

---

## Betingelser for bærekraft

---

DEBATT

TORGEIR BRUUN WYLLER

t.b.wyller@medisin.uio.no

Torgeir Bruun Wyller er spesialist i indremedisin og i geriatri, professor i geriatri ved Universitetet i Oslo og overlege ved Oslo universitetssykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

---

### Medisinsk overaktivitet er en forutsigbar følge av måten helsetjenesten er organisert på. Innser man ikke det, vil sløsingene aldri ta slutt.

Stefán Hjörleifsson og Linn Okkenhaug Getz publiserte nylig en viktig lederkommentar om sløsing i helsetjenesten [\(1\)](#). De har utvilsomt rett i at det foregår mye medisinsk overaktivitet som kan være til skade for pasientene, som koster penger og som bidrar til å undergrave vår solidariske, skattefinansierte helsetjeneste. Men de gir ingen analyse av politiske årsaker til overaktiviteten. Jeg vil peke på noen drivkrefter på systemnivå.

---

### Innsatsstyrt finansiering

Finansieringssystemet, som innebærer at sykehusene godskrives økonomisk for hvert inngrep og hver prosedyre, baserer seg på dogmet om at «mer er bedre». Fortsatt tror mange i det politiske miljøet at helsetjenestens problem er at det går for langsomt, og at det må gis økonomiske insentiver til å øke tempoet.

*«Fortsatt tror mange i det politiske miljøet at helsetjenestens problem er at det går for langsomt»*

Utfører man enda et inngrep, enda en prosedyre, fremstår man som effektiv, og avdelingen belønnes for det. Besinner man seg, tenker før man rekvirerer eller tilbyr en samtale fremfor et inngrep, virker man som en hemske på

---

## Sengemangel

I 1980 var det i Norge omtrent én somatisk sykehusseng per 180 innbyggere. I dag har vi ca. én per 500 (2) – og færre blir det for hver gang et nytt sykehus tas i bruk. Nedbyggingen av sengekapasitet bygger på en antakelse om at sykehussenger i seg selv er kostbare.

Allerede for mer enn 20 år siden viste nevrologen Ragnar Stien på en elegant måte hvor tøysete dette er (3). Sengetallsreduksjonen begrunnes på en liknende måte som finansieringssystemet: Sykehuset er et samleband, og bare vi kan få samlebandet til å gå fortere, vil effektiviteten øke. Dette fører til et unødig høyt forbruk av diagnostiske prosedyrer. Når en pasient legges inn, er det ikke tid til å gjøre undersøkelsene etter hverandre og avvente resultatet av den forrige før den neste bestilles. Og langt mindre til å observere pasienten og se hvordan det kliniske bildet utvikler seg. Nei, vi bør helst fyre av hele breidsiden av diagnostiske prosedyrer allerede i akuttmottaket, slik at ikke oppholdet blir lenger enn høyst nødvendig. Det er ikke tvil om at dette fører til et overforbruk.

---

## Evidensovertro og retningslinjemedisin

Evidensbasert medisin ble i sin tid lansert blant annet som en velment motvekt mot den farmasøytiske industriens hegemoni i produksjon av kunnskap og vektlegging av medikamentelle tiltak. Dessverre har resultatet på mange måter blitt det motsatte (4).

Det å produsere evidens av så høy kvalitet at den aksepteres som gyldig av dagens kunnskapsforvaltere, er blitt så krevende at det er ytterst vanskelig uten et pengesterkt farmasøytisk firma i ryggen. Evidensen bygges derfor først og fremst opp for farmakologiske og teknologiske løsninger. Det er krevende å oppnå akseptabel evidens for nytten av mer tilbakeholdne tiltak, som observasjon, avmedisinering eller å stole på egen klinisk dømmekraft.

*«Det er krevende å oppnå akseptabel evidens for nytten av mer tilbakeholdne tiltak»*

Retningslinjer for diagnostikk og behandling tar kontinuerlig opp i seg den nyeste evidensen og leder til stadig mer omseggripende medisinsk aktivitet. Effekten kan være marginal; store studier gir likevel lave *p*-verdier. Ofte er det usikkert om evidensen kan generaliseres til grupper som likner lite på dem som var med i studiene, f.eks. gamle pasienter med mye komorbiditet og alvorlig skrøpelighet. Men industriens og prosedyresnekkernes råd trekker gjerne i samme retning, de gir sterkere støtte til et valg om å behandle «for sikkerhets skyld» enn å unnlate behandling «for sikkerhets skyld».

---

## Juridifisering og sanksjonsfrykt

Mange leger sier åpent at de ikke anser en undersøkelse for nødvendig, men at de har rekvirert den «av juridiske grunner» eller for å ikke risikere å møte kritikk. Helsetjenestens eskalerende kontroll- og rapporteringsregime medfører en utbredt uro, særlig blant unge leger, for å møte sanksjoner hvis de ikke har sørget for tilstrekkelig diagnostisk sikkerhet eller iverksatt nødvendig behandling. Få synes å være engstelige for å bli kritisert for det motsatte. Det trengs en debatt om hvordan nødvendig tilsyn kan ivaretas uten å bidra til eskalerende medisinsk overaktivitet.

*«Mange leger sier åpent at de ikke anser en undersøkelse for nødvendig, men at de har rekvirert den 'av juridiske grunner' eller for å ikke risikere å møte kritikk»*

Medisinsk overaktivitet er ikke først og fremst en konsekvens av legers manglende dømmekraft eller ubeskjedenhet på vegne av eget fagfelt, men en forutsigbar følge av politiske beslutninger. Også i dette perspektivet må problemet diskuteres.

---

### REFERENCES

1. Hjörleifsson S, Getz LO. Besinnelse for bærekraft. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143. doi: 10.4045/tidsskr.23.0025. [PubMed][CrossRef]
2. Gisvold SE, Røe OD, Wyller TB. Er vi på vei mot et sengeløst, hjerteløst og todelt helsevesen? Samfunn & Økonomi 31.3.2021. <https://www.samfunnogokonomi.no/2021/07/er-vi-pa-vei-mot-et-sengelost-hjertelost-og-todelt-helsevesen/> Lest 24.3.2023.
3. Stien R. Skivepris – et forsøk på å bedre økonomistyringen i norske sykehus. Tidsskr Nor Legeforen 2001; 121: 1132.
4. Wyller VB, Wyller TB. Evidensbasert medisin - et kritisk innspill. Nytt Norsk Tidsskrift 2013; 30: 61–9. [CrossRef]

---

Publisert: 8. mai 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0194

Mottatt 12.3.2023, godkjent 12.4.2023.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 22. mars 2026.