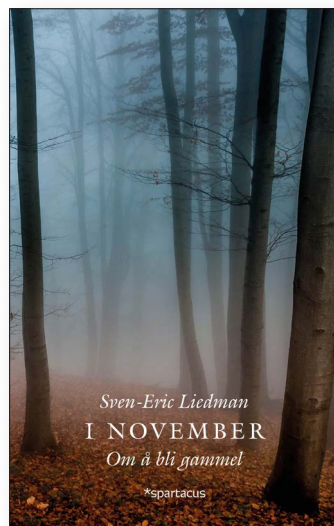
Michael 2024; 21: 127–128

doi:10.5617/michael.10961

Dette er 31 essays om å bli gammel. Forfatteren Sven-Eric Liedman (f. 1939) er en svensk professor i idéhistorie, og han gir mangfoldige betraktninger om hvordan forandringene sniker seg på ham, enten han vil eller ikke – mest det siste.

Han er opptatt av at han skal tilpasse seg og ikke stritte imot. Alderdommen betyr tap av funksjoner og ferdigheter som man tidligere tok for gitt. Budskapet er at livet er verdt å leve med høy livskvalitet, så lenge man klarer å tilpasse seg forandringene og finner glede i det hverdagslige liv med det fordringsløse: en tur, lesning, en kopp te eller et glass på balkongen med hustruen. Det gode liv i alderdommen er måtehold, vennskap og nærhet i relasjoner.

Tittelen *I november* spiller åpenbart på livets høst, at vi, som trærne, sitter ribbet tilbake, men kanskje er det da den egentlige struktur trer frem? Forfatteren filosoferer klokt og innfallsrikt over døden og hva den betyr og finner trøst i Epikur som sier at han ikke frykter den: *Når jeg er, er ikke døden der, og når døden er der, er ikke jeg der*. I sitt avsluttende essay konkluderer han med at en vellykket alderdom



er som en stille elv; etter en turbulent start på livet flyter det mere stille på slutten.

Essayene handler om langt mer: barndom og oppvekst som prestesønn, ungdom, studieår, lærertid ved universitetet og familien. Han kommer stadig tilbake til betydningen av et langt og åpenbart lykkelig samliv med en litt yngre hustru. Det motsatte skriver han lite om, at stadig flere i økende grad lever mange av sine livsår alene, enten på grunn av skilsmisse eller uflaks. Vi blir vesentlig eldre, men mange opplever at partneren blir borte før en selv. Frykten for demens er omtalt flere steder. I økende grad kan livet i høy alder betraktes som et lotteri. Mens noen sitter og dupper foran tv-en på sykehjemmet, løper andre fortsatt maraton eller går Birken.

Liedman sverger til at så lenge han er i stand til å fornye seg, å være med i samtiden, bli brukt i en eller annen sammenheng, er han fornøyd og har *novemberglede*. Han reflekterer over at stadig flere blir borte, en bror og flere venner, men betakker seg for transhumanismen, det å forlenge livet utover ens tilmålte tid.

Hvor representativ er en lærd, høyst reflekterende og skrivefør akademiker med sine mange og brede kulturelle referanser? Boken skildrer lykken ved å bli gammel i et velferdssamfunn hvor det meste er på plass, og den er vel en inspirasjon til ettertanke og filosofering over små og store spørsmål i livet. Essayer skal nytes i små doser, en til to ganger daglig etter behov. Boken kan varmt anbefales til fordypning og kanskje samtale om de viktige spørsmål forfatteren behandler, for de av oss som kjenner at vi er *i november*.

Arvid Heiberg
arvid.heiberg2@gmail.com

Arvid Heiberg er professor emeritus og overlege i medisinsk genetikk ved Oslo universitetssykehus.

Råd for fremtiden

Kari J. Kværner, Thomas Hoholm, red.

Håndbok i helseinnovasjon

Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2023

253 s.

ISBN 978-82-02-79644-0

Michael 2024; 21: 129–130

doi:10.5617/michael.10962

Forfatterne har i denne boken samlet erfaringene fra prosjektet *Centre for Connected Care (C3)*, et senter for forskningsdrevet innovasjon (SFI) finansiert av Norges forskningsråd. Målet var å studere innovasjon i norsk helsetjeneste, og de 27 kapitlene er skrevet av forskere som deltok i prosjektet.

Gruppen utviklet metoder og verktøy for å skape innovative miljøer og måle innovasjon, og kapitlene er fordelt på fire deler. Første del tar for seg metoder for involvering og motforestillinger man møter når man vil endre en tjeneste. Her presenteres flere erfaringer fra C3-prosjektet. Andre del handler om å lede og etablere grunnlag for beslutninger. For selskaper og gründere med nye teknologier fremstår anskaffelsessystemet i helsetjenesten som en uoverstigelig mur. Det er behov for en fleksibel anskaffelsesløsning der nye produkter kan kjøpes og få en sjanse i klinikken selv om offentlige innkjøpsordninger er basert på anbud og avtaler med store leverandører. Dette er tema for tredje del. Fjerde del handler om «hvordan vi kan legge til rette for økt implementering av validerede helseinnovasjoner». Det handler om erfaringer fra ulike delprosjekter, der de har sett på både planlagte og uforutsette konsekvenser av prosjektene.



Temainndelingen gir et innblikk i problemene og mulighetene knyttet til innovasjoner i helsesektoren. Innimellom kapitlene kommer små «reklameinnslag», der ulike miljøer som har vært involvert i C3-prosjektet, oppsummerer sin erfaring med prosjektet.

Boken har mange forfattere med bakgrunn fra ulike akademiske miljøer, noe som gjør at språket er ujevnt. Enkelte kapitler er skrevet i et teoretisk, utilgjengelig språk, slik som «Strukturelle konflikter kan ha en negativ innvirkning på hvordan mennesker samhandler for å skape verdier, og konflikter kan utløse ustabilitet og bidra til mangel på koordinering i helsetjenestene» (s. 50). I et annet kapittel om digital hjemmeoppfølging kommer setninger som: «I studier av nye digitale helsetjenester vil det å karakterisere bestemte sosiotekniske konfigurasjoner hjelpe oss til å få tak i et mer helhetlig bilde av hva disse endringene fører med seg» (s. 197).

Denne teoretiseringen fører til at forfatterne oppleves mer som betraktere av innovasjon enn som innovatører, og det fungerer ikke så godt i det som presenteres som en håndbok. Boken fremstår mer som en sluttrapport i et stort og ambisiøst prosjekt enn en håndbok.

Erik Fosse

e.t.fosse@medisin.uio.no

Erik Fosse er spesialist i generell kirurgi og i thoraxkirurgi, professor emeritus ved Universitetet i Oslo og spesialrådgiver ved Intervensjonsenteret, Oslo universitetssykehus (www.ivs.no).

Å legge døden på is

Annelin Eriksen

Evighetsmennesket. Om teknologi, vitenskap og udødelighet

Oslo: Universitetsforlaget, 2023

167 s.

ISBN: 9788215065151

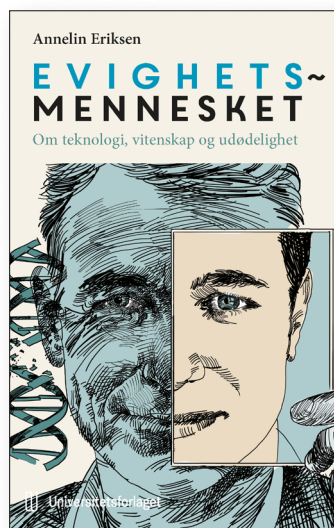
Michael 2024; 21: 131–132

doi:10.5617/michael.10963

Stadig flere sykdommer kan behandles. Dette har skapt behov og forventninger; det moderne mennesket bøyer ikke hodet og aksepterer sin helseskjebne. Sykdom og funksjonssvikt er mulig å forhindre og reparere. Slik gis næring til forestillingen om at det umulige er mulig. Og her finnes spiren til tanken om en ny, sekulær form for udødelighet.

Dette er perspektivet sosialantropologen Annelin Eriksen anlegger i boka om evighetsmennesket. Hun trer åpent inn i verdenen til *transhumanistene*, de som antar at det er mulig å transcendere dagens begrensninger for liv, og at det bare er et spørsmål om tid før mennesket har løst dødens gåte. Det er både spennende og skremmende å leve seg inn i denne verdenen. To av kapitlene handler om nedfrysing av mennesker (*kryonisering*). Beskrivelser og fotografier av nitrogentanker der de ekstreme teknologioptimistenes kropp er ligger og flyter, gjerne flere i samme tank, inngår et visst ubehag. Ekstra utfordrende ble det indre bildet av nitrogentankene som bare inneholder hoder.

At enkelte har valgt å satse utelukkende på hodet, er i tråd med et annet trekk ved transhumanismen, nemlig at alt som utgjør et menneske, kan



spores til og er lagret i hjernen. De som velger halshugging og nedfrysing av hodet, ser for seg at hodet kan forbindes med en «perfekt» silikon kropp en gang i fremtiden.

Man drømmer om maskiner som er like intelligente som mennesket. Eriksen viser hvordan arbeidene til pionerer innen kunstig intelligens, som John von Neumann (1903–1957) og Alan Turing (1912–1954), og dagens forskning i Silicon Valley eller det amerikanske forsvarsdepartementets forskningsenhet DARPA bygger på ideen om at den menneskelige intelligens – og bevissthet – i prinsippet er mulig å gjenskape i maskiner. Forestillingen om at det er mulig å skape bevissthetskloner (*mind clones*), passer godt med tanken om at det er tilstrekkelig å fryse ned hjernen, alt som utgjør et menneske er lagret her.

Teknologi og vitenskap blir skapt av og skaper kulturelle forestillinger. Sekulariseringen er et fremtredende trekk ved den moderne vestlige kulturen. Tradisjonell religion er på vikende front. For mange har en verdslig humanisme overtatt religionens plass, og troen på vitenskapen kan minne om en sekulær religion: «Vitenskapen lover en slags evig fremgang som strekker seg mot evigheten, men forståelsen av denne evigheten er materiell, ikke åndelig», skriver Eriksen (s. 146).

Kanskje ligger noe av kilden til transhumanismen i savnet av religionens lovnad om evig liv, som i den moderne kulturen må festes i vitenskap. Forbindelsen til religiøse sekter i USA og Russland er interessant, og kanskje er ikke avstanden mellom vitenskap og religion så stor likevel.

Det finnes ikke statistikk over hvem som lar seg nedfryse, men Eriksen skriver at den typiske transhumanist er mann, singel og høyt utdannet. Og, må det nok legges til, har betalingsevne.

Boka til Eriksen er vel verdt å lese. Jeg tror ikke det foreligger andre bøker om temaet på norsk, men viktigere er det at den får frem hvordan ideen om evighetsmennesket henger sammen med en kultur vi alle er en del av.

Berit Horn Bringedal
berit.bringedal@lefo.no

Berit Horn Bringedal er sosiolog, dr.polit. og arbeider som seniorforsker i Legeforskningsinstituttet.

Store spørsmål, snevre svar

Kristian K. Starheim

Pandemi, panikk og politikk

Oslo: Dreyers forlag, 2023

205 s.

ISBN 978-82-8265-689-4

Michael 2024; 21: 133–134

doi:10.5617/michael.10964

Det er skrevet mange bøker om pandemien, men få med en like interessevekkende tittel som denne: Pandemi, panikk og politikk. Resten av boken fenger dessverre ikke like mye.

Forfatteren Kristian K. Starheim har tidligere vært forsker innen molekylærbiologi og jobber som lærer og frilanser. Han stiller store spørsmål: «Korleis Norge vart tatt på senga av koronaviruset, kvifor det gikk bra og kva vi bør lære til neste gong». Innholdet representerer forfatterens personlige syn. Det er en viktig presisering.

Boken er inndelt i åtte lettleste kapitler, og den starter med en beskrivelse av hendelsesforløpet i Norge frem til 12. mars 2020 da landet ble stengt. Deretter følger en generell introduksjon til immunologi, tidligere pandemier, sentrale konsepter innen smittevern og beredskap og håndteringen av pandemien i Norge.

Starheim forklarer at pandemi med et koronavirus var en velkjent trussel, og at sårbarheten i den norske beredskapen, som mangel på smittevern-utstyr og intensivkapasitet, var godt kjent. Norge burde ha vært bedre forberedt. Helsemyndighetene kritiseres for utydelig kommunikasjon og



sendrektighet vinteren 2020, men ellers er Starheim fornøyd med den norske pandemihåndteringen.

Det var ingen politisk panikkhandling å stenge landet. Stenging gikk fra å være utenkelig til å være det eneste «rette» i løpet av noen hektiske dager i mars. Han mener at de negative effektene av stenging var små, sammenliknet med et stort smitteutbrudd om landet hadde vært holdt mer åpent, men dette fremstår som en påstand uten overbevisende argumentasjon.

Pandemihåndteringen i Sverige vies nesten to hele kapitler. Starheim mener at styringen av den svenske pandemien var «grovt uaktsom», og slår fast at Sverige valgte en strategi som «førte til fleire tusen dødsfall som kunne ha vore unngått». Folkhälsomyndigheten beskrives som «eit fagmiljø som egentleg ikkje tok pandemien heilt på alvor», og som var «meir opptekne av å halde linja enn av dei store menneskelege lidningane i det svenske samfunnet». Dette perspektivet vil nok mange være uenige i.

For det meste er kritikken av den svenske håndteringen lite slagkraftig. For eksempel kritiseres manglende oppskalering av testkapasitet tidlig i pandemien – uten å drøfte hvordan det skulle bidratt til å håndtere pandemien bedre, og uten å nevne at Sverige var et av få land som gjennomførte jevnlig prevaletstester i befolkningen. Jeg savner også et kritisk blikk på massetestingen som ble gjennomført i Norge, der forfatteren kunne stilt spørsmålet: Hva kom egentlig ut av det?

Også andre temaer hadde fortjent en bredere diskusjon. Starheim mener at Norge gjorde rett i å la politikerne lede an, mens Sverige begikk en feil ved å lene seg for tungt på fagfolkene. Jeg savner en refleksjon rundt politikeres egeninteresse i å fremstå handlekraftige i en krisesituasjon. Han diskuterer pandemiplanene før 2020 hvor det var skissert et scenario med 6000–8000 døde uten inngripende smitteverntiltak. Starheim mener erfaringene fra pandemien har gjort det klart at befolkningen ikke ville være fornøyd med forsiktige tiltak i en slik situasjon, men denne verdidebatten går han heller ikke dypere inn i.

Starheim skal ha honnør for å reise store og viktige spørsmål, men svarene som presenteres er snevre og til dels skråsikre. Boken hadde tjent på mer refleksjon og større ydmykhet.

Lise Mørkved Helsing
l.m.helsing@medisin.uio.no

Lise Mørkved Helsing er lege og førsteamanuensis i forskergruppen Klinisk effektforskning ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

Munch på nytt

Ivo de Figueiredo

Stormen: en biografi om Edvard Munch

Oslo: Aschehoug, 2023

366 s.

ISBN 9788203363481

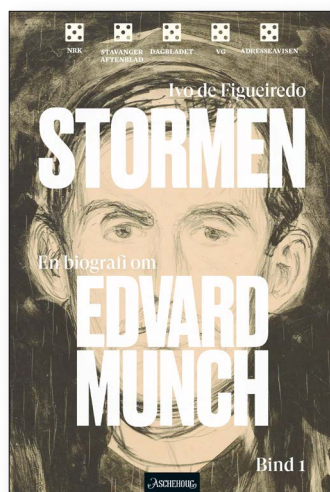
Michael 2024; 21: 135–136

doi:10.5617/michael.10965

Edvard Munch (1863–1944) var Norges største kunstner, og boka er et nært og storslaget portrett av den gåtefulle kunstneren og hans tid, ifølge vaskeseddelen. Er vi der igjen? Må vi rangere kunstnerne våre på denne måten? Og bygge opp under gamle myter om at de var så gåtefulle?

Heldigvis er ikke reklameteksten typisk for innholdet. Den prisbelønte biografen og historikeren Ivo de Figueiredo har arbeidet med Munchs biografi i seks år. Han er en av våre fremste sakprosaforfattere og har tidligere blant annet skrevet en tobindsbiografi om Henrik Ibsen. Både Ibsens og Munchs liv og verk er så grundig studert og analysert at det skal godt gjøres å komme med noe grunnleggende nytt (1). Slik er det, men den rutinerte forfatteren trekker sammen og trekker linjer og har med rette høstet mange godord for dette første bindet av den nye Munch-biografen.

Et illustrerende eksempel er beskrivelsen av det dramatiske bruddet mellom Munch og Mathilde (Tulla) Larsen (1869–1942) i 1902 (2). Et skudd gikk av i Munchs hus i Åsgårdstrand, og det endte med at han måtte amputere distale falang av venstre hånds tredje finger. Hva hendte? «Noe svar vil vi aldri få så lenge den eneste førstehåndsberetningen om hva som



skjedde, består av en bunke litterære minner, skrevet av en mann som i gjerningsøyeblikket var full som en alke, og som i tiden etter kom til å utvikle et spinn av paranoide forestillinger rundt hendelsene denne natten». Legger vi en streng kildekritikk til grunn, er det umulig å utelukke noen av forklaringene. Var det et vådeskudd, et avverget selvmord, et mislykket eller avbrutt affektdrap? «[A]lt kan ha skjedd denne natten, alt som skjedde tilhører denne natten, og denne natten alene» (s. 293–294).

Munchs far, korpslegen Christian Munch (1817–1889), er en fascinerende skikkelse. De Figueiredo hevder at medisinen var den minst lukrative veien for en embetsmannssønn, med mindre man disputerte og ble *medicus* (s. 14–15). Men hva betyr det? I årene etter at Det medisinske fakultet i hovedstaden ble etablert i 1814 og fram til 1875, var det bare fire leger som disputerte, og det var neppe av økonomiske årsaker. Det var vel heller ikke slik at *medicus*-tittelen krevde disputas. Forfatteren fremstiller korpslegen som en stusslig fyr. Jeg kunne være fristet til å skrive fram en annen historie, om en mann som klarer seg til tross for harde prøvelser. Da Christian ble enkemann, 51 år gammel, satt han igjen med fem barn under seks år, den yngste bare ti måneder gammel, og den eldste datteren døde ni år seinere. Og hvilken far ville ikke blitt urolig når eldstemann, 17 år gammel, bestemmer seg for å bli maler og får tvilsomme venner?

Boka avsluttes med skuddet i Åsgårdstrand i 1902. Munch er 39 år. Andre bind utkommer høsten 2024.

Erlend Hem
erlend.hem@medisin.uio.no

Erlend Hem er instituttsjef ved Legeforskningsinstituttet, professor ved Universitetet i Oslo og redaktør i Michael.

Litteratur

1. Hem E. Helstøpt om Ibsen. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2007; 127: 3292. <https://tidsskriftet.no/2007/12/anmeldelser/helstopt-om-ibsen> (26.12.2023).
2. Hem E. Munch og medicin. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2010; 130: 1376–1377. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.0437>

Dypdykk i dødelighet

Jan Sundin

Den ojämlika döden: landsbygder i Östergötland 1750–1860

Linköping: DIBB förlag, 2023

498 s.

ISBN 978-91-986289-5-1

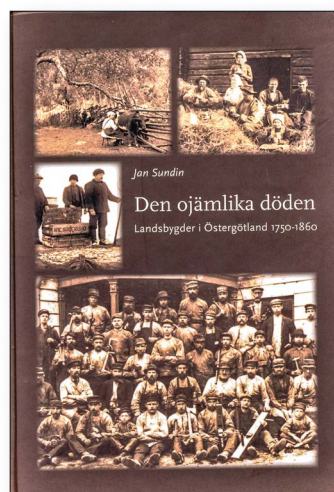
Michael 2024; 21: 137–138

doi:10.5617/michael.10966

I 1970- og 1980-årene skjedde det en oppblomstring av kvantifiserende medisinhistorisk forskning i flere land. Årsakene var flere. Noe hadde med tidsånden å gjøre. Enkeltmenneskers liv og levnet, både i samtid og fortid, fikk større allmenn oppmerksomhet. En mer håndfast forklaring er at datidens nye datateknikk hadde åpnet muligheter for å bearbeide store medisin- og sosialhistoriske tallmaterialer på en helt annen måte.

I Sverige hadde man allerede fra 1749 det såkalte *Tabellväverket*, inntil dette ble omorganisert til det svenske statistiske sentralbyrået (SCB) i 1859. *Tabellväverket* registrerte detaljerte opplysninger, blant annet om befolkningens liv og helse. Gradvis ble dette kildematerialet digitalisert. De nye datasettene ga detaljert informasjon om dødelighet og sykelighet, nå egnet til å sette inn i en større sammenheng. Historisk like viktig var mulighetene for å kople dette bildet med den allmenne konteksten. Vi fikk en ny arena for studier av forholdet mellom levekår og helse.

Et sentralt miljø for denne typen studier ble *Tema Hälsa* ved Linköpings universitet. Der var – og er – historikeren, professor Jan Sundin (f. 1941) en drivende kraft. I denne boken forteller han om sine studier av utviklin-



gen i ti utvalgte nokså ulike områder i Östergötland, basert på *Tabellvärkets* materiale for de enkelte sogn. Östergötland ligger sørvest for Stockholm mellom Vättern og Østersjøen. Det er et slags Sverige i miniatyr med skogsområder i nord og sør, skjærgårdssamfunn i øst og et rikt sletteland med jordbruk og framvoksende industribyer på midten. De meget inngående enkeltstudiene gir derfor eksakt og verdifull informasjon om koplingen mellom helse og forskjellige kontekster. Utvalget av steder som er studert, tillater derfor sammenlikninger med generaliserbar verdi. Det er et stort antall diagrammer og annet illustrasjonsmateriale som visualiserer funnene, og som egentlig setter en standard både for intensjonsdybden i slike studier og for presentasjonen av dem.

Det sier seg selv at detaljer om Östergötland og dets helse- og sosialhistorie 1750–1860 er lesning for spesielt interesserte. På den annen side gir materialet fra *Tabellvärkets* en unik innsikt i et samfunn på vei inn i den demografiske transisjon og en gradvis modernisering. For mange i samtiden var dette et fattig-Sverige med ulikhet og utrygghet og usminket nød.

Leseren bør starte med Jan Sundins sammenfattende oversiktskapittel *Det jämlika livet* (s. 469–489). Det er en allmenn, massivt dokumentert innføring i periodens helse- og medisinhistorie. Mange av interaksjonene mellom helse og levekår mellom 1750 og 1860 er prinsipielt de samme som nå. Det er tiden som er annerledes. Derfor har Jan Sundins drøftinger av sine data en overføringsverdi i tid og rom som går langt ut over den perioden, det området og den tiden denne velskrevne boken dreier seg om.

Øivind Larsen

oivind.larsen@medisin.uio.no

Øivind Larsen er professor emeritus i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo og redaktør av Michael.

Godt om utmattelse og utbrenthet

Alv A. Dahl

Utmattelse og utbrenthet: klinikk, teori og behandling

Oslo: Universitetsforlaget, 2023

369 s.

ISBN 978-82-15-06943-2

Michael 2024; 21: 139–140

doi:10.5617/michael.10967

Kronisk utmattelse og utbrenthet er omdiskutert både med henblikk på forståelsesmodeller, sykdomsmekanismer og behandling. I denne boken gis en strukturert, nyttig og interessant oversikt og sammenstilling av forskning knyttet til disse tilstandene.

Boken er inndelt i fire deler. Først diskuteres sykdomsbegreper, idéhistorie og utmattelse generelt. Hoveddelen er viet kronisk utmattelsessyndrom, som på engelsk gjerne kalles chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis, forkortet CFS/ME. Forfatteren presenterer symptomer, retningslinjer for diagnostikk, mulige årsaksfaktorer, utredning, forekomst og forløp samt behandling og tilrettelegging. I den tredje delen behandles utbrenthetsbegrepet med tilsvarende underkapitler. I siste del gjennomgås andre sykdommer der utmattelse er eller kan være et viktig symptom. Hvert kapittel har en kort innledning med en nyttig presentasjon av hva som skal diskuteres. Mange norske studier refereres, og det er rikelig med henvisninger til ytterligere litteratur.

Forfatteren har satt seg imponerende godt inn i et relativt nytt fagfelt. Han har erfaring med sykdommer uten biologiske markører og med uenighet rundt årsaksmekanismer og behandling, og ble her motivert av en faglig



nysgjerrighet til hvordan slike uenigheter kan bli så opprivende som de har vært rundt CFS/ME. Beskrivelsen av debatten rundt behandlingsstudien PACE gis god plass og er et eksempel som gir innblikk i og forståelse for noen av konfliktene som har vært rundt diagnostikk og behandling.

Min bakgrunn er fra utbrenthetsfeltet, og forfatteren peker med rette på usikkerheten rundt klinisk relevans og grenseverdier for ulike definisjoner. Det er overraskende at han ikke omtaler den svenske utviklingen og måleinstrumentet Karolinska Exhaustion Disorder Scale (KEDS) (1), som bygger på malen til det velkjente MADRS-skjemaet for depresjon. Her har man definert et klinisk nivå av utbrenthet, *utmattningssyndrom*, som er blitt anerkjent som en egen sykdom i Sverige, og utløser rett til utbetaling av sykepengen.

En lang liste med forkortelser i starten av boken er nødvendig for å forstå navn på tilstand, kartleggingsskjemaer og behandlingstilnæringer. Kanskje kunne forfatteren noe hyppigere ha skrevet i teksten hva forkortelsene betyr?

Forfatteren får godt frem manglende konsistens og holdbarhet i forskningen både for CSF/ME og utbrenthet. I etterordet skriver han at «gjennomgangen av forskningen på dette feltet har vært en stor skuffelse» med mangel på «stødige vitenskapelige grunnmurer for både utmattelse og utbrenthet». Ut fra konfliktene i feltet forutser han at han kan utsettes for «angrep fra de stridende parter».

En viktig motivasjon for å skrive boken har vært pasientenes lidelse og behov for hjelp, og forfatteren skriver primært for de profesjonelle hjelperne som skal utrede og bistå pasientene og for de pårørende som også har en viktig oppgave i å bidra. Jeg opplever at behovene hos de som er rammet av utmattelse blir litt usynlig. Det kunne vært nyttig med noen beskrivelser av hvordan enkeltmennesker opplever en slik utmattelsessituasjon. Den vitenskapelige presisjonen og presentasjonen kan skape en distanse til den enkeltes opplevelse og til de alvorlige og krevende livshistoriene vi som klinikere møter.

Karin Isaksson Rø
karin.ro@lefo.no

*Karin Isaksson Rø er spesialist i arbeidsmedisin, seniorforsker ved
Legeforskningsinstituttet og overlege ved Ressurscenteret Villa Sana.*

Litteratur

1. Besèr A, Sorjonen K, Wahlberg K et al. Construction and evaluation of a self rating scale for stress-induced exhaustion disorder, the Karolinska Exhaustion Disorder Scale. *Scandinavian Journal of Psychology* 2014; 55: 72–82. <https://doi.org/10.1111/sjop.12088>

Lykkeforskning møter kritisk tenkning

Lars Laird Iversen

Lykkeforskning. En sosiologs oppdagelsesreise

Oslo: Universitetsforlaget, 2023

150 s.

ISBN 9788215035482

Michael 2024; 21: 141–142

doi:10.5617/michael.10968

Forfatteren av denne boka hadde fordommer mot bøker om lykke. De gir assosiasjoner til lettvinne råd, udokumenterte påstander og overflatiske perspektiver på eksistensielle spørsmål. Men etter systematisk gjennomgang av litteraturen får vi en nøktern analyse av innsiktene fra lykkeforskningen. Her oppsummeres den viktigste kunnskapen i et kritisk sosiologisk perspektiv.

Det er ikke så lett å definere lykke, men *opplevelsen av velvære* eller at *livet er godt*, kan være ganske dekkende. At menneskene i et samfunn opplever å ha gode liv, er viktig. Dermed er kunnskapen om hva som påvirker dette, også viktig.

Kort oppsummert er det godt dokumentert at følgende bidrar positivt til lykke: fellesskap, fysisk og mental aktivitet, å være i naturen, oppmerksom tilstedeværelse og ritualer (fra gjentakelser av godnattrutiner til religionsutøvelse). Så da er det vel bare å sette i gang? Tren, helst ute i naturen, skaff deg gode relasjoner, vær til stede, bruk hodet, dyrk ritualer!

Både lykkeforskningen og lykkelitteraturen er utpreget individualistisk orientert. Én effekt er at mye av det som både burde være et individuelt og kollektivt ansvar, utelukkende blir plassert hos den enkelte. En sliten arbeids-



taker kan ha nytte av både yoga og meditasjon, men det bør antakelig gjøres noe med arbeidssituasjonen også. Om jobben krever mer enn du kan klare, er det ikke sikkert det er fordi du har for dårlig kondis, eller har vært for lite i naturen. Arbeidslivet kan også trenge reorganisering, ikke bare den enkeltes tanke- eller atferdsmønstre.

Iversen legger vekt på det delte ansvaret, men uten å påføre individet skyld. Han fremhever potensialet den enkelte har for sin egen lykke, men legger like stor vekt på de samfunnsmessige eller strukturelle forutsetningene for gode liv.

Et samfunn bør legge til rette for mer fysisk aktivitet, kontakt med natur og deltakelse i fellesskap. Men gode tiltak kan også vendes til sin motsetning, om vi ikke er oppmerksomme på menneskets tilbøyeligheter.

Et av de mest robuste funn i lykkeforskningen er betydningen av fellesskap. Men fellesskap impliserer også utenforskap, all vår sosiale organisering innebærer at noen er innenfor gruppen, andre er utenfor. Skillet mellom innenfor og utenfor kan være uproblematisk, som å tilhøre en familie eller en arbeidsplass, men kan også representere uakseptabel diskriminering. Dersom vi for eksempel ignorerer vår tilbøyelighet til statusorientering, blir vi blinde for ubegrunnet diskriminering. Det er ekstra problematisk å tro at vi selv ikke er offer for slike tilbøyeligheter, det betyr at fordommene får «slumre videre». God politikk må også anerkjenne våre mindre hyggelige tilbøyeligheter, bare slik kan vi redusere betydningen av dem.

Innledningsvis presenterer Iversen en teoretisk modell for å forstå relasjoner mellom natur og kultur, individ og samfunn som «kan hjelpe oss til å tenke konstruktivt om forholdet mellom historisk og strukturell posisjon, og personlig ansvar». Han skriver at boka kan leses uten dette kapittelet, men jeg synes det ga et fint grunnlag for forståelse av hva samfunn og enkeltmennesker kan gjøre for å fremme gode liv. Som helhet gir boka et klokt blikk både på individuelle og kollektive faktorer – og den gir en betimelig korleksjon til tanken om at det meste er gjort, bare vi skjerper oss som enkeltmennesker.

Berit Horn Bringedal
berit.bringedal@lefo.no

Berit Horn Bringedal er sosiolog, dr.polit. og arbeider som seniorforsker i Legeforskningsinstituttet.

Springende om kvinnehelse

Liv Bjørnhaug Johansen

Diagnose kvinne: hvordan kvinnehelse havnet i medisins blindsoner

Oslo: Manifest, 2023

179 s.

ISBN 9788283421712

Michael 2024; 21: 143–144

doi:10.5617/michael.10969

Det er gledelig at det nå utgis debattbøker om kvinnehelse, særlig etter at en offentlig utredning ble publisert i mars 2023. Forfatteren av boka *Diagnose kvinne* er sykepleier og helsepolitisk rådgiver for Rødt på Stortinget.

På vaskeseddelen står det at den inneholder intervjuer med flere kvinner: Annie Thora med voldsomme smerter i mer enn 15 år, Cathrine som fikk høre at hun innbilte seg de kroppslige plagene sine, Britta som ble 30 før hun ble diagnostisert med ADHD og fikk behandling som hjalp henne. Forfatteren ønsker å gi eksempler på det problematiske ved å generalisere kunnskap som utelukkende er basert på studier av menn, eller der kjønnsforskjellene ikke er analysert. Hun fletter sykehistorier sammen med eksempler fra litteraturen og intervjuer med ulike fagpersoner. Innimellom presenteres også noen av hennes egne erfaringer.

I en av sykehistoriene er hovedbudskapet at legene ikke tenkte på endometriose, og at korrekt diagnose ikke ble stilt på årevis. Forfatteren kaller tilstanden «alle kvinnesykdommers mor». Dette bildet er imidlertid ikke så vellykket ettersom alle blir symptomfrie etter menopausen (1). Endome-



triose er faktisk ikke relevant for postmenopausale kvinner. Selv om det er naturlig at boken stort sett dreier seg om unge kvinner, savner jeg flere refleksjoner der både kjønn, alder og livsfaser blir trukket inn.

Jeg synes også at forfatterens utsagn om at «legene har ikke hatt kunnskapen som gjør at de gjenkjenner sykdomstegnene», og at «Kvinner blir ofte ikke hørt» (s. 17), gir forenklede bilder av endometriose. Utsagn som «kvinnekroppen er som mannkroppen, bare med et lag av hormoner på toppen som roter det hele litt til» (s. 37), er en sjablongmessig beskrivelse av utfordringene ved persontilpasset medisin. Den relevante påpekningen av bedre oppfølging i barseltiden skjemmes av utsagn som at «Legens arbeidsstilling trumfet all vitenskapelig og praktisk jordmordkunnskap om hvilke fødestillinger som er fysiologisk best og minst risikable for den som skal føde» (s. 84).

Forfatteren er på sitt beste når hun krydrer med egne observasjoner som sykepleier, for eksempel om stigmatisering av enkelte pasientgrupper. En forfriskende fortelling er om Legevakthåndboka som påpeker at brystkassa må barberes om den er hårete, men det «står ikke noe om hva man skal gjøre om puppene er i veien for plasseringen» (s. 48). Felleskatalogen, som hun kaller helsepersonells «beste venn på medisinrommet», inneholder sjelden opplysninger om kjønnstilpasset dosering (s. 69). Jeg deler forfatterens egen innsikt: «Kvinnene jeg har snakket med i arbeidet med denne boka, sprenger rammene mine» (s. 141). Boka har en del tankevekkende momenter, men den skjemmes av en hoppende og lite systematisk framstilling.

I innledningen forsøker forfatteren å bygge opp en metafor fra ornitologien. Hun strever med å se forskjell på småfuglene på fuglebrettet. Jeg leser ivrig og venter på det innlysende poenget, som ikke kommer: Fjærdrakten til hunnfugler og hannfugler er svært ulik i de fleste livsfaser, men kan bli mer lik under fjærfellingen (mytingen). Denne metaforen passer godt til å si noe om at kunnskap behøves om både kjønn, livsfaser og alder.

Litteratur

1. Fagervold B, Jenssen M, Hummelshoj L et al. Life after a diagnosis with endometriosis – a 15 years follow-up study. *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica* 2009; 88: 914–919.

Berit Schei

berit.schei@ntnu.no

Berit Schei er pensjonert professor i samfunnsmedisin ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og overlege ved Kvinneklubben, St. Olavs hospital.

Ny biografi om Katti Anker Møller

Hege Duckert

Katti Anker Møller: Å bestemme over livet

Oslo: J.M. Stenersens forlag, 2023

512 s.

ISBN 978-82-7201-796-4

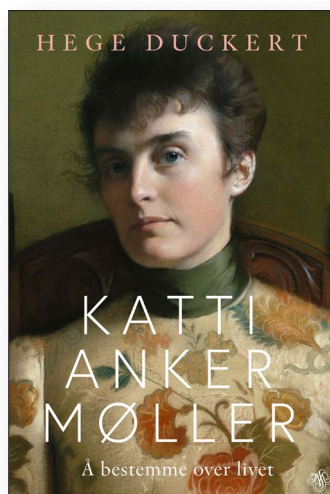
Michael 2024; 21: 145–146

doi:10.5617/michael.10970

Journalisten og forfatteren Hege Duckerts biografi om Katti Anker Møller (1868–1945) har fortjent høstet mange lovord. Boka er fengende, lettlest og gir et levende bilde av Møller og hennes miljø i en interessant periode i norsk politisk historie.

Duckert har latt seg begeistre og fengsle av store mengder brev og dagbøker, avisartikler og notater, samt kjente taler Møller holdt: om mødrebeskyttelse og seksualreform i 1915, der avkriminalisering av abort var tema, og om kvinneskapsloven i 1919. Møller var vakker, klok og velstående. Duckert vil vise Møller som person og kampen for kvinners rett til å bestemme over eget liv, og hun ser Møller som «en av de viktigste og mest visjonære kvinnene i norsk historie».

Boka har sju deler. De to første dekker barndom og ungdom, del 3 tida som ung husfrue. I del 4 (fra vel halvveis i boka) er det politiske virket viktig, i del 5 og 6 de kjente talene, del 7 omhandler alderdom og de siste årene. Brev, dagbøker, aviser og bøker er kilder. Det er få referanser, de er organisert kapittelvis bakerst, uten systematiske sidehenvisninger.



Duckert framstiller Møller som en som sto alene, uredd og framsynt, i kravet om kvinners rett til fødselskontroll og råderett over livet, slik Møllers datter Tove Mohr gjorde i sin biografi om mora i 1968. Duckert viser til at Møller hadde kontakter utenlands, som svenske Frida Stéenhoff, men leseren får ikke vite hva hun sto for eller hva tidsskriftet *Mutterschutz und Sexualreform*, som Møller abonnerte på, inneholdt. Slik gir boka mindre innsikt i Møllers inspirasjonskilder og den internasjonale konteksten for innsatsen hennes.

Duckert berømmer Møllers innsats for vedtaket av de Castbergske barnelovene i 1915. Møller holdt foredrag og talte for ugifte mødre og deres barn, situasjon og rettigheter. *Tidsskrift for velferdsforskning* nr. 4/2015 var viet barnelovene, blant annet med forskning om Møllers rolle i disse lovforarbeidene. Ingen av artiklene i temanummeret er referert i boka. Arbeiderkvinnebevegelsen virket samtidig for ugifte mødre og deres barns kår, for prevensjonstilgang og fødselskontroll. Den var også inspirert av lignende krav internasjonalt og var Møllers forbundsfelle i noen saker. Møllers innsats var sentral for åpningen av det første mødrehygienekontoret i Oslo i 1924, men det var arbeiderkvinner over hele landet som bygde de kontorene som ble ødelagt under krigen. Møllers innsats ville ikke vært mindre viktig om også andres innsats ble nevnt.

Jens Olai Jenssen og Elisabeth Lønnås biografi om Katti Anker Møller kom i 2021, og den brukte også Møllers arkiver som viktige kilder. Duckert bruker opplysninger fra boka, men diskuterer ikke disse biografenes funn og framstilling. Den som har lest om Møller før, vil finne lite nytt hos Duckert. Men en ny opplysning er det: Møller skaffet seg pessar og fikk bare det antallet barn hun ville ha. Duckerts bok har få analyser og drøftinger. Annen litteratur om Møller diskuteres ikke. Det er et savn. Det trengs fortsatt forskning om Katti Anker Møllers virke, satt inn i en videre kontekst og med kritiske analyser.

Kari Tove Elvbakken
karitove.elvbakken@uib.no

*Kari Tove Elvbakken er professor ved Institutt for politikk og forvaltning,
Universitetet i Bergen.*

Det norske medisinske Selskab 2023

*Michael 2024; 21: 147–154
doi:10.5617/michael.10971*

Det norske medisinske Selskab hadde 290 medlemmer ved utgangen av 2023. Det ble arrangert ni godt besøkte møter i løpet av året. Legenes hus er blitt et veletablert møtested, og med unntak av julemøtet, ble alle møtene holdt der. Tidsskriftet Michael utga ett supplement i tillegg til de ordinære fire utgivelsene. I mars 2023 fikk Michael årets pris for språk og formidling som utdeles av Norsk tidsskriftforening.

Våren 2023

Onsdag 18. januar 2023 kl. 1915 var temaet *Digital hjemmeoppfølging, kan det avlaste fastlegetjenesten?* Det var 32 deltakere og innledninger ved seniorrådgiver, lege Marius Tyssvang, Avdeling velferdsteknologi og rehabilitering i Helsedirektoratet og Sigurd Sørås Jonassen, ass. seksjonsoverlege ved Legevakten i Oslo og tidligere fastlege på Grünerløkka.

Onsdag 15. februar 2023 kl. 1915 var det debattmøte om *Helsepersonellkommisjonen* som like før la fram sin utredning *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste* (NOU 2023: 4). 103 deltakere hørte kommisjonsleder Gunnar Bovim innlede. Deretter var det korte kommentarer fra Ståle Clementsen (Legeforeningen), Kai Øivind Brenden (Norsk sykepleierforbund), Iren Luther (leder av Yrkesseksjon helse og sosial i Fagforbundet) og Svein Lyngroth (kommunaldirektør for byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester, Oslo kommune). Debattleder var professor Stein A. Evensen, og møtet ble arrangert med støtte fra Norsk tidsskriftforening og Fritt Ord.



Figur 1. Debattmøtet om Helsepersonellkommisjonen i februar 2023 var årets best besøkte møte med over 100 deltaker. Møteleder Stein A. Evensen til venstre og styreleder Magne Nylenna ved mikrofonen. (Foto: Øivind Larsen)

Onsdag 8. mars 2023 kl. 1915 var temaet *Løsningen på kreftgåten*. 46 deltakere hørte professor Jarle Breivik, Universitetet i Oslo.

Onsdag 12. april 2023 kl. 1915 var temaet *Multipel sklerose: årsaker, sykdomsmekanismer og behandling*. Det var 42 deltakere. Innledningene var ved overlege, professor Elisabeth Gulowsen Celius, Nevrologisk avdeling, Oslo universitetssykehus og overlege, professor Trygve Holmøy, Nevrologisk avdeling, Ahus.

Onsdag 24. mai 2023 kl. 1915 var temaet *Er medisin litteratur? Er litteratur medisin?*

Michael nr. 2/2023 om *Litteratur og medisin* ble lansert med innledning av professor Jan Frich. 73 deltakere var med på møtet og 26 deltok på det etterfølgende årsmøtet i Selskapet.

Høsten 2023

Onsdag 20. september 2023 kl. 1915 var temaet *Norsk helsetjeneste: verdens beste eller «god nok»?* Det var 59 deltakere og tre innledninger:

- *Norge i verden* ved Ingrid Sperre Saunes, cand.polit., seniorrådgiver i Folkehelseinstituttet
- *En bærekraftig helsetjeneste* ved Erlend Tuseh Aasheim, lege, avdelingsdirektør i Helsedirektoratet
- *Allmennlegen – mellom forventninger og begrensninger* ved Kjell-Olav Svendsen, fastlege, Frogner helsesenter

Onsdag 18. oktober 2023 kl. 1915 var temaet *Delirium – «akutt hjernesvikt»*. Det var 52 deltakere og to innledninger:

- *Patofysiologi* ved Leiv Otto Watne, overlege Ahus og professor ved Universitetet i Oslo
- *Behandling* ved Bjørn Erik Neerland, overlege og postdoktor ved Oslo universitetssykehus

Onsdag 15. november 2023 kl. 1800 var det seminar om *Abort*, arrangert i samarbeid med Legeforskningsinstituttet og støttet av Norsk tidsskriftforening og Fritt Ord. Seminaret var knyttet til abortutvalgets utredning (*Abort i Norge – Ny lov og bedre tjenester* NOU 2023: 29), som ble publisert en måned senere, og til lanseringen av *Michaels* temanummer om abort, nr. 4/2024. Før en engasjert debatt var det fire innledninger:

- *Abortutvalget – mandat og aktuelle problemstillinger*. Kari Sønderland, leder for Abortutvalget
- *Abort i Norge – metoder og statistikk 1979–2022*. Mette Løkeland, overlege Haukeland universitetssykehus og leiar for Abortregisteret, Folkehelseinstituttet
- *Utvidet selvbestemmelse ved abort – en kritisk vurdering*. Morten Magelssen, førsteamanuensis i medisinsk etikk, Universitetet i Oslo
- *Senabort – den usynlige sorgen*. Signe Veierud Busch, førsteamanuensis i rettsvitenskap, UiT Norges arktiske universitet

Seminaret ble ledet av professor Erlend Hem. Det var 53 deltakere samt 24 på strømming: <https://www.youtube.com/watch?v=TmKZFSU1Cw&t>

Onsdag 13. desember 2023 kl. 1800 var det julemøte i Oslo katedralskole. Temaet var *Internasjonalisering av norsk medisin*. Det var tre innledninger:

- *Heimfødingsmedisin? Frederik Holst, internasjonaliseringen av norsk medisin - og den spesifikt norske legerollen* ved Øivind Larsen, professor emeritus, Universitetet i Oslo
- *Medisnutdanningen i et internasjonalt perspektiv* ved Janneche Wiers-Jenssen, forskningsleder, Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU)



Figur 2. Abortutvalgsleder Kari Sønderland innledet seminaret om abort i november. (Foto: Magne Nylenna)

- *En medisinstudent i Ungarn vender hjem til Norge* ved Leah Kahn Barstad, nyutdannet lege
- Etter møtet var det sosialt samvær i Katedralskolens kantine. 60 deltakere var med på møtet og 55 på samlingen etterpå.

Årsmøtet 2023 og andre aktiviteter

Årsmøtet i Det norske medisinske Selskab ble avholdt umiddelbart etter medlemsmøtet 24. mai 2023. Det deltok 26 medlemmer. Saklisten var kort:

- Regnskapene for Det norske medisinske Selskab og to legater: Ragnhild og August Gillums legat og Dr. Alexander Malthes legat til beste for yngre leger ble godkjent.



Figur 3. Siste innlegg i 2023 ble holdt av Leah Kahn Barstad som fortalte om sine erfaringer som nyutdannet lege i Ungarn. (Foto: Øivind Larsen)

- Årskontingent ble vedtatt øket til kr 600.
- For perioden 2023–2025 ble følgende styre valgt:
 - Magne Nylenna, leder
 - Styremedlemmer: Arvid Heiberg, Stein A. Evensen, Frøydis Langmark, Øivind Larsen, Jørgen Valeur, Erlend Hem
 - Varamedlemmer: Kristine Lillestøl og Merethe Roos

Legatene

For første gang på lenge ble det gitt tildelinger fra legatene som Selskapet forvalter:

Fra Alexander Malthes legat for indremedisin ble det etter søknader tildelt 50 000 kr til to prosjekter:

- Espen Waage Skjeflo, Nordlandssykehuset, for prosjektet *ECMO og tromboinflammasjon*.
- Khan Do-Cong Pham, Medisinsk avdeling Haukeland universitetssjukehus, for prosjektet: *Endoskopisk ultralyd radiofrekvensablasjon av neuroendokrine svulster i pankreas og binyrer*.

Fra Ragnhild og August Gillums legat for hjerteforskning ble det etter søknad tildelt 50 000 kr til:

- Alessandro Müller Bortoli med bakgrunn fra Oslo universitetssykehus og Sykehuset i Vestfold til Clinical Fellowship, Ottawa, Canada 2022–2023.

Legenes hus

Avtalen mellom Det norske medicinske Selskab og Den norske legeförening som ble inngått i 2019 om bruk av møtelokaler, ble på grunn av koronapandemien først realisert høsten 2021. Erfaringen gjennom to år har vært meget god. Selskapet arrangerer sine møter og holder styremøter i huset, og det samme gjør *Michaels* redaksjon. Det nye møtestedet har sannsynligvis bidratt til økt deltakelse på medlemsmøtene. Rutinemessig strømming av møtene er ønsket av mange og har vært drøftet i styret. Det finnes ingen enkle metoder for dette, og Selskapet har ikke midler til profesjonell, innleid hjelp. Strømming av enkeltarrangementer forutsetter separat finansiering. Selskapets styreleder har jevnlig møter med Legeföreningens generalsekretær og fikk 20. november 2023 også anledning til å presentere Selskapet for Legeföreningens ansatte på allmøte.

Michael

Tidsskriftet *Michael* markerte sin 20. årgang med fire ordinære utgivelser og ett supplement i 2023. Ved utgangen av 2023 er det i alt utgitt 80 ordinære utgaver og 31 supplementer. Redaksjonen ble styrket med to nye redaktører, Jan Frich og Nina Husom.

Fra 2022 selges papirutgaven av *Michael* via Tekstallmenningen.no. *Michael* er nå i prosess med Fritt, en publiseringsjeneste for forskere og fagmiljø ved Universitetet i Oslo for fagfelleverderte tidsskrifter med åpen tilgang (open access). Målet er å kunne benytte deres manuskriphåndterings- og arkivsystem.

Michael ble presentert over fem trykksider i *Prosa*, Norsk faglitterær forfatter- og oversetterforenings medlemsblad, nr. 4/2023.

Ved årsmøtet i Norsk tidsskriftforening 30. mars 2023 ble *Michael* tildelt årets pris for språk og formidling, basert på *Michael*-årgangen 2022.



Figur 4. Michaels supplement om pasientjournalen ble lansert i februar 2023. Bokversjonen kan bestilles på tekstallmenningen.no.

- *Michael* nr. 1/2023 (154 sider) handlet om dødshjelp og ble utgitt i etterkant av seminaret som ble arrangert av Selskapet og Legeforskningsinstituttet 9. november 2022.
- *Michael* nr. 2/2023 (141 sider) hadde som tema *Litteratur og medisin* og ble lansert under Selskapets møte 24. mai 2023.
- *Michael* nr. 3/2023 (158 sider) hadde som tema *Infeksjonshistorie*.

- *Michael* nr. 4/2023 (156 sider) handlet om abort og ble lansert i forbindelse med et felles seminar mellom Selskapet og Legeforskningsinstituttet 15. november 2023.
- Supplement 31 (207 sider) hadde tittelen *Pasientjournalen – språk, dokumentasjon og helsekompetanse* og var redigert av Magne Nylenna, Erlend Hem og Nina Husom. Utgivelsen var finansiert av Språkrådet og Direktoratet for e-helse og ble lansert på et seminar med blant andre helse- og omsorgsministeren i Nasjonalbiblioteket i Oslo 14. februar 2023.

Magne Nylenna

magne@nylenna.no

Magne Nylenna er styreleder i Det norske medisinske Selskab

Michael

1. *Michael* is a publication series of The Norwegian Medical Society (Det norske medicinske Selskab).
2. *Michael* is named after Michael Skjelderup (1769–1852), the first medical professor in Norway and one of the founding fathers of the Society.
3. *Michael* is distributed to the members of the Society, other subscribers and libraries. Separate issues may also be distributed to external groups of readers.
4. *Michael* publishes high quality papers on medical history, medical humanities, public health and health politics. The manuscripts will be peer reviewed prior to the editorial decision on acceptance.
5. *Michael* publishes articles in the Scandinavian languages or in English, depending on topic and main readership. *Michael* is available open access at www.michaeljournal.no.
6. *Michael* publishes four regular issues a year. Supplements may be published at irregular intervals.

Editors:

Professor Jan Frich
Professor Erlend Hem
Professor em. Øivind Larsen
Professor em. Magne Nylenna
Copy editor: Nina Husom

Editorial board:

Professor Geir Sverre Braut
Professor Kari Tove Elvbakken
Professor Linn Okkenhaug Getz
Professor Christoph Gradmann
District medical officer Cato Innerdal
Professor Hilde L. Sommerseth

Postal address:

Tidsskriftet *Michael*
P.O. Box 1152 Sentrum
NO-0107 Oslo
Norway
michael@dnms.no

Annual subscription rate
NOK 600 (2023)

ISSN 1893-9651

Fra norsk primærhelsetjeneste i 1880-årene: Omslagsbildet viser maleriet *Lægebesøg paa Landet* (også kalt bare *Lægebesøg* eller *Doktorbesøg*) av Jacob Gløersen (1852-1912). Det er utført i olje på lerret, måler 70x80 cm og er datert 1888. Dette årstallet er noe merkelig, ettersom det vanligvis dateres til 1885. *Christiania Nyheds- og Avertissementsblad* omtaler det panegyrisk den 6. juni 1885. *Morgenbladet* kan dessuten opplyse om bildet 23. desember 1886 i forbindelse med en utlodning i Christiania Kunstforening. Men i 1888 var det en stor, internasjonal kunstutstilling i München, og der ble bildet vist. Kanskje har kunstneren gjort noen siste korreksjoner før utstillingen, og derfor datert med 1888? Det vet vi ikke. Uansett er det en ikonisk framstilling av datidens helsetjeneste, der besøket av den pelskledd legen var en viktig del. Maleriet var ellers utstilt ved kunst- og industriutstillingen i Stockholm i 1897, i Kristiania kunstforening 1911, ved jubileumsutstillingen på Frogner i 1914 og igjen i Oslo kunstforening i 1932. Bildet er i privat eie. (Foto: Morten Zondag)

www.dnms.no

ISSN 1893-9651



9 771893 965004