

**PRIORITERING I HELSEVESENET – EN GENERELL  
GJENNOMGANG MED SPESIELT BLIKK PÅ  
ELDREOMSORGEN**

*Av studmed. Peter Paulsen Chankour*

## **ABSTRACT**

This paper gives an account of the ways of thinking that are prevalent in the discussion about matters of priority in the Norwegian health service. Additional focus has been given to some particular factors concerning prioritisation of health services in relation to the elderly. The setting is that in any modern health service it becomes necessary to prioritise between the different services one wishes the health service to provide. This is due to the limited resources available to society. Furthermore, it appears that services to the elderly receive lower priority in the modern Norwegian health service. This paper includes documentation that this is the case, and also suggests that the challenges will grow in the future as the number of elderly will increase sharply in the coming years.

Finally, you will find a discussion concerning prioritisation in relation to the elderly in the health service. In this discussion I argue that in the modern health service there is a form of discrimination against patients in this age group. I suggest that this discrimination occurs at the managerial and administrative level, but many times also between the patient and the person responsible for treatment. Furthermore, I argue that the criteria used in the process of prioritisation in Norway is inadequate when faced with complex patient groups. I suggest that matters of efficiency is given too much weight, and I call for increased focus on ethical argumentation and interpersonal relations in the process of prioritisation.

## INNHold

<b>Abstract</b>	.....	2
<b>Innhold</b>	.....	3
<b>Innledning</b>	.....	4
<b>Metode</b>	.....	6
<b>Prioriteringsteori</b>	.....	7
Prioriteringsbegrepet	.....	7
Verdier og kriterier for prioriteringsbeslutninger	.....	8
Ny inndeling av prioriteringsgrupper	.....	9
<b>Lovfestede pasientrettigheter</b>	.....	10
<b>Eldre og helse</b>	.....	11
<b>Den eldre befolkning i fremtiden</b>	.....	13
Kunnskapsgrunnlaget	.....	13
Resultater	.....	14
<b>Evidence based medicine og de eldre</b>	.....	15
<b>Eldreomsorgen i dag</b>	.....	18
<b>Oppsummering</b>	.....	19
<b>Diskusjon</b>	.....	20
<b>Litteratur</b>	.....	24

## INNLEDNING

I denne oppgaven skal det gjøres rede for hvilke tenkemåter som brukes i diskusjonen om prioriteringsbeslutninger i norsk helsevesen. Videre vil jeg spesielt se på enkelte særegne faktorer i prioritering av helsetjenester til den eldre del av befolkningen

I løpet av medisinstudiet blir man eksponert for en lang rekke kliniske, sosiale og ikke minst politiske problemstillinger. Man må tidlig bli bevisst på det å foreta beslutninger med konsekvenser for alle disse områdene. Et godt eksempel som presenteres allerede første semester på medisinstudiet i Oslo er primærlegens portvaktrolle, der dobbeltrollen som pasientens advokat og samtidig som beskytter av samfunnets begrensede ressurser illustreres(1). Man ledes inn i et tankesett om at bildet av virkeligheten oftest ikke er sort/hvitt og at det skjønnet man utviser som lege vil ha mye å si i utøvelsen av faget.

Samfunnet har begrensede ressurser til helsetjenester i forhold til de behov og ønsker man finner i befolkningen. Da blir det nødvendig å foreta prioriteringer mellom de ulike behov og mellom de ulike tjenester som kan tilbys. Man ønsker å få mest mulig gevinst av den innsatsen som gis (2). Som ferdige leger vil de fleste måtte foreta prioriteringer flere ganger daglig, enten som klinikere eller også på administrativt og politisk nivå. I løpet av studiet får man tilegnet seg lite kunnskap om prioritetsbeslutninger og om grunnlaget bak disse. Hvordan man da vil prioritere som lege i fremtiden synes å avhenge mer av mønstre man plukker opp i klinisk praksis enn av gjennomtenkte vurderinger. Bevisstheten rundt prioriteringsbeslutninger og konsekvensene av disse synes å være mangelfull blant ferdig utdannede leger. Legeforeningen ønsker å øke denne bevisstheten, og etterlyser derfor i denne forbindelsen økt oppmerksomhet på etiske problemstillinger i utdanningen av leger både i medisinstudiet og under spesialistutdanningen(3).

Videre lærer man fort at det er store forskjeller i helsetilbud mellom ulike lag i befolkningen. Den helsen du har og de tjenester du tilbys avhenger blant annet av det geografiske området du bor i, din sosioøkonomiske stilling, din alder og ditt kjønn. (4)

Det er flere grupper som synes å falle igjennom når det kommer til prioriteringsspørsmål i det moderne helsevesen. Områder som ofte nevnes er psykiatrien, pleie og omsorg. Eldre syke er en viktig gruppe av pasienter som synes å være særlig underprioritert. Dagspressen bringer

stadig artikler om eldre som ikke får tilstrekkelig hjelp fra det offentlige og om manglende ressurser til pleie og omsorg. Nylig er dette illustrert med en reportasje i Aftenposten Aften den 06.09.07 der arbeidstilsynet retter sterk kritikk mot arbeidsforholdene i hjemmetjenesten i Oslo. Det pekes blant annet på et manglende samsvar mellom oppgaver og ressurser, økt tidspress og for lite bemanning. I samme avis har leder i Oslo legeforening, Svein Aarseth, skrevet et innlegg om behov for bedring av legetjenestene ved Oslos sykehjem (5). Videre kappes de politiske partiene om å ha den beste eldrepolitikken, der en gjennomgående tråd er ambisjoner om en oppgradering av tilbudet om helsetjenester til de eldre. Dessuten vet man også at antall eldre i landet vil øke radikalt i årene som kommer og dermed også at belastningene på helsevesenet vil øke. Dette vises nærmere senere i teksten.

Mot slutten av forrige århundre fikk man i Norge et økt fokus på prioriteringsproblematikken i helsevesenet. I 1987 kom den første av to offentlige innstillinger som tok for seg dette - *Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*. Denne var laget av et offentlig oppnevnt utvalg og ledet av professor Inge Lønning. Derav navnet Lønning-utvalget. I 1996 ble det opprettet et nytt utvalg, også dette med Lønning som leder, og dermed kalt Lønning II. De offentliggjorde sin innstilling, *Prioritering på ny*, i 1997. I innstillingene er det gjort rede for hvilke verdier utvalgene mente måtte ligge til grunn for prioriteringsbeslutningene, og det ble også lagt frem forslag til hvordan prioriteringsarbeidet kan utføres.(6) Dette behandles under overskriften prioriteringsteori.

Etter at det siste utvalget kom med sin innstilling er det også kommet til en rekke lovbestemmelser som lovfester mange rettigheter for pasientene. Svært sentral i denne sammenhengen er pasientrettighetsloven. I denne oppgaven vises hvordan disse lovene er i tråd med sentrale deler av tankegangen i Lønning II – utvalgets innstilling.

Etter at det er gjort rede for disse grunnleggende aspektene ved prioriteringstankegangen, gåes det nærmere inn på utfordringene helsevesenet har med hensyn til prioriteringer av helsetjenester til den eldre befolkning. Først gjøres det rede for enkelte faktorer som er særegne for eldre mennesker og deres helse. Deretter vil jeg gå igjennom bakgrunns materialet for den forventede økningen av eldre. Jeg vil si noe om hva vi vet om kunnskapsgrunnlaget for medisinsk behandling av eldre og komme med betraktninger om tilstanden i eldreomsorgen. Til slutt kommer en diskusjon rundt prioriteringen av eldre i helsevesenet der jeg argumenterer for at det i dagens helsevesen foreligger en viss form for diskriminering av

pasienter i denne aldersgruppen. Jeg hevder at diskrimineringen finner sted på et overordnet og administrativt nivå, men også i møtet mellom den enkelte pasient og behandler. Videre mener jeg å ha grunnlag for å si at de kriteriene for prioritering vi bruker i dag er utilstrekkelige for å dekke de behov de eldre har i møtet med helsevesenet.

## **METODE**

Formålet med oppgaven er ikke å komme til noen bestemt konklusjon eller å presentere konkrete fakta. Den er heller ment å beskrive og diskutere ulike aspekter ved et sentralt område i vårt moderne helsevesen.

I norsk sammenheng er Lønning II – utvalgets innstilling et svært sentralt dokument når man tar for seg prioritering i helsevesenet. Norge var også et av de første land i verden som utarbeidet nasjonale retningslinjer for prioritering av helsetjenester. Utvalgets arbeid har lagt føringer for hele prioriteringsdebatten og dermed også politikken innen dette området. Det har derfor vært naturlig å ta utgangspunkt i dette arbeidet. For å finne annen litteratur har jeg gjennomført generelle søk på [www.google.no](http://www.google.no) og [www.kvasir.no](http://www.kvasir.no) etter dokumentasjon som omhandler prioriteringer i helsevesenet og som omhandler helsetjenester til eldre. Jeg har benyttet Statistisk sentralbyrå sine internettsider ([www.ssb.no](http://www.ssb.no)) for å finne statistiske tall, særlig når det gjelder forventede endringer i befolkningssammensetningen. Gjeldene norske lover har jeg funnet på [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no). Videre har jeg gjennomført håndsøk i referanselister til litteraturen som allerede er funnet frem. Jeg har også benyttet flere lærebøker som brukes i medisinstudiet som referanser for utfyllende informasjon under visse punkter. Litteraturen har vært søkt frem etter hvert som behovet for belysning av varierende aspekter har meldt seg, og det har altså ikke vært gjort noe gjennomgripende systematisk litteratursøk. Uansett mener jeg å på denne måten ha oppnådd et godt grunnlag for å kunne gjøre en hensiktsmessig kvalitativ redegjørelse for og analyse av prioriteringsproblematikken, med spesielt blick på de eldre aldersgruppene. Jeg opererer ikke med noen klar definisjon av eldre. I noe av referanselitteraturen går grensen ved 65 år. I forhold til folkehelsa vil 67 år, dvs. pensjonsalder kanskje være en hensiktsmessig definisjon, selv om mange førtidspensjoneres. Det som imidlertid er viktig å ha klart for seg er at sykdomsbelastningen og nedsatt

funksjonsevne blir mer uttalt desto eldre man blir, og at det er en glidende overgang med store individuelle variasjoner.

## **PRIORITERINGSTEORI**

### Prioriteringsbegrepet

I Lønning II, NOU 1997: 18 - Prioritering på ny, slås det fast at det er et gap mellom tilgjengelige ressurser på den ene siden og befolkningens økte krav og forventninger til helsevesenet samt kraftig og ressurskrevende medisinsk-teknologisk utvikling på den andre siden. Sykdomsbegrepet utvides stadig, for eksempel til også å gjelde risiko for framtidig sykdom som ved behandling av høyt blodtrykk. Helsevesenet bygges ut og bruken av medikamenter øker kraftig. Dessuten har et moderne, vestlig helsevesen med stadig bedre medisinske muligheter gjort at stadige flere lever lenger, ofte med omfattende kroniske lidelser. Samtidig økes helsebudsjetter, men ikke i tilstrekkelig grad til å imøtekomme kravene fra befolkningen.(6)

Det vil dermed være nødvendig å foreta en prioritering mellom helsevesenets oppgaver og også å avgrense det offentlige helsevesenets ansvarsområder. Med dette som bakgrunn utarbeidet utvalget nye retningslinjer for prioritering.

Utvalget opererer med fire sentrale elementer i prioriteringsbegrepet, nemlig fordeling, balansering, rangering og rasjonering. Fordeling av ressurser mellom forskjellige grupper, for eksempel sykdoms- eller aldersgrupper er sentralt i prioriteringsbeslutninger. Balansering handler om å vekte mellom forskjellige behandlingsnivåer, blant annet forebyggende arbeid, øyeblikkelig hjelp, elektiv behandling, rehabilitering og omsorg. Rangering mellom prioriteringsgruppene gjøres til enhver tid. Noen tilfeller krever raskere tiltak fra helsevesenet enn andre og dermed må det foretas en kontinuerlig og dynamisk rangering. Rasjonering foretas for eksempel ved å unngå behandlinger uten dokumentert effekt, ved å velge tiltak med større kost-/nytteeffekt, for eksempel bruk av billigste medikament for den aktuelle lidelse og ved å avgrense helsevesenets oppgaver.

Videre omtaler utvalget prioriteringer foretatt på forskjellige nivåer: Første- og annenordensbeslutninger. Førsteordensbeslutninger er beslutninger om prioritering gjort på et overordnet nivå av politikere eller helseadministrasjon. Annenordensbeslutninger, også kalt kliniske beslutninger, gjelder på det individuelle plan. Det er da klinikerer som avgjør om en person er kandidat for et visst gode. Et godt eksempel er spørsmålet om allmennlegen skal henvise til spesialisthelsetjenesten, eller om han/hun kan håndtere problemet selv. (Jamfør portvaktrollen omtalt i innledningen.) Annenordensbeslutninger kan videre deles i to: Et overordnet klinisk nivå der det er utviklet føringer for hvordan man bør handle i den kliniske situasjon og et praktisk nivå der beslutningen tas i det enkelte tilfelle. Prioriteringsarbeidet bør være rettet mot det overordnede nivå slik at dette sekundært vil affisere det praktiske enkelttilfelle.

### Verdier og kriterier for prioriteringsbeslutninger

Utvalgets arbeid er basert på og videreutviklet fra en tidligere innstilling, Lønning I, som kom ut i 1987 som NOU 1987:23: Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. Lønning I satte opp en liste med fem prioriteringskategorier fra høyeste prioritert til ingen prioritet, der alvorlighetsgrad og effekt av behandling var avgjørende. Tilstander med høy og umiddelbar fare for alvorlige konsekvenser, hvor det også forelå en behandling med god dokumentert effekt, fikk høyeste prioritet. Det ble også gjort et forsøk på å avgrense helsevesenets arbeidsoppgaver. Nødvendig helsehjelp ble definert i punktene diagnostikk, behandling, habilitering, pleie og forebyggende medisin. Det ble gjort rede for hva man mente hvert at disse punktene måtte innebære.

I Lønning II-utvalgets innstilling er det gjort rede for verdier og kriterier som en mener bør ligge til grunn for prioriteringene i helsevesenet. Tilstandens alvorlighetsgrad er av vesentlig betydning. En tilstand med alvorlig prognose som stort funksjonstap eller død vil prioriteres høyt. Likevel vil det være liten grunn til å prioritere tiltak for denne tilstanden hvis det ikke foreligger noen effektiv behandling. Kravet om forventet nytte står sentralt, men utvalget presiserer at selv om det ikke foreligger effektiv behandling for alvorlige tilfeller må det tilbys grunnleggende pleie og omsorg for disse. Så langt er kriteriene sammenfallende med det man kom fram til i den første rapporten. Men i tillegg vektlegges i større grad også et kriterium om kostnadseffektivitet. Nyten av tiltaket, i form av ekstra leveår eller livskvalitet ses da i



forhold til de aktuelle kostnadene. Et tiltak som krever store ressurser uten at nytten står i like stort forhold må prioriteres opp mot andre tiltak i helsevesenet med bedre kost-/nytte effekt. Kort sammenfattet vil tilstander med stor alvorlighetsgrad, der det foreligger effektiv behandling med kostnader som står i forhold til nytten prioriteres høyest.

Når alle disse faktorene peker i samme retning er det enkelt å foreta prioriteringer. Problemet oppstår når man må vekte faktorene opp mot hverandre. Hvilke overordnede mål som legges til grunn vil da være avgjørende.

### Ny inndeling av prioriteringsgrupper

Med basis i de kriteriene som er gjort rede for over, foreslo Lønning II-utvalget en ny inndeling av prioritetsgrupper for førsteordensbeslutninger, dvs. beslutninger på det politiske og administrative nivå: *Grunnleggende helsetjenester, utfyllende helsetjenester, lavt prioriterte tjenester og tilbud som ikke hører hjemme innenfor det offentlig finansierte helsetilbud.*

*Grunnleggende helsetjenester* er ment å være avgrenset og kun inneholde de mest basale behov, som grunnleggende pleie og omsorg, lindrende behandling av terminale pasienter og øyeblikkelig hjelp ved alvorlige og livstruende tilstander. Denne gruppen må alltid prioriteres høyest og det må til enhver tid foreligge nok ressurser til å dekke denne gruppen fullt ut. Altså inneholder gruppen tiltak som det offentlige skal tilby.

Deretter kommer de *utfyllende helsetjenester*. Dette er en omfattende gruppe som vil begrenses av ressurs hensyn og som inneholder tiltak det offentlige bør tilby. Det er særlig i denne gruppen at hensynet til alvorlighetsgrad, effekt av tiltak og kostnader må vurderes opp mot hverandre.

*Lavt prioriterte tjenester* er tiltak som det offentlige kan tilby, men som det ikke bør ha hovedansvaret for å finansiere. Dette kan for eksempel være ekstrautgifter til medikamenter som ikke har klar vitenskapelig vist bedre effekt enn standard medikamentell behandling, screening av friske personer og sterilisering.

Til slutt kommer tiltak som ikke under noen omstendigheter bør dekkes av offentlige midler. Dette vil være tiltak uten dokumentert nytte, tiltak med for høy risiko for skade eller død eller tiltak med ekstremt høy kost-/nytteeffekt. Et eksempel som gis er oppsøkende risikojakt på friske personer uten kjent risiko. Et annet er ultralyd mer enn en gang i normale svangerskap.

Videre har Lønningutvalget diskutert muligheten for sortering og rangering utifra alder som et eget prioriteringskriterium. Her har de valgt å skille mellom første- og annenordensbeslutninger. De mener at for annenordensbeslutninger har alder kun relevans i den grad det er avgjørende for behandlingens risiko eller effekt. Men for tilfeller der det er begrensede ressurser bør ikke livsforlengende behandling iverksettes i svært høy alder, som ved organtransplantasjon. For førsteordensbeslutninger anses alder lite relevant, unntatt i tilfeller der man ønsker å politisk veie opp for underprioritering av visse områder, eksemplifisert med barne- og ungdomspsykiatri. (6) Det kan lett tenkes at dette også kan være aktuelt for særlige problemer blant eldre, så som pleie, omsorg, rehabilitering og ikke minst psykiatri.

## **LOVFESTEDE PASIENTRETTIGHETER**

Lov om pasientrettigheter trådte i kraft i 2001 og lovens kapittel 2 bestemmer retten til helsehjelp. I følge § 2-1 har alle som oppholder seg i landet en lovfestet *rett til øyeblikkelig hjelp* og dessuten rett til *nødvendig helsehjelp* fra kommunen og fra spesialisthelsetjenesten (7). Rettighetene er også lovfestet i Lov om helsetjenesten i kommunene og Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (8, 9)

Øyeblikkelig hjelp er videre definert i Lov om helsepersonell § 7, der helsepersonell har en lovfestet plikt til å *straks gi den helsehjelp de evner når det antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Ved tvil om helsehjelpen er påtrengende nødvendig, skal helsepersonell foreta nødvendige undersøkelser* (10). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 3-1 sier at *sykehus... skal straks motta pasienter som trenger somatisk helsehjelp, når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp institusjonen eller avdelingen kan gi er påtrengende nødvendig* (8).

Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten er gjort rede for i Forskrift om prioritering i helsevesenet: Retten foreligger når *pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes, og pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt* (11). I Lov om helsetjenesten i kommunene er nødvendig helsehjelp kun lovfestet som en rettighet for alle som bor eller oppholder seg i kommunen, uten at det er gjort rede for hva som menes med uttrykket i denne sammenheng (7). I følge Sosial- og helsedirektoratet innebærer rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten at kommunene er pliktige til å ha helsetjenester tilgjengelig for befolkningen. Disse må ligge på et forsvarlig minstenivå, men vil utover det begrenses av de ressurser kommunen har tilgjengelig. Hvilke tjenester pasientene har krav på er dermed ikke fastsatt og avhenger av flere faktorer, deriblant medisinsk skjønn. (12)

Det er altså tydelig at tankegangen i lovverket er i tråd med mye av Lønning II- utvalgets innstilling. Først og fremst er retten til øyeblikkelig hjelp separert fra resten av den nødvendige helsehjelpen, og presiserer dermed befolkningens rett til deler av det som Lønning-utvalget omtalte som grunnleggende helsetjenester, altså tjenester som det offentlige skal tilby uavhengig av tilgjengelige ressurser. Videre er retten til nødvendig helsehjelp i lovverket avgrenset etter kriteriene gjort rede for i innstillingen til utvalget: For å kunne tilfredsstille kravet til nødvendig helsehjelp må det være en viss fare for tapt livslengde eller livskvalitet, det må finnes en effektiv behandling og kostnadene må stå i forhold til gevinsten.

Under grunnleggende helsetjenester mente Lønningutvalget at ikke bare retten til øyeblikkelig hjelp hørte hjemme, men også grunnleggende behov for omsorg og pleie og dessuten lindrende behandling ved livets slutt. Disse områdene har imidlertid ikke fått samme særstilling i lovverket som den retten til øyeblikkelig hjelp har fått.

---

## **ELDRE OG HELSE**

Vi har nå sett på de generelle føringer og prinsipper som ligger til grunn for prioritering av helsetjenester i Norge. Jeg vil i denne delen av teksten særlig gå inn på de utfordringer som

reiser seg mht. til prioritering av helsetjenester til eldre. Deretter avsluttes hele oppgaven med en diskusjon rundt spørsmålene om det foreligger aldersdiskriminering og om eksisterende prioriteringskriterier er anvendbare og blir anvendt i den praktiske virkeligheten i forhold til de eldre.

Med økende alder øker også det gjennomsnittlige antallet sykdommer og lidelser, hvorav mange er kroniske og degenerative. Samtidig blir funksjonsnivået lavere pga. blant annet nedsatt bevegelighet, syn, hørsel og kognitiv funksjon. Dermed øker også behovet for helsetjenester. Det er imidlertid viktig å påpeke at dette ikke gjelder alle eldre, og at en stor andel eldre er selvhjulpne og føler seg friske. I 1995 svarte 27 % av de mellom 67-79 år at sykdomstilfellene innvirket i en viss grad på hverdagslivet deres, mens 24 % mente sykdom innvirket i stor grad. Det innebærer at nærmere 50 % av personene i denne aldersgruppen ikke var syke eller følte seg lite plaget med sin sykdom.(13) Hvilket funksjonsnivå som kan forventes hos den enkelte er altså svært varierende. De tre største somatiske sykdomsgruppene for eldre over 67 år er hjerte- og karlidelser, sykdommer i skjelett- og muskelsystemet og øye-/øresykdommer. I tillegg er lungesykdommer, kreft og psykiske lidelser viktige grupper. Eldre mennesker har ofte flere lidelser på samme tid, bruker mange medisiner og trenger spesielle tilpasninger pga nedsatt funksjonsnivå. Dermed utgjør de en komplisert og svært ressurskrevende gruppe for helsetjenesten. (13, 14)

Dette merkes både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Mange eldre trenger hjelp til daglige gjøremål. Det kan dreie seg om alt fra hjelp til renhold av bolig, matlaging og å gjøre innkjøp til å få hjelp i personlig stell som dusjing og toalettbesøk. Mange eldre har behov for sosial kontakt. For de eldre som bor hjemme gir dette et økt behov for hjemmehjelp og hjemmesykepleie i kommunen. Dessuten finnes det avlastningsalternativer som for eksempel dagsentra og kortidsopphold på sykehjem (13, 14) På sykehus og sykehjem synes det å være behov for flere ansatte til å ta seg av disse pasientene.

I tillegg kreves spesiell medisinsk kompetanse i møte med eldre, der viktige aspekter er hvordan forskjellige sykdommer påvirker hverandre, interaksjoner mellom medikamenter, og kunnskap om den normale fysiologi hos eldre mennesker, som på mange måter er svært forskjellig fra hos yngre aldersgrupper. Legemiddelbehandling av eldre kan være svært utfordrende, spesielt fordi fordelingen og nedbrytningen av medisiner ofte er svært annerledes hos eldre enn i de gruppene medisinene er utprøvd for, og fordi det er store individuelle

forskjeller i hvordan medisiner påvirker eldre. For øvrig kan sykdomsmanifestasjoner hos eldre ofte være diffuse og avvikende i forhold til hos andre. Symptomene vil ofte utløse mange differensialdiagnoser. (13) Det er i grunn et paradoks at de eldre utgjør en slik spesiell og viktig gruppe når det kommer til diagnostikk, behandling og oppfølging og at de utgjør en så stor andel av pasientene samtidig som undervisningen i geriatri i medisinstudiet er usammenhengende og sporadisk.

## **DEN ELDRE BEFOLKNING I FREMTIDEN**

### Kunnskapsgrunnlaget

Det er allment kjent at Norge i tiden som kommer vil få en stadig økende befolkning av eldre, den mye omtalte eldrebølgen. Kunnskapsgrunnlaget for dette har Statistisk sentralbyrå (SSB) lagt frem i sine befolkningsframskrivninger. Den nyeste versjonen ble offentliggjort i 2004, men var for det meste basert på framskrivingen utgitt i 2002, med enkelte justeringer (15).

Befolkningsframskrivingene er statistiske forsøk på å beregne framtidig folkemengde og sammensetning. Faktorer som har innvirkning på befolkningsmengden i landet er fruktbarhet, dødelighet og inn- og utvandring. I tillegg er det i framskrivingene gjort rede for flyttinger mellom regioner innenlands, men disse verdiene er av liten betydning i vår sammenheng og omtales derfor ikke nærmere.

For hver av de tre faktorene omtalt ovenfor har SSB regnet med tre forskjellige verdier for utviklingen, som et uttrykk for usikkerheten rundt disse tallene. De opererer med et lavt, et middels og et høyt alternativ, der mellomalternativet er det som anses som den mest sannsynlige utviklingen og der høy- og lavalternativene er verdier som fortsatt anses som realistiske, men som ligger i det øvre og nedre sjiktet. Dermed kan alle alternativene kombineres på forskjellige måter og gi forskjellige prognoser for folketall og sammensetning.

Fruktbarhetstallet er antall barn som fødes per kvinne. For fruktbarheten er mellomalternativet i framskrivingen satt til 1,80, noe som tilsvarer tallene de siste årene. Høy- og lavalternativene er satt som en gradvis utvikling mot henholdsvis 2,2 og 1,4 i 2050. Sett bort fra inn- og utvandring er 2,2 like over det tallet som kreves for å ikke få en nedgang i

befolkningsmengden over tid. Det kan bemerkes at det særlig er fødselstallene fra forrige århundre som gir hovedgrunnlaget for eldrebølgen. Lave fødselstall i førkrigstiden har gjort at antallet eldre har vært rimelig stabilt og faktisk gått noe ned de siste årene, men fra ca 2010 regner man med en kraftig økning fordi det da er de store kullene fra etterkrigstiden som når pensjonsalder. (15, 16)

SSB regner med nedgang i dødeligheten, ved at levealderen vil fortsette å øke. Usikkerheten derimot er knyttet til hvor stor økning det vil bli. I 2001 var gjennomsnittlig levealder 76,2 år for menn og 81,5 år for kvinner. I mellomalternativet regner man med at utviklingen vil fortsette i samme grad som i de siste årene før 2002. Høy- og lavalternativene indikerer noe større og noe lavere vekst slik at forventet levealder i 2050 blir mellom 81,6 og 86,7 år for menn og mellom 86,0 og 90,0 år for kvinner

Innvandringen er svært vanskelig å forutse da variasjonen er stor, og i større grad avhengig av politiske beslutninger og internasjonale forhold enn de andre faktorene. Mellomalternativet for nettoinvandring er satt til samme nivå som gjennomsnittet de siste årene før 2002. Høy- og lavalternativene er satt noe høyere og en del lavere enn dette.

## Resultater

Resultatene i framskrivningen er framkommet ved å regne ut en del ulike resultater, ved å variere de forskjellige faktorene. Dette er gjort for å illustrere ulike aspekter med praktisk betydning i fremtiden, men hovedvekten er allikevel satt til et lavt (lavverdi for alle faktorer), et middels (mellomverdi for alle faktorer) og et høyt (høyverdi for alle faktorer) alternativ.

Uansett alternativ vil man se en befolkningsøkning de neste tre tiårene. Variasjonen ligger derimot i hvor stor denne økningen vil bli, og i om den vil fortsette utover denne perioden. I lavalternativet vil folketallet øke fram til 2032, før det igjen vil synke mot 2050 da det vil nærme seg dagens nivå igjen. I mellomalternativet vil det være en befolkningsøkning hele veien, men noe svakere fram mot 2050. Høyalternativet viser kraftig og nærmest eksponentiell økning hele veien. Med disse alternativene vil Norges befolkning i følge framskrivningen publisert i 2004 ligge på mellom 4,6 og 6,6 millioner i 2050 og på mellom 4,8 og 5,7 i 2030. I 2005 ble tallene imidlertid justert, og befolkningsanslaget lå da på mellom 4,8

og 7,5 millioner i 2060. Hovedgrunnen til dette er at man regnet med noe mer innvandring enn i tidligere utregninger (17)

Man kan altså få en lang rekke prognoser ut av beregningene gjort i framskrivingen, men for denne oppgaven er utviklingen i den eldre befolkningen det relevante.

I alle alternativer ser man en økning i den eldre befolkning, av SSB definert som personer på 67 år eller eldre. I 2005 var det om lag 600.000 eldre i landet, i 2060 ligger anslagene på mellom 1,1 og 1,6 millioner.(17) I tillegg vil den største prosentvise økningen være blant de eldste av de eldre, og ikke like uttalt for gruppen 67-79 år, noe som er av stor betydning da de eldste gruppene jevnt over har større behov for pleie, omsorg og andre helsetjenester enn de yngre.

Likevel er det ikke denne absolutte økningen av antall eldre som er det mest interessante, for det vil også bli en relativ økning i forhold til personer i yrkesaktiv alder. SSB omtaler avhengighetskvoten, definert som forholdet mellom antall personer i yrkespassive (barn og eldre) og yrkesaktive aldre (20-66 år). I 2000 var avhengighetskvoten 0,23. I 2050 er den anslått til å være mellom 0,39 og 0,41, hovedsakelig pga økt antall eldre (men også pga økt antall barn i noen alternativer). Ikke bare blir det økte kostnader pga et økt behov for helsetjenester i den eldre befolkning, men også fordi de eldre er avhengige av økonomiske overføringer for livets opphold fra den yrkesaktive befolkning. Tallene viser at bak hver person i yrkespassiv alder sto det like over fire personer i yrkesaktiv alder i 2000, mot 2,5 yrkesaktive bak hver yrkespassiv i 2050. (15, 16)

## **EVIDENCE BASED MEDICINE OG DE ELDRE**

En av de faktorene som fremheves som en av den moderne medisins sterkeste sider er dens vitenskapelige forankring gjennom såkalt evidence based medicine (kunnskapsbasert medisin). Ved hjelp av moderne forskningsmetoder kan man måle effekter av tiltak og komme til en konklusjon om hva som er effektivt og hva som ikke fungerer. Ved for eksempel å sammenlikne to forskjellige behandlinger på to tilfeldig fordelte grupper kan man finne den mest effektive av behandlingene. Hvis de gruppene behandlingene er utført på er

representative for befolkningen som helhet, eller for undergrupper av befolkningen, kan man generalisere og trekke slutningen om at resultatet også vil gjelde for disse gruppene. Denne generaliseringen blir ofte kritisert ved mange studier da selve forsøket ofte er utført på en populasjon som ikke i tilstrekkelig grad er representativ for den befolkning man generaliserer resultatene for. Uansett tilstreber man en veldokumentert praksis og på denne måten mener man at moderne medisin skiller seg fra alternativ og tradisjonell medisin, som i mye større grad er basert på usystematisk ordnede erfaringer, empiri, og teorier som ikke er kritisk testet. Men samtidig er det slik at også moderne medisin utøves med en god porsjon tradisjon og empiri uten forankring i systematisk forskning.

Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) har gjennomført en utredning av slikt internasjonalt forskningsmateriale om behandlingsproblematikken knyttet til gamle syke mennesker. Dette er blitt gjort på oppdrag fra Nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesenet, og kom ut i 2003 under tittelen *Helsetjenester og gamle – hva er kunnskapsgrunnlaget? En vurdering og formidling av internasjonale litteraturoversikter*. Rapporten var basert på en tilsvarende undersøkelse utgitt samme år av den svenske Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) under tittelen *Evidensbaserad äldrevård. En inventering av det vetenskapeliga underlage*(18).

I rapporten er forskjellige aktuelle temaer innen geriatrien analysert hver for seg. I første del av rapporten har SMM for hvert av de ulike temaene valgt å gjøre rede for hvilke resultater SBU fant og deretter lagt til kommentarer og vurdert dette opp mot norske forhold. Under gis en kort gjennomgang av resultatene for noen av disse temaene.

Demens er en sykdomsgruppe som i hovedsak rammer eldre mennesker. Gjennomgangen til SBU viste at det finnes en del studier om legemiddelbehandling av tilstandene, men at diagnosekriterier og inndelingen mellom de forskjellige tilstandene er uklare. Naturlig forløp er svært varierende.(18) Dermed blir kriteriene for sykdom forskjellige i de ulike forskningsprosjektene - inklusjonskriteriene varierer betydelig og målene for effekt av behandling er til dels svært ulike. Det blir altså vanskelig å vurdere de forskjellige studiene opp mot hverandre og selv om studiene viser god effekt av behandling er det vanskelig å avgjøre hvilke grupper man kan generalisere til.



Depresjon antas å ramme 10-12% av eldre. Det hevdes imidlertid at dette er en underdiagnostisert tilstand hos eldre. Av studiene man fant omhandlet to tredjedeler medikamentell behandling. Imidlertid er de eldste pasientene som regel ikke inkludert i kliniske studier, og behandling av eldre baserer seg derfor hovedsakelig på overføring av resultater fra studier utført på yngre aldersgrupper. SMM etterlyser mer forskning særlig med tanke på alvorlige bivirkninger hos eldre. Det er i tillegg gjort lite forskning på sammenhengen mellom depresjon og somatisk sykdom samt endringer i livssituasjonen, noe som spesielt antas å være bakenforliggende årsak hos en god andel av de eldre.(18)

Underernæring er et omfattende problem blant syke eldre. Andelen ser ut til å ligge på så mye som 20-50% hos pasienter som ligger på institusjon, alt ettersom hvordan man definerer underernæring. Samtidig er det vist at ernæringsintervensjon kan gi vektøkning, redusert liggetid og redusert dødelighet. Likevel foreligger det svært lite vitenskapelig dokumentasjon for behandling. (18)

Når det gjelder legemiddelterapi av slag, har pasienter selv i svært høy alder god effekt av dette. Likevel er det slik at eldre er underrepresentert i kliniske studier. Dessuten synes det å være slik at eldre pasienter i mindre grad enn yngre henvises til slagenheter og nevrologiske avdelinger for rehabilitering, og oftere til rene medisinske avdelinger, på tross av ingen forskjell i effekt mellom de forskjellige aldersgruppene. (18)

Hjertesvikt er et omfattende og svært alvorlig syndrom med dårlig prognose, som hovedsakelig rammer eldre. Syndromet beslaglegger store ressurser på medisinske avdelinger. Rapporten avslører imidlertid svært dårlig dokumentasjonsgrunnlag for behandling, særlig for pasienter over 75 år. Behandlingen av de eldre synes hovedsakelig basert på empiriske data og ikke på systematisk forskning. (18)

For KOLS er dokumentasjonsgrunnlaget for effekten av medikamentell behandling for personer over 65 år svært begrenset. Kun få studier omfatter også pasienter over 80 år, og ingen studier som ble funnet var spesielt designet for personer over 70 år. (18)

Eldre pasienter rammes ofte av infeksjoner. Disse er ofte mer kompliserte og langvarige enn hos pasienter fra yngre aldersgrupper. Det forelå få studier designet for pasienter over 70 år.

Et særlig problem er at inklusjonskriteriene for en lang rekke studier ekskluderer eldre med flere grunnlidelser som får infeksjon på toppen av dette. (18)

Som en rød tråd gjennom eksemplene over ser man at en overveiende andel av studiene gjelder medisinsk behandling av de forskjellige tilstandene. Dette skyldes at brorparten av dagens medisinske forskning finansieres av legemiddelselskapene. Det gjøres relativt lite forskning på ikke-medikamentelle behandlingsformer og også på tilstandenes natur i seg selv. Man ser videre at et gjennomgående problem med de kliniske studiene av medisiner er at de ofte utelukker viktige grupper som mottar behandlingen. Dette gjelder særlig eldre pasienter, på tross av at denne gruppen utgjør hovedandelen av de som rammes av sykdommene som er nevnt ovenfor. I Sverige står personer over 65 år for 40 % av legemiddelsalget. De eldre vil som regel være underrepresentert i studier da de ofte har andre sykdommer i tillegg og også går på andre medisiner. Det er gjort lite forskning på medikamentell behandling hos pasienter med multiple sykdommer og som bruker mange medisiner på en gang. Videre er det gjort lite forskning med design som er spesielt tilpasset de eldre aldersgruppene(18).

Det er altså en gjennomgående observasjon at mesteparten av den behandlingen som gis til eldre er dokumentert ut ifra forskning på yngre aldersgrupper, og som av varierende årsaker ikke direkte lar seg generalisere til de eldre. Legemiddelbehandling generelt er dessuten omtalt særskilt i rapporten, og det pekes på flere forhold som gjør medikamentell behandling av eldre spesiell: mutisykelighet og dermed multifarmasi, bivirkninger, interaksjoner, aldersrelaterte endringer i farmakodynamikk og – kinetikk og compliance, dvs. etterlevelse – i hvilken grad medisiner tas slik det er ment fra legens side. Kunnskapsgrunnlaget om effekter av legemidler for pasientgruppen som bruker dem mest er dårligst. Det er generell mangel på studier som gjennomføres med eldre pasienter og pasienter over 75 år er nærmest en utforsket gruppe. Det er videre gjort lite forskning på hvordan legemidler fungerer i kombinasjon med andre legemidler (18).

## **ELDREOMSORGEN I DAG**

I 2001 publiserte den norske lægeforening rapporten *Når du blir gammel og ingen vil ha deg*, en statusrapport med fokus på helsetjenester for eldre. Man så at det hadde vært et økt fokus

på og også økte bevilgninger til eldreomsorgen, men at det fortsatt fantes store mangler, som man ønsket å rette søkelyset mot med denne rapporten. Man påpekte særlig mangelfull tilgang på tjenester og lang ventetid, samt manglende ressurser til å yte omsorg. (20)

En undersøkelse som ble publisert i tidsskriftet i 2006, hadde som formål å kartlegge ressurser i eldreomsorgen. Dette ble gjennomført ved å sende ut spørreskjema til leger og sykepleiere som arbeidet med eldre mennesker, både i primær- og spesialisthelsetjenesten. De ble bedt om ta stilling til en lang rekke faktorer som gjaldt kvaliteten på omsorgen og som gjaldt ressursmangel som begrensende faktor i kliniske spørsmål. Områder som særlig ble oppfattet som problematiske var lav bemanning i forhold til pleietyngde, mangel på tid og for trange budsjetterammer. Konsekvensene av utilstrekkelige midler ble oppgitt til å gi særlig utslag i forhold til pasientens behov for fysisk aktivitet, sosial kontakt og psykisk helsehjelp. Dessuten mente 25 % at eldre er utsatt for redusert kvalitet på utredning og 29 % påpekte redusert kvalitet på behandling. (21) Nå må det legges til at disse resultatene er fremkommet på basis av helsepersonellens subjektive opplevelser av tilstanden i de områder de selv jobber med. Det kunne for sammenlikningens skyld vært interessant å gjennomføre tilsvarende undersøkelser i andre deler av helsevesenet for å se om de samme opplevelsene finner sted der.

Likevel er det uten tvil slik at eldreomsorgen fortsatt har store mangler, og det er spesielt bekymringsverdig at pleie, ernæring, fysisk aktivitet og psykososiale behov synes nedprioriterte. I studien påpekes det at noen av disse er behov som antakeligvis kan dekket av andre arbeidsgrupper enn helsepersonell, som for eksempel miljøpersonale. Uansett er det slik at for å dekke de behovene som foreligger er det nødvendig med bedre bemanning i eldreomsorgen

---

## **OPPSUMMERING**

Det er i denne oppgaven først gjort rede for generelle føringer og prinsipper som ligger til grunn for prioritering av helsetjenester i Norge, med utgangspunkt i lovverket og i Lønning II-utvalgets innstilling. Deretter er det vist at de eldre skiller seg ut som en spesiell gruppe i prioriteringssammenheng: De har betydelig økt behov for helsetjenester sammenliknet med

ynge aldersgrupper. Dette behovet er ofte også svært annerledes og mer komplisert enn hos de yngre. Videre har man ønsket å oppprioritere helsehjelpen til de eldre gjennom en årrekke, men ser fortsatt i dag at det er store mangler i eldreomsorgen. Samtidig vil utfordringene øke ytterligere i tiden som kommer, da andelen eldre vil øke kraftig, og dermed også behovet for helsetjenester. I resten av teksten vil jeg diskutere noen av aspektene som er berørt tidligere i oppgaven, og med bakgrunn i dette påstå at former for aldersdiskriminering foreligger i dagens helsevesen. Jeg vil videre argumentere for at eksisterende prioriteringskriterier i manglende grad fanger opp den virkeligheten og mange av de behov som er sentrale i helsehjelpen til eldre mennesker.

## **DISKUSJON**

Det er altså vist at det i vårt moderne helsevesen er nødvendig å avgrense hva som er det offentliges ansvar, og også at det må prioriteres mellom de ulike gjøremål som faller inn under det offentliges ansvar. Lønning II-utvalget la tre grunnleggende kriterier for prioritering, nemlig tilstandens alvorlighet, tiltakets nytte og kostnadseffektiviteten.

Det foreligger en del utfordringer i forhold til kriteriene, og en av de største er at nytte lar seg lettest måle i kurativ somatisk medisin. Typisk er eksemplet med en frisk person som får akutte magesmerter - han opereres og man finner en betent blindtarm som fjernes, og personen blir frisk igjen. Man kan lett måle og kvantifisere effekten i slike tilfeller og det er i situasjoner som dette at evidence based medicine står sterkest. Kompliserte og omfattende tilstander lar seg vanskeligere konkretisere og måle med enkle metoder, og faren er at slike tilstander dermed tillegges mindre vekt. Det kan for eksempel være innen pleie og omsorg og i psykiatrien. Et annet eksempel kan være mangel på nødvendig tid til å gjennomføre solid utredning, diagnostikk og behandling av pasientene. I vår sammenheng er det slik at kommunikasjon med eldre tar lenger tid. Et godt eksempel på ressurskrevende arbeid er vanskelige samtaler om pasientens preferanser i livets slutt fase, spørsmål om HLR minus etc. For å ta riktige avgjørelser om behandlingsavslutning kreves det at helsepersonellet får ta seg tid til å samtale med pasienten og pårørende.

Det oppstår altså en skjevhet, der manglende oppmerksomhet på kompliserte tilstander og behov ser ut til å gi en nedprioritering av disse områdene. Særlig eldre hører til i slike kompliserte grupper, der resultatene av tiltak ikke er så lett målbare, nettopp fordi de ofte har flere lidelser samtidig, bruker flere legemidler og i tillegg har behov for pleie og omsorg samt tilrettelegging i utredning og behandling, som følge av nedsatt funksjon. Det er et problem at sykehusenes økonomiske insentiver hovedsakelig fokuserer på medisinske diagnoser og prosedyrer, og ikke grunnleggende og mer basale menneskelige behov. Et annet problem i sammenheng med kravet om nytte er påpekt tidligere i oppgaven og omfatter manglende forskning på eldre menneskers helse. Ikke på grunn av alder i seg selv, men nettopp fordi eldre ofte har mange kompliserende forhold i sitt sykdomsbilde, utelates de fra en lang rekke kliniske studier. Det foreligger i dag en klar skjevhet der det forskes relativt lite på den aldersgruppen som mottar mest medisinsk behandling, nettopp de eldre.

I forhold til pleie og omsorg, der det er vanskelig å måle endringer i pasientens tilstand, mente Lønningutvalget at kravet til nytte bør falle bort, da det er et godt samfunns plikt å ta seg av personer som ikke klarer dette selv. Pleie og omsorg har en egenverdi, som ikke måles i endring i pasientens tilstand ut fra fysiologiske parametere alene, men der også pasientens subjektive opplevelse, livskvalitet osv. er viktig. Lønningutvalget mente at grunnleggende pleie og omsorg må plasseres i prioriteringsgruppen *grunnleggende helsetjenester*, dvs. tjenester som helsevesenet alltid skal gi, uavhengig av økonomiske ressurser(6). Man må kunne anta at de under begrepet pleie og omsorg ikke bare mente den snevre forstanden som i daglig stell, men også tilstrekkelig kommunikasjon og tilrettelegging i ethvert møte med helsevesenet. Også lovverket har satt en minstestandard for hva alle landets borgere har rett til av helsetjenester, definert som nødvendig helsehjelp. Dette er et uklart avgrenset begrep, men inneholder de tre kriteriene satt av Lønningutvalget. I lovverket er i tillegg retten til øyeblikkelig hjelp presisert, da dette anses som en særlig viktig helsetjeneste. Noen tilsvarende rett til grunnleggende pleie og omsorg er ikke definert spesielt utover retten til nødvendig helsehjelp, på tross av at Lønningutvalget mente at også dette hører hjemme under *grunnleggende helsetjenester*.

Vi ser altså at Lønningutvalget la en klar føring om at pleie og omsorg må prioriteres høyt. Likevel er det slik at pga. vansker med å definere og fastsette klare og målbare kriterier faller tiltak som dette igjennom i vårt moderne helsevesen. Nettopp fordi effekten ikke lar seg kvantifisere, men at arbeidet må begrunnes med utgangspunkt i moral og menneskesyn, gjør

at ressurser ofte tappes til områder med mer synlig effekt. Det synes vanskelig å konstruere lover, forskrifter, økonomiske systemer og behandlingsmål som ikke er tuftet på målbar effekt av tiltakene som iverksettes. På denne måten kan man hevde at det foreligger en systematisk diskriminering av eldre, ved at tankesettet som benyttes i administrasjonen av det moderne helsevesenet viser seg å være dårlig tilpasset de omfattende og kompliserte utfordringene helsevesenet har i møtet med denne gruppen. Ok

Et annet spørsmål er hvordan den enkelte eldre møtes av helsevesenet i den kliniske situasjon. I en nylig utgitt rapport har man gjennomført dybdeintervjuer av leger og sykepleiere som arbeider i eldreomsorgen. Den generelle holdning som fremkom var at diskriminering med bakgrunn i høy alder ikke skulle forekomme. Høy alder i seg selv er ikke av klinikere oppfattet som relevant for kliniske prioriteringer (22). Helsepersonellet som ble intervjuet mente altså at høy alder er irrelevant i forhold til de prioriteringene de gjør i sitt daglige virke. Likevel kan man ikke utelukke at det foreligger skjulte prioriteringer og ubevisste handlingsmønstre som fører til ulik behandling av de ulike aldersgruppene. En lege i rapporten ga uttrykk for at dette kanskje forekommer (22). En kan spørre om ikke dette forekommer i stor skala, på samme måte som man mener at innvandrerpasienter får dårligere behandling i helsevesenet enn etniske nordmenn. De eldre er ofte kompliserte pasienter med diffuse og omfattende problemstillinger. Kommunikasjonen og den kliniske undersøkelsen kan være vanskeligere å gjennomføre pga. nedsatt funksjon hos pasienten. De eldre krever tid. På denne måten blir disse pasientene mer arbeidskrevende og kan på et ubevisst plan oppfattes som en større belastning enn andre pasienter. Dermed kan det oppstå en form for negativ motoverføring, dvs. en situasjon der helsepersonellens tidligere erfaringer med liknende tilfeller kan få negative konsekvenser for pasienten(23). Imidlertid har jeg ikke funnet noen forskning som kan bekrefte min påstand i forhold til eldre pasienter. Det kunne vært svært interessant å designe og gjennomføre studier som kunne avklare dette. En enkel måte å få en viss indikasjon på, kunne for eksempel være å se på pasientenes ventetid i norske sykehusmottak i forhold til alder, men justert for pasientens tilstand.

I denne oppgaven har jeg påpekt en rekke problemer i forhold til prioritering av eldre i helsevesenet. Som en forutsetning for dette har jeg altså lagt til grunn at de er en gruppe som har rett til prioritet. Jeg bør i den sammenheng påpeke at det er omdiskutert hvor omfattende helsetjenester man skal tilby eldre mennesker, særlig når det kommer til livsforlengende behandling. Et ekstremt standpunkt i denne sammenhengen er fremsatt av en filosof ved navn

Daniel Callahan. Han har argumentert for at livreddende og livsforlengende behandling ikke bør være en del av helsetilbudet til eldre over en viss alder (22). Denne diskusjonen faller imidlertid utenfor oppgavens rammer, og er dermed ikke gått nærmere inn på.

Slik jeg ser det kan man med god grunn påstå at det foreligger en diskriminering av de eldre i dagens helsevesen. Det foreligger omfattende mangler i helsetilbudet til de eldre. I rapporten beskrevet over der man har gjennomført dybdeintervjuer av helsepersonell, fremkom det at biomedisinske behov oftest oppleves godt dekket, men at andre grunnleggende behov knyttet til pleie, omsorg og kommunikasjon rammes av mangel på ressurser (22). Jeg mener at det ikke er viljen til å prioritere de eldre som mangler, men at mye av problemet ligger i tankesettet bak hvordan vi driver vårt moderne helsevesen. Kravene til effektivitet og dermed målbare resultater overskygger moralske og mellommenneskelige verdier. Etske tankesett og resonnementer passer dårlig inn i våre systemer, og dermed får vi negative konsekvenser som at pasientens behov ikke imøtekommes i tilstrekkelig grad. Effektivitetstanken gjør seg gjeldende både på det politisk-administrative og på det kliniske nivå.

Et annet og omfattende spørsmål er i så fall hvordan vi kan få gjort noe med dette. Et skritt i riktig retning mener jeg å se i en nylig utarbeidet rapport av den norske lægeforening, om prioriteringer i helsevesenet, der de forsøker å komme med en rekke tiltak for å komme videre i prioriteringsarbeidet. Sentrale elementer her er en styrkning av bevisstheten om prioritering innad i legestanden og utarbeidelse av faglige anbefalinger basert på konsensus i fagmiljøene (4). Dette svarer da til det Lønningutvalget omtalte som overordnede beslutninger på annenordensnivå. Dermed vil man kunne legge klare føringer for den enkelte kliniske situasjon og også stille sterkere i påvirkningen av beslutninger på førsteordensnivå, dvs. på høyere administrativt og politisk nivå.

Jeg har argumentert for at det foreligger former for diskriminering av eldre i dagens helsevesen. Dette har sin bakgrunn i en utilstrekkelig tankegang bak formålet med helsetjenestene, der etiske og mellommenneskelige hensyn har måttet vike for effektivitetstanken. Jeg ønsker imidlertid å påpeke at det ikke bare er de eldre som rammes av et slikt tankesett, men kanskje er det slik for alle pasienter. Et hyppig gjentatt eksempel er replikken om at legen ikke så meg, men kun sin egen dataskjerm. Det som derimot er særskilt for de eldre, og enkelte andre grupper som for eksempel i psykiatrien, er at behovene for noe mer enn en ren biomedisinsk behandling er større, og konsekvensene av mangel på helhetlig

ivaretagelse av pasientene får store følger for pasientens livskvalitet og også mulighet til bedring etter sykdom.

I tillegg er det verdt å bemerke at vi for legene som gruppe og for legerollen som helhet, ikke er tjent med en innsnevring av legerollen til bare å bli en teknisk reparatør. Det er viktig å beholde og forsterke det kommunikative mellommenneskelige aspektet og de etiske ferdigheter. Dette mener jeg vil bidra til en bedre helsetjeneste for alle og spesielt i møtet med de eldre.

---

## LITTERATUR

- 1 Moun T: Lege- og tannlegeyrkene i Vaglum P, Ekeberg Ø, Finset A, Hauff E og Moun T: Innføring i medisinske adferdsfag. ISBN 82-02-19859-3 Cappelen Akademisk Forlag, Oslo 2000
- 2 Braut GS: Helsa, samfunnet og individet – medisinsens evige dilemma i Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K og Nylenna M (red): Helse for de mange. ISBN 82-05-31114-5, Gyldendal Akademisk, Oslo 2003
- 3 Den norske lægeforening (2007): Lang, lang rekke – En statusrapport om prioritering i helsetjenesten  
[http://www.legeforeningen.no/asset/34642/1/34642\\_1.pdf](http://www.legeforeningen.no/asset/34642/1/34642_1.pdf) (03.09.2007)
- 4 2007 Westin S og Krokstad S: Folkehelse og sosial ulikhet i Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K og Nylenna M (red): Helse for de mange. ISBN 82-05-31114-5, Gyldendal Akademisk, Oslo 2003
- 5 Aftenposten Aften 06.09.07: Altfor tøft i eldreomsorgen, s.18 og Legehjelpen til eldre kan bedres, s.20.
- 6 NOU 1997: 18 Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste (Lønning II)  
<http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/19971997/018/PDFA/NOU199719970018000DDDPDFA.pdf> (03.09.2007)
- 7 Lov om pasientrettigheter [LOV-1999-07-02-63](#) (03.09.2007)
- 8 Lov om helsetjenesten i kommunene [LOV-1982-11-19-66](#) (03.09.2007)



- 9 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. [LOV-1999-07-02-61](#) (03.09.2007)
- 10 Lov om helsepersonell [LOV-1999-07-02-64](#) (03.09.2007)
- 11 Prioriteringsforskriften [FOR-2000-12-01-1208](#) (03.09.2007)
- 12 Sosial- og helsedirektoratet (2004): Informasjon om pasienters rettigheter  
<http://www.shdir.no/vp/multimedia/html/pasientrettigheter> (03.09.2007)
- 13 Statistisk sentralbyrå (1999): Eldre i Norge, Kap 3. Helse  
<http://www.ssb.no/emner/00/02/sa32/sa32.pdf> (03.09.2007)
- 14 Straand J: Alderdom i Hunskår S (red): Allmennmedisin. ISBN 82-05-30779-2, Gyldendal Akademisk, Oslo 2003
- 15 Statistisk sentralbyrå (1999): Eldre i Norge, Kap 4. Pleie- og omsorgstjenester  
<http://www.ssb.no/emner/00/02/sa32/sa32.pdf> (03.09.2007)
- 16 Statistisk sentralbyrå (2004): Framskrivning av folkemengden 2002-2050  
[http://www.ssb.no/emner/02/03/nos\\_folkfram/nos\\_d319/nos\\_d319.pdf](http://www.ssb.no/emner/02/03/nos_folkfram/nos_d319/nos_d319.pdf)  
(03.09.2007)
- 17 Statistisk sentralbyrå (1999): Eldre i Norge  
<http://www.ssb.no/emner/00/02/sa32/sa32.pdf> (03.09.2007)
- 18 Statistisk sentralbyrå (2005): Fortsatt sterk befolkningsvekst  
<http://www.ssb.no/emner/02/03/folkfram/kopi.html>
- 19 Senter for medisinsk metodevurdering (2003): Rapport nr.11/ 2003: Helsetjenester og gamle – hva er kunnskapsgrunnlaget?  
<http://www.kunnskapssenteret.no/filer/Rapport11-03.pdf> (03.09.2007)
- 20 Den norske lægeforening (2001): Når du blir gammel og ingen vil ha deg – En statusrapport med fokus på helsetjenester for eldre  
<http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=5178> (03.09.2007)
- 21 Førde R, Pedersen R, Nortvedt P, Aasland OG. Får eldreomsorgen nok ressurser? Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1913-6 <http://www.tidsskriftet.no/lts-pdf/pdf2006/1913-6.pdf> (03.09.2007)
- 22 Seksjon for medisinsk etikk, UiO (2007): Liv til årene eller år til livene? Kliniske prioriteringer i helsetjenesten til syke gamle
- 23 Ekeberg Ø: Samspillet mellom lege og pasient – utfordringer og begrensninger i Vaglum P, Ekeberg Ø, Finset A, Hauff E og Moum T: Innføring i medisinske adferdsfag. ISBN 82-02-19859-3 Cappelen Akademisk Forlag, Oslo 2000