

Prioritering i sundhedsvæsenet - en redegørelse

© Det Ethiske Råd 1996
Produceret af Grafiraf
Omslagsfoto: Stig Stasig
Tryk: KJ Bogtryk

ISBN 87-90343-10-7

Indholdsfortegnelse

Medlemmer af Det Ethiske Råd

Forord

1. Indledning

2. Prioritering i sundhedsvæsenet - hvordan foregår det i dag?

2.1 Indledning

2.2 Ydre faktore

2.3 De fire niveauer

2.3.1 Folketing og ministerier

2.3.2 Amter og kommuner

2.3.3 Sygehusledelsen og sygehusafdelingerne

2.3.4 Hos den praktiserende læge og i speciallægepraksis

2.4 Aktører på scenen

2.4.1 Politikerne

2.4.2 Medierne

2.4.3 Forvaltningen

2.4.4 Institutionsledelsen

2.4.5 Medicinske selskaber

2.4.6 Medicinalindustrien

2.4.7 Sundhedsprofessionernes fagforeninger

2.4.8 Patientforeningerne

2.4.9 Behandlerne

2.4.10 Patienterne og de pårørende

2.5 Fire niveauer, tre kulturer

2.6 Den usynlige prioritering

2.6.1 Indførelsen af nye behandlinger

2.6.2 Den stille prioritering

2.7 Behovet for øget kommunikation og informationsudveksling

3. Prioriteringsredskaber

3.1 Indledning

3.2 Analyseredskaber

3.2.1 Klinisk forskning

3.2.2 Sundhedsøkonomiske analyser

3.2.2.1 Omkostninger

3.2.2.2 Effekt

3.2.3 Medicinsk teknologivurdering, MTV

3.3 Beslutningsredskaber

3.3.1 Prioriteringsmodeller

3.3.1.1 Den norske model

3.3.1.2 Den hollandske model

3.3.1.3 Den svenske model

3.3.2 Hvad kan modellerne bruges til?

3.3.3 De danske amter

3.4 Det uundgåelige valg

4. Værdier og mål for sundhedsvæsenet

4.1 Indledning

4.2 Værdier

4.3 Overordnede mål for sundhedsvæsenet

4.4 Behovet for sundhedsydelse

4.5 Delmål for sundhedsvæsenets drift

4.5.1 Social og geografisk lighed

4.5.2 Kvalitet

4.5.3 Omkostningseffektivitet

4.5.4 Demokrati og brugerindflydelse

4.6 Hvad betyder formuleringen af mål og delmål for prioritering i sundhedsvæsenet?

5. Patientrettigheder

5.1 Indledning

5.2 Processuelle og materielle rettigheder

5.3 Fire former for patientrettigheder

5.3.1 Ventetidsgaranti

5.3.2 Konkrete enkeltrettigheder

5.3.3 Formulering af overordnede principper

5.3.4 Indsigt i ventelister

5.4 Patientrettigheder i en dansk sammenhæng

6. Den konkrete prioritering på det politisk-administrative og på det kliniske niveau

6.1 Indledning

6.2 Prioritering af behandling, omsorg og forebyggelse

6.3 Prioriterings kriterier på det politisk-administrative og på det kliniske niveau

6.4 Personrelaterede prioriteringskriterier

6.4.1 Prioritering efter behov

6.4.2 Prioritering efter alder

6.4.3 Prioritering efter social status

6.4.4 Prioritering efter eget ansvar for sygdommens opståen

6.5 Kriterier der kan anvendes og kriterier, der ikke må anvendes

7. Det Etske Råds anbefalinger

7.1 Indledning

7.2 Værdier og målsætninger

7.3 Prioriteringsprocessen

7.4 Effektivitet og kvalitetssikring

7.5 Prioriteringsmodeller og patientrettigheder

7.6 Prioriteringskriterier

7.7 Særligt udsatte grupper

Litteratur

Medlemmer af Det Etske Råd:

Domprovst Niels Henrik Arendt
Forfatter, præst Asger Baunsbak-Jensen
Informationschef, journalist Barbara Gram
Læge, adjunkt, Ph.D. Søren Holm
Lektor, mag.art. Jørgen Husted
Læge, cand.med. Ellen Kappelgaard
Cand.mag., Ph.D., forskningslektor Lene Koch
Professor, dr.scient. Ebba Lund
Professor, overlæge, dr.med. Jens Ole Nielsen
Professor Lars Nordskov Nielsen (formand)
Lektor, dr.jur. Linda Nielsen
Overlæge Sigurd Olesen
Forfatter, journalist Marina Cecilie Ronè
Professor, overlæge, dr.med. Mikael Rørth
Børnehaveklasseleder Inga Steiner Sørensen
Lektor, lic.jur. Jørn Vestergaard
Souschef, cand.psych. Marianne Wangsted (næstformand)

Forord

Det Ethiske Råd offentliggør hermed en redegørelse om prioritering i sundhedsvæsenet. Redegørelsen udgør en opfølgning på det debatoplæg om emnet, som rådet udsendte i februar 1995. I mellemtiden har rådet bl.a. ved besøg i amterne, ved møder med interessegrupper inden for sundhedsvæsenet og ved afholdelse af en debatdag om prioritering i sundhedsvæsenet, og af vanskelighederne ved at opstille klare og anvendelige retningslinier for denne prioritering.

Redegørelsen er behandlet på rådets plenarmøder efter oplæg fra rådets arbejdsgruppe vedrørende prioritering i sundhedsvæsenet, som består af rådsmedlemmerne Søren Holm (formand), Asger Baunsbak Jensen, Jens Ole Nielsen, Lars Nordskov Nielsen og Inga Steiner Sørensen. Arbejdsgruppen har igennem hele forløbet været suppleret med overlæge Mogens Krogh Jensen, forvalningsdirektør Arne Rolighed og sundhedsøkonom, docent Terkel Christiansen. Redegørelsen er på baggrund af drøftelser i arbejdsgruppen og skriftlige bidrag fra nogle af gruppens medlemmer udarbejdet af kultursociolog Anders Bildsøe Lassen.

Lars Nordskov Nielsen Formand

Nina Schultz-Lorentzen Sekretariatschef

1. Indledning

At prioritere betyder at vælge mellem forskellige muligheder. Man prioriterer det ene frem for det andet. Det er en ganske almindelig dagligdags foreteelse. Man prioriterer sin tid mellem familie, venner og arbejde. Man prioriterer sine penge ud fra, hvilke goder man ønsker at erhverve. Prioritering i sundhedsvæsenet betyder, at man, fordi der ikke er ressourcer til at gøre alting, må vælge at gøre noget fremfor noget andet. Her får prioritering straks et mere dystert skær. I praksis indebærer prioritering i sundhedsvæsenet rationering af undersøgelser og behandlinger. Sundhedsvæsenet har ikke mulighed for at foretage alle de undersøgelser, behandlinger, plejetiltag mv., der efterspørges, og som vil være til gavn for patienterne, og derfor må man rationere.

Prioritering i sundhedsvæsenet betyder således altid - dvs. også i dag - at der er nogle af de mennesker, der henvender sig til sundhedsvæsenet, som ikke får den optimale behandling, eller ikke får behandling lige med det samme.

Konsekvenserne er meget forskellige. For nogle, f.eks. transplantationspatienter, kan det betyde, at de aldrig får den behandling, de har brug for. I det tilfælde er der imidlertid ikke så meget tale om en økonomisk begrænsning, som om en begrænsning i antallet af organer. For andre, f.eks. sindslidende eller plejekrævende ældre, kan det betyde, at de må sidde hjemme uden tilstrækkelig kontakt til hjemmeplejen eller den praktiserende læge, eller at de må gennemleve en tid med usikkerhed og ængstelse, fordi der ikke er nogen, som har tid til at sætte sig ned og snakke med dem - det være sig på sygehusafdelingen eller i hjemmet. For atter andre betyder det, at de må tilbringe længere tid på ventelisten til en bestemt operation, eller at de må tilbringe en del af deres sygehusophold på gangen på en overbelagt medicinsk afdeling.

Det er faktisk sjældent, at de prioriteringsbeslutninger, der træffes, står mellem to, veldefinerede alternativer, som f.eks. flere penge til hofteoperationer eller til hjertetransplantationer. Uanset om det drejer sig om forebyggelsesinitiativer, om hjemmeplejen og de praktiserende læger, eller om planlægning i sygehusvæsenet, så synes det at være karakteristisk, at mens man véd, hvad man vælger *til*, er det sværere at få overblik over, hvad man samtidig nødvendigvis må vælge *fra*.

Det Ethiske Råd vil gerne være med til at skabe større opmærksomhed om den prioritering, som finder sted; til at fremme en bred diskussion i befolkningen, blandt sundhedspersonalet og blandt de ansvarlige politikere af, hvordan sundhedsvæsenets opgaver bør prioriteres. Både for at skabe større åbenhed og for at stimulere en proces, der kan føre til, at de prioriteringsbeslutninger, der træffes, bliver mere gennemtænkte, og at de bliver truffet på baggrund af afvejning af flere relevante hensyn.

Det indebærer en diskussion af spørgsmål som;

- hvad er *målsætningen* med det danske sundhedsvæsen?
- *hvor mange penge* er vi villige til at ofre på det fælles sundheds- væsen?
- hvilke *opgaver* skal sundhedsvæsenet, henholdsvis primær- og sekundærsektoren, tage sig af?
- hvad kan man betegne som en *behandlingskrævende* tilstand?
- hvordan kan man opstille mål for *behandlingernes resultater*?
- hvilke *kriterier* kan man lægge vægt på, når der skal prioriteres mellem forskellige patientgrupper eller ellem enkeltpersoner?

Man har i mange år sagt, at det var uetisk at tale om patienter og penge på samme tid. Man har sagt, at i et rigt samfund som det danske må der være råd til at give en ordentlig behandling til dem, der har behov for det. Der er derfor mange, der siger, at vi i stedet for at tale om prioritering i sundhedsvæsenet burde arbejde for at få tilført flere ressourcer - en anden og højere prioritering af sundhedsvæsenet. De mener, at der bør afsættes mere end de ca. 60 mia., der i dag anvendes i sundhedsvæsenet, og at pengene kan tages fra andre områder af den offentlige sektor.

Det er dog vigtigt at understrege, at selv en betydelig udvidelse af sundhedsvæsenets samlede ramme ikke vil fjerne spørgsmålet om prioritering. For det første vil der også skulle prioriteres i tilfælde af, at rammen faktisk blev udvidet; man ville i så fald skulle træffe beslutninger om, hvilke aktiviteter, der skulle udvides. For det andet vil man principielt altid kunne bruge flere penge; på forskning; på undersøgelser; på nyt udstyr; på pleje af de gamle og de psykisk syge osv.

Derfor må man diskutere, hvordan der bør prioriteres, og derfor er man nødt til at tale om patienter og penge på samme tid. Man kan måske sige, at det er endnu mere uetisk at lade være, fordi beslutningerne da bliver truffet alligevel, uden at man har diskuteret de værdimæssige valg, der er forbundet med dem.

Når der i disse år er stor opmærksomhed om prioritering i sundhedsvæsenet, ikke bare i Danmark men i alle vestlige lande, så er det ikke fordi, prioritering i sundhedsvæsenet først er blevet aktuelt inden for de senere år. Prioritering i sundhedsvæsenet har altid fundet sted. Men man kan måske tale om, at gabet mellem det, der er tekniske muligheder for, og som befolkningen efterspørger, og det, som man har mulighed for inden for sundhedsvæsenets ressourcemæssige rammer, er blevet større og mere synligt. Det er der flere grunde til:

Den teknologiske udvikling går stærkt i disse år, både hvad angår udviklingen af nyt udstyr til undersøgelser og behandling, og hvad angår udviklingen af nye medicinske præparater. Dertil kommer, at man må imødesee en bred vifte af nye behandlingsmuligheder, hvis genteknologien i fremtiden indfrier nogle af de løfter om behandlingsmæssige fremskridt, der er blevet udstedt. Udviklingen af nye undersøgelses- og behandlingsmetoder betyder, at flere sygdomme kan behandles, og at de kan opdages tidligere, og det betyder derfor i mange tilfælde et øget pres på sundhedsvæsenets ressourcer.

Befolkningens sammensætning ændres også. Udviklingen går for øjeblikket i retning af, at andelen af ældre mennesker i befolkningen øges, og undersøgelser viser, at det betyder en øget efterspørgsel af behandling og pleje i sundhedsvæsenet. Samtidig peger undersøgelser på, at den gennemsnitlige sygelighed, dvs. forekomsten af sygdomme i befolkningen som helhed, stiger. Der kommer f.eks. flere og flere tilfælde af kræft, af muskel- og ledsygdomme og af forskellige former for allergi i disse år. Endelig synes der at være en tendens til, at folk i almindelighed hyppigere opsøger læger og andre behandlere.

En yderligere grund, til at der er øget opmærksomhed om den prioritering, der foregår i sundhedsvæsenet, er, at lægernes og sygehusledelsernes tidligere stort set uindskrænkede beføjelser til at foretage prioriteringer i stigende grad anfægtes i disse år. Politikerne er begyndt at involvere sig mere i driften af sundhedsvæsenet. Den begrænsede adgang til f.eks. transplantationer og de lange ventelister på forskellige kirurgiske indgreb er genstand for mediernes opmærksomhed, og det betyder, at politikerne føler, at de må reagere. Samtidig taler man om, at lægernes autoritet anfægtes på

forskellige punkter. Forbrugerne - patienterne - er blevet mere opmærksomme på, hvilke krav de kan stille, og mere kritiske overfor de beslutninger, der træffes. Man kan muligvis tale om, at man nu begynder at se den antiautoritære patient, der stiller krav og vil tages med på råd vedrørende behandling.

Prioritering i sundhedsvæsenet er af alle disse grunde blevet et emne, der optræder hyppigt på avisernes debatsider og på møder rundt om i landet.

Når Det Etske Råd lægger op til en bred folkelig debat om prioriteringsspørgsmålet, er det ikke, fordi man venter, at man derved kan opnå enighed om, hvordan der skal prioriteres i mindste detalje. Der er ingen tvivl om, at en del af de beslutninger, der træffes i sundhedsvæsenet, må bero på en afvejning af en lang række helt konkrete forhold ved hver enkelt situation. Det gælder ikke mindst de beslutninger, der træffes ved sygesengen af lægerne og det øvrige sundhedspersonale. Her må man i vid udstrækning have tillid til, at de mennesker, som befinder sig i situationen, træffer de bedste valg.

Det Etske Råd er imidlertid af den opfattelse, at vi alle sammen skal være med til at diskutere, hvilke hensyn der bør inddrages, og hvilke kriterier der kan anlægges, når der skal træffes prioriteringsbeslutninger. *Hvis* alder skal indgå, eller *hvis* spørgsmålet om, hvorvidt den pågældende patient er i fare for at miste sit job, skal indgå, så skal det ikke være, fordi den enkelte læge nu engang mener, at det er rimeligt - så skal det være, fordi vi alle sammen har vedtaget, at i nogle situationer kan det være rimeligt at inddrage spørgsmålet om alder, eller spørgsmålet om beskæftigelse.

Hvis vi samtidig mener, at de prioriteringsbeslutninger, der træffes rundt omkring i sundhedsvæsenet, bør være karakteriseret ved en vis ensartethed; at den behandling, man modtager som patient, ikke skal afhænge af, hvilke læger og sygeplejersker der tilfældigvis er på arbejde på det pågældende tidspunkt, så må de baseres på et mere eller mindre udtrykkeligt formuleret fælles værdigrundlag.

Derfor må vi alle sammen - patienter, pårørende, læger og sygeplejersker, politikere, administratorer osv. - være med til at diskutere, hvordan vi når frem til den mest rimelige prioritering af sundhedsvæsenets opgaver.

2. Prioritering i sundhedsvæsenet - hvordan foregår det i dag?

2.1 Indledning

Der foregår prioritering i sundhedsvæsenet, og der er formentlig altid blevet prioriteret i sundhedsvæsenet. I mange tilfælde har man muligvis ikke brugt ordet prioritering, men det er det, der er tale om, når man træffer en beslutning om at bruge ressourcer på én aktivitet, fordi man derved afskærer sig fra at bruge dem på en anden. Til ethvert tilvalg knytter sig også et fravalg. I mange tilfælde har man måske ikke haft mulighed for - eller været interesseret i - at søge at gennemskue og diskutere præcis hvilke aktiviteter, man ville afstå fra, for at kunne gennemføre andre. Det ændrer imidlertid ikke ved, at der, både tidligere og i dag, prioriteres, og at konsekvenserne af disse prioriteringer mærkes dagligt af behandlere, patienter og pårørende i sundhedsvæsenet.

Dette kapitel skal handle om, hvor og hvordan der træffes beslutninger i sundhedsvæsenet i dag, hvem der har indflydelse på dem osv. Det er vigtigt at danne sig et overblik over, hvordan prioritering foregår i praksis, inden man begynder en diskussion af, hvordan den bør foregå.

2.2 Ydre faktorer

Man må indledningsvis gøre sig klart, at en del af den udvikling, der foregår i sundhedsvæsenet, ikke kan føres tilbage til beslutninger truffet et sted i det danske sundhedsvæsen.

Det gælder i forhold til efterspørgselen af sundhedsydelse. Her kan ændringer i befolkningens alderssammensætning eller den gennemsnitlige sygelighed betyde øget efterspørgsel på behandling og pleje. Samtidig kan f.eks. stigning i arbejdsløshed og social udstødelse betyde ændringer i

efterspørgselen, fordi der er en sammenhæng mellem disse forhold og folks sygelighed (Kamper-Jørgensen 1996).

Samtidig synes den generelle sociale og kulturelle udvikling at betyde, at flere funktioner, der tidligere blev varetaget i folks sociale netværk, i dag overlades til det sundhedsfaglige personale. Folk går til læge med personlige, sociale problemer eller har større behov for, at plejepersonalet har tid til at tale med dem og tage sig af dem, fordi der ikke er andre, som gør det.

Også med hensyn til udbudssiden kan man tale om, at udefra kommende faktorer har en betydning for udviklingen i sundhedsvæsenet. Først og fremmest sætter den almindelig samfundsøkonomiske udvikling rammer for, hvilke ressourcer der kan stilles til rådighed for sundhedsvæsenet. Spørgsmålet om, hvor mange ressourcer, der stilles til rådighed, afhænger naturligvis altid af, hvordan man fra politisk side prioriterer sundhedsvæsenet i forhold til andre opgaver, såsom undervisning, sociale ydelser, veje mm. Som tendens vil muligheden for at kunne bruge flere ressourcer på sundhed dog øges i økonomiske opgangstider.

Samtidig kan international forskning og teknologisk udvikling betyde, at der gives nye muligheder for at behandle lidelser, eller at der gives muligheder for at udføre kendte behandlinger på nye måder. Denne forskning og udvikling kan indebære et behov for yderligere ressourcer, f.eks. til dyrt apparatur eller dyr medicin. Det koster også ressourcer, når det bliver muligt at behandle folk, som tidligere ikke kunne behandles. Men det kan også føre til besparelser, fordi en ny behandling f.eks. forkorter indlæggelsestiden for en gruppe patienter. Den overvejende del af den sundhedsvidenskabelige forskning foregår uden for Danmarks grænser. Igen gennem internationale netværk og konferencer mv. bliver danske sundhedsprofessionelle imidlertid bekendte med nye udviklinger. Det samme gør deres patienter, og dermed opstår der pres på sundhedsvæsenet for at give mulighed for at benytte de nye metoder eller præparater.

2.3 De fire niveauer

Inden for sundhedsvæsenet kan man tale om, at der bliver truffet prioriteringsbeslutninger på fire forskellige niveauer:

- Et overordnet nationalt eller statsligt niveau, dvs. i Folketing, i ministerier, mv.
- Et lokalt politisk niveau, dvs. i amter og kommuner.
- På sygehusniveau: i sygehusledelsen og på sygehusafdelingen.
- Hos praktiserende læger og i speciallæge praksis.

Denne inddeling fokuserer på, *hvor* beslutningerne træffes for derigennem at kaste lys over, *hvem* der har mulighed for at påvirke dem.

2.3.1 Folketing og ministerier

I Folketinget, i Sundhedsministeriet, i Sundhedsstyrelsen, men også andre steder, f.eks. Undervisningsministeriet, træffes beslutninger, der har betydning for, hvordan opgaverne prioriteres i sundhedsvæsenet. Det sker både i forbindelse med udformningen af en egentlig sundhedspolitik og i forbindelse med forhandlingerne mellem Finansministeriet og amter og kommuner om bloktilskuddene for det kommende år. Det samme er tilfældet, når der fra de statslige sundhedsmyndigheder udstikkes konkrete retningslinier for behandlinger og undersøgelser f.eks. i form af referenceprogrammer og kvalitetssikringsprojekter.

2.3.2 Amter og kommuner

Amterne administrerer sygehusene, de praktiserende læger og sygesikringen, mens kommunerne står for bl.a. hjemmesygepleje og skolelæger. I amter og kommuner træffes således både beslutninger om de samlede rammer for sundhedsvæsenet, og om hvilke aktiviteter der skal prioriteres. De enkelte amters muligheder for at træffe egentlige prioriteringsbeslutninger er i nogen grad hæmmet af loven

om patienternes frie sygehusvalg, og man forsøger derfor igennem Amtrådsforeningen at koordinere sundhedspolitikken imellem de enkelte amter. Samtidig er amternes muligheder for at træffe beslutninger om aktivitetsudvidelser begrænset af aftaler med regeringen.

2.3.3 Sygehusledelsen og sygehusafdelingerne

Sygehusledelsens opgave er inden for en given ramme at sikre en fordeling af ressourcer mellem de forskellige opgaver, således at optageområdets behov dækkes på en tilfredsstillende og omkostningseffektiv måde. Det er sygehusledelsens opgave i særlige situationer at udforme ansøgninger om tillægsbevillinger til amtet. Fastlæggelsen af rammerne for de enkelte afdelinger på et sygehus er således overvejende sygehusledelsens ansvar, og en del beslutninger med stor betydning for prioriteringen af sygehusets opgaver træffes på dette niveau.

På sygehusafdelingen kan man skelne mellem afdelingsledelsens mere administrative beslutninger og sundhedspersonalets beslutninger vedrørende undersøgelse, behandling og pleje af den enkelte patient. Ved den direkte konfrontation med patienterne træffes der dagligt beslutninger om, hvordan forskellige opgaver skal prioriteres. Der fokuseres i den forbindelse ofte på de valg, som personalet står overfor, når der skal tages folk ind fra venteliste, eller når der er flere patienter om den samme seng på intensivafdeling, og der skal vælges imellem dem. Der er imidlertid også tale om prioritering, når en fortravlet sygeplejerske f.eks. skal tage stilling til, om hun har tid til at følge den ældre gangbesværede patient på toilettet, eller når lægen på stuegang f.eks. skal tage stilling til, om hun har tid til at sidde 10 minutter ved en seng for at tale med en bekymret patient.

2.3.4 Hos den praktiserende læge og i speciallægepraksis

Den praktiserende læge forestår undersøgelse og behandling på det alment medicinske niveau. I det omfang den praktiserende læge ikke kan klare undersøgelse og behandling, visiteres patienten enten til speciallæge eller til sygehus. De praktiserende læger fungerer således som en slags port-vogtere for sundhedsvæsenet; det er dem, der afgør, om en patient skal sendes videre i systemet. I dag viderehenvises ca. 10% af de patienter, der kommer i almen praksis (Kinnerup & Lehmann Knudsen 1996).

Speciallægen på sygehus eller i praksis tager herefter stilling til den videre undersøgelse og behandling. Disse beslutninger/prioriteringer af enkelte patienter sker primært på et lægefagligt grundlag. Det vil sige, at det er lægen, der suverænt træffer beslutning om, hvorvidt patienten skal sendes videre i systemet og tilbydes undersøgelse og behandling.

Beslutninger truffet på det ene af disse niveauer kan have omfattende konsekvenser for, hvilke beslutninger der kan træffes på de andre. Det gælder ikke kun fra et overordnet niveau til et underordnet, men også omvendt. Således kan eksempelvis praktiserende lægers beslutninger om at henvise patienter til speciallæge eller hospitalsbehandling have indflydelse på, hvilke ressourcer amtet har til rådighed til iværksættelse af nye initiativer. Man kan sige, at udbuddet og efterspørgselen så at sige støder sammen, hvor praksissektoren henviser til sygehusene. Patienten kan frit henvende sig til de praktiserende læger, og disse læger er ikke som sygehusene underlagt en samlet økonomisk ramme, men får betaling per konsultation. Forbruget af ydelser fra den primære sundhedssektor er i stedet reguleret ved en begrænsning af antallet af praktiserende læger. Det giver ikke desto mindre en forholdsvis ukontrolleret patientstrøm gennem praksissektoren. Her over for står et fast udbudsstyret eller rammestyret sygehusvæsen med en fast ramme, som man skal holde sig inden for.

Denne styringsmæssige forskel resulterer ofte i ubalancer, som f.eks. ventelister, overbelægninger, for tidlige udskrining mv. Det er disse ubalancer meget af den sundhedspolitisk debat kredser om.

Overordnet kan man skelne mellem politisk/administrativ prioritering og klinisk prioritering. Politisk/administrativ prioritering foregår på de statslige niveau, i amter og kommuner og i sygehusledelsen. Her fordeler man ressourcerne mellem grupper af patienter; man står ikke ansigt til ansigt med dem, men oplever dem som anonyme medlemmer af forskellige grupper. Klinisk prioritering foregår i lægens praksis, på sygehusafdelingen, i hjemmeplejen mv. Her står man direkte over for de patienter, som ens beslutninger berører, man kender deres navn, den situation de er i, nogle

af deres pårørende osv.

Der er stor forskel på at træffe beslutninger på disse forskellige niveauer. Der er forskel på at operere med grupper og tal og at stå over for patienter med bestemte behov. Et af de spørgsmål, man skal tage stilling til i debatten om prioritering i sundhedsvæsenet, er netop, om man skal anlægge de samme kriterier og afveje de samme hensyn, når man foretager politisk/administrativ prioritering, som når man foretager klinisk prioritering.

2.4 Aktører på scenen

På de forskellige niveauer i beslutningsprocessen spiller en række aktører hver især deres roller. Man kan sige, at den konkrete prioritering af opgaverne inden for sundhedsvæsenet er et resultat af, hvordan disse aktører hver især søger at påvirke beslutningsprocessen:

Politikerne

Medierne

Forvaltningen

Sygehusledelsen

Medicinske selskaber

Medicinalindustrien

Sundhedsprofessionernes fagforeninger

Patientforeningerne

Behandlerne

Patienterne og de pårørende

2.4.1 Politikerne

Man bør her skelne mellem folketingspolitikere og amtspolitikere, fordi Sundhedsministeren og Folketinget har det overordnede ansvar for sundhedspolitikken i landet, men det er amterne, der ejer og administrerer sygehusene og sygesikringen.

Folketingspolitikere er primært optaget af at sikre, at sundhedsvæsenet er i stand til at levere ydelser af den højeste kvalitet, og at der ikke er alt for store forskelle imellem de forskellige egne af landet. Folketingspolitikere markerer sig ofte i medierne med krav om, at ventelisterne på f.eks. udskiftning af hoftelid eller by-pass operationer skal nedbringes, evt. ved større inddragelse af private sygehuse. I løbet af 1996 har man desuden hørt Folketingspolitikere kommentere amternes håndtering af det psykiatriske område og formulere krav om, at der gøres en øget indsats på dette område. Endelig hører man også fra tid til anden Folketingspolitikere sige, at man må overveje andre måder at organisere sundhedsvæsenet på, hvis amterne og H:S ikke viser sig i stand til at varetage opgaverne på en tilfredsstillende måde.

Amtspolitikere er naturligvis også optaget af at sikre, at sundhedsvæsenet holder et højt niveau, men de er samtidig ansvarlige for, at udgifterne til sundhedsvæsenets drift ikke stiger voldsomt. I den forstand har de i det daglige arbejde prioriteringsproblemerne langt tættere inde på livet, end deres partifæller på Christiansborg. Denne arbejdsdeling kan føre til konflikter mellem Folketinget og amterne. Der har f.eks. været stor utilfredshed i amterne med, at Folketinget i forbindelse med vedtagelsen af Finansloven for 1995 vedtog at indføre ventetidsgaranti på udskiftning af knæled og operation for diskusprolaps, således at patienter med disse lidelser kun kunne komme til at vente i 3 måneder. Beslutningen indebar nemlig, at amterne var nødt til at tildele flere ressourcer til disse behandlinger, og dermed måtte nedprioritere andre. Det er nemlig ikke altid således, at Folketinget giver penge til at

betale regningen for den service, det efterlyser.

I amterne føler man desuden, at en lang række andre beslutninger, truffet på overordnet politisk niveau, sætter rammer for amternes muligheder for at foretage en samlet sygehusplanlægning. Et eksempel er uddannelsespolitikken, hvor man f.eks. beslutter, hvor mange læger og sygeplejersker, der skal uddannes. Det har betydning især for yderamterne, hvor man har svært ved at rekruttere kvalificeret personale, særligt læger og sygeplejersker med specialistuddannelse. Hvis man i et amt f.eks. ønsker at styrke børne- og ungdomspsykiatrien, kan det kun lade sig gøre, hvis der findes børne- og ungdomspsykiatere på markedet. Det gør der ikke for øjeblikket.

Et andet eksempel er Folketingets beslutning om øget orlov til forældre, uddannelse mv. samtidig med, at man fremsatte forventninger om nedbringelse af ventelister på bestemte sygehusbehandlinger. Orlovsbestemmelserne gjorde det f.eks. endnu vanskeligere at rekruttere sygeplejersker.

Formelt set er det i amternes sygehus- eller sundhedsudvalg, som består af medlemmer af amtsrådet, at konkrete beslutninger om bevillinger til de enkelte sygehuse træffes. Det sker dels i form af en rammebevilling og dels i form af tillægsbevillinger i særlige tilfælde. Amterne i Danmark benytter sig af forskellige former for rammestyret af sygehusvæsenet, hvilket indebærer et stort råderum for institutionernes tilrettelæggelse af deres aktiviteter, men til gengæld en meget stram styring af udgifterne.

Såvel spørgsmålet om rammernes størrelse som spørgsmålet om evt. tillægsbevillinger formidles til sygehus/sundhedsudvalget fra forvaltningen og indgår i den årlige budgetlægning. Politikerne føler sig i den situation ofte sat under pres på grund af den store medieopmærksomhed, der er omkring sundhedsspørgsmål i disse år. Beslutninger om nedlæggelse af en afdeling eller et helt sygehus afstedkommer ofte kraftige og stærkt følelseladende reaktioner i pressen og gør det vanskeligt for politikerne at lægge navn til upopulære beslutninger, uanset at de ud fra forskellige betragtninger er nok så rationelle. Mange politikere føler på den baggrund, at pressen indtager en uheldig rolle i prioriteringsdebatten, fordi den altid fokuserer på enkeltpersoner og gør det umuligt at anlægge et mere overordnet perspektiv i debatten.

2.4.2 Medierne

Sundhedsvæsenet er godt mediestof i disse år. Aviser og elektroniske medier formelig bugner af historier om sundhedsvæsenet. I sundhedsvæsenet har man med mennesker at gøre. Det er her de fødes, og det er ofte her, de dør. Det er her nogle reddes, mens andre må indse, at de skal dø. Historier om sundhedsvæsenet er relevante for mange mennesker, og de er af og til ikke uden en vis dramatik.

Medierne danner desuden rammen om en stor del af den offentlige debat om sundhedsvæsenet. Politikere, patientforeninger, læger og sygeplejersker mv. bruger hyppigt f.eks. avisernes debatsider til at gøre opmærksom på problemer eller til at lancere egne synspunkter. Denne trafik er i høj grad professionaliseret i den forstand, at de fleste aktører har tilknyttet folk, der primært arbejder med at informere og påvirke medier og offentlighed.

I en vis forstand kan medierne imidlertid også selv betragtes som aktører på den sundhedspolitiske scene. Når den redaktionelle linie fastlægges, og når f.eks. journalister opdyrker og afdækker historier om sundhedsvæsenet, så sætter de fokus på ganske bestemte problemer og bestemte gruppers behov. Dermed tvinger de politikere, administratorer og andre til at tage stilling til netop disse problemer.

I kraft af deres udbredelse og gennemslagskraft har medierne dermed stor indflydelse på fastlæggelsen af dagsordenen for den sundhedspolitiske debat.

2.4.3 Forvaltningen

Sygehus- eller sundhedsforvaltningen har ingen formel beslutningskompetence med hensyn til prioriteringen af sundhedsvæsenets opgaver. Forvaltningen skal administrere det samlede sundhedsbudget og lave indstillinger til sygehus/sundhedsudvalget vedrørende rammebevillinger og tillægsbevillinger. En særlig udfordring har forvaltningen ved at identificere og belyse ubalancerne i det samlede sundhedssystem, således at disse kan indarbejdes i den økonomiske planlægning. Selvom

man i forvaltningerne givetvis stræber efter at informere politikerne så objektivt som muligt, kan de af og til påvirke beslutningerne, fordi de både i forhandlingerne med sygehusene og ved præsentationen af ønsker om tillægsbevillinger nødvendigvis må anlægge en politisk vurdering af, hvorvidt det er muligt at få et forslag igennem amtsrådet, og dermed kommer forvaltningen til at udgøre en slags filter.

2.4.4 Institutionsledelsen

Sygehusledelsen er dels ansvarlig overfor borgerne i optageområdet og overfor amtet, dels repræsentanter for en konkret institution, og derfor også ansvarlig for at varetage egne institutionelle interesser. Institutionens interesser kan få afgørende indflydelse på konkrete beslutninger om investeringer i nyt apparatur, udvidelse af en bestemt afdeling osv. Med det frie sygehusvalg kan det f.eks. være nødvendigt at investere i nyt avanceret scanningsudstyr for at fastholde egne patienter og evt. tiltrække patienter fra andre optageområder. I takt med at der i flere amter indføres betalingssystemer, hvor sygehuset selv kan beholde indtægten for udenamts patienter, bliver konkurrencen med andre sygehuse mere og mere afgørende for sygehusets drift og udviklingsmuligheder (Århus Amt 1996).

Derudover kan det - og det gælder især for de mindre og mellemstore sygehuse i provinsen - være af betydning at investere i ny teknologi for at tiltrække eller fastholde kvalificeret personale (Bartels 1996). Endelig kan investering i avanceret teknologi også være af betydning for sygehusets image og selvforståelse. Det skal understreges, at der ikke er grund til at tro, at sygehusledelser rundt omkring foretager overflødige investeringer i ny teknologi af disse årsager. Tværtimod peger en undersøgelse fra DSI på, at der i Danmark er et betydeligt efterslæb i forhold til investeringer i ny teknologi (Jørgensen og Danneskiold-Samsøe 1995). Men der er næppe tvivl om, at de nævnte hensyn indgår i overvejelserne om, hvordan man prioriterer anvendelsen af sygehusets begrænsede ressourcer.

2.4.5 Medicinske selskaber

De medicinske eller lægevidenskabelige selskaber har ingen direkte indflydelse på prioriteringsprocessen. Som repræsentanter for den videnskabelige ekspertise på hver deres område har de imidlertid en ganske betydelig indirekte indflydelse på tilrettelæggelsen af arbejdet på sygehuse og i praksis, og dermed på, hvordan der kan prioriteres. Når Sundhedsstyrelsen som et led i en kvalitetssikringsstrategi f.eks. sætter sig for at udforme referenceprogrammer for behandlingen af bestemte lidelser, vil man bede de medicinske selskaber deltage i udformningen af disse referenceprogrammer. En sådan kan omfatte anbefalinger vedrørende diagnosticering og behandling, herunder angivelser af hvilke medicinske specialer, der bør inddrages i behandlingen af den pågældende lidelse. Disse anbefalinger har selvsagt betydning for, hvor omkostningskrævende behandlingen af den pågældende lidelse bliver.

De lægevidenskabelige selskaber er desuden involveret i specialeplanlægningen i Danmark, dvs. i tilrettelæggelsen af hvilke specialer der skal oprettes, og hvor de skal placeres. Dels er lægevidenskabelige selskaber repræsenteret i Sundhedsstyrelsens specialistnævn, dels søger de igennem deltagelse i den offentlige debat at påvirke sundhedspolitikken. Fastlæggelsen af antallet og størrelsen på de forskellige specialer rummer et prioriteringsaspekt, fordi der dermed lægges rammer for, hvilket personale der kan udføre forskellige behandlinger, og dermed hvilke ressourcer der er forbundet dermed.

2.4.6 Medicinalindustrien

Medicinalindustrien, dvs. producenterne af apparatur og medicinske præparater, er i hovedsagen interesseret i at afsætte deres produkter til sundhedsvæsenet. De er imidlertid også interesseret i at sikre forskning og udvikling af nye produkter. Deres indsats overfor sundhedsvæsenet består således ikke blot i egentlig markedsføring af deres produkter, men også i finansiering af både grundforskning og klinisk forskning, dvs. afprøvelser af virkningen af forskellige metoder eller præparater overfor bestemte lidelser. Medicinalindustrien finansierer godt halvdelen af den sundhedsvidenskabelige forskning i Danmark (Forskningsministeriet 1995, 140f.)

Medicinalindustrien har igennem såvel markedsføring af produkter som gennem finansiering af forskning en betydelig indflydelse på prioritering i sundhedsvæsenet. Igennem intensiv markedsføring og medieomtale kan medicinalvirksomheder således have indflydelse på hvilke af en række konkurrerende præparater, der anvendes på de enkelte afdelinger og i klinikkerne. Samtidig betyder dette, at det er muligt at få finansieret forskning på nogle områder, men ikke på andre. Tendensen vil være, at der sker en kraftigere udvikling på de højt prioriterede områder, og forbedrede resultater i behandlingen af en bestemt lidelse fører formodentlig ofte til en opprioritering af behandlingen af denne lidelse på bekostning af behandlinger af andre tilstande.

Et andet forhold, der ikke er uden betydning i en prioriteringssammenhæng, er, at medicinalindustrien ved at stille forskningsmidler til rådighed kan være med til at stimulere forskerrekutteringen til netop de områder, som industrien interesserer sig for. De forskere, der får midler til at forske på f.eks. cancer-området eller det neurologiske område, vil senere blive overlæger med ekspertise i - og særlig interesse for - netop disse områder. Det kan f.eks. have betydning for, hvilke muligheder de enkelte afdelinger på et sygehus har for at tiltrække ressourcer til behandling af patienter og for, hvilke patienter og behandlingstyper der opfattes som interessante.

2.4.7 Sundhedsprofessionernes fagforeninger

Sundhedsprofessionernes fagforeninger, hovedsageligt foreningerne under Den Almindelige Danske Lægeforening, Dansk Sygeplejeråd, samt Foreningen af Offentlig Ansatte, påvirker tilrettelæggelsen af arbejdet i sundhedsvæsenet på to forskellige måder. Dels ved overenskomstforhandlingerne hvor løn og arbejdsvilkår for læger, sygeplejersker, sygehjælpere mv. lægges fast. Dels igennem forskellige indspil i den sundhedspolitiske debat.

Det har i mange år været en alment udbredt antagelse, at de overenskomster, som de mange forskellige faggrupper på et sygehus indgår, udgjorde hindringer for en hensigtsmæssig og rationel tilrettelæggelse af arbejdet. En undersøgelse gennemført i 1994 af DSI og Amtsrådsforeningen i Danmark pegede dog på, at overenskomsterne var ganske fleksible, men at der opstod en stivhed i systemet i kraft af ressourcemangel og problemer af samarbejds-mæssig eller virksomhedskulturel karakter (Amtsrådsforeningen 1994, Dansk Sygehus Institut 1994).

2.4.8 Patientforeningerne

Der er sket en kraftig vækst i antallet af patientforeninger i Danmark inden for de seneste år. De patientforeninger, der findes i Danmark i dag, er meget forskellige hvad angår størrelse og mængden af ressourcer, som de råder over. Blandt de største findes foreninger som Kræftens Bekæmpelse, Hjerteforeningen og Gigtforeningen. Patientforeninger har som regel flere formål. De skal dels udgøre et forum for støtte til- og erfaringsudveksling imellem patienter og pårørende. Dels skabe større opmærksomhed om lidelsen i offentligheden - i nogle tilfælde endda stå for egentlig interessevaretagelse for de pågældende patienter. Endelig finansierer f.eks. Kræftens Bekæmpelse og Hjerteforeningen forskning på deres respektive områder. I mange tilfælde står en fremtrædende læge på området i spidsen for patientforeningen.

Patientforeningernes indflydelse på prioriteringen i sundhedsvæsenet sker igennem deltagelse i den offentlige debat og igennem egentlig lobbyisme. Igennem medierne, ved deltagelse i offentlige møder, i forbindelse med høringer om tiltag på sundhedsområdet mm. skaber patientforeningerne opmærksomhed om de behov, som deres medlemmer har. Det er i den forbindelse, man taler om den såkaldte "decibel-prioritering" i den betydning, at de patientgrupper, der bedst er i stand til at slå igennem i medierne og overfor politikerne med deres krav, bliver tilgodeset i prioriteringsprocessen.

I takt med at prioriteringen i sundhedsvæsenet bliver mere og mere åbenbar, kan der opstå egentlige interessemodsætninger *imellem* forskellige patientforeninger, fordi de kæmper om tildelingen af de samme ressourcer til netop deres område.

2.4.9 Behandlerne

De læger, der i praksis eller på en sygehus afdeling står overfor konkrete patienter, er principielt disse

patienters advokater overfor systemet. De skal med andre ord sørge for, at netop disse patienter får den optimale behandling. Det betyder dels, at de ordinerer de undersøgelser og laboratorieprøver, som de skønner nødvendige for den enkelte patient. Dels at de, for sygehuslægerne vedkommende, forsøger at gøre deres indflydelse gældende overfor sygehusledelsen i forbindelse med forhandlinger om budgetter og om konkrete nyinvesteringer. Man kan i den forbindelse ikke se bort fra, at lægerne også har en personlig karrieremæssig interesse i at tiltrække ressourcer til en bestemt afdeling for at muliggøre nye og muligvis prestigefyldte behandlinger.

Der er ingen tvivl om, at lægerne tager opgaven som patienternes advokater overfor systemet på sig. Lægerne er naturligvis stærkt optaget af at hjælpe patienterne og få bedre resultater af behandlingen. Derfor er de også interesseret i at kunne anvende den nyeste teknologi og de nyeste præparater, der findes. I nogle tilfælde kan det betyde, at der opstår et pres for at tage en bestemt behandling i anvendelse, inden det er undersøgt, om den faktisk er effektiv i behandlingen af den pågældende lidelse (Krogh Jensen 1995).

Samtidig kan lægerne ønske om at tage patienterne alvorligt og gøre alt for at hjælpe dem betyde, at de oftere henviser patienter videre, end der strengt taget er klinisk grundlag for. Det kan være for at opnå sikkerhed for ikke at begå fejl. Lægefejl kan have meget tragiske konsekvenser, og der hviler derfor et tungt ansvar på lægens skuldre for at udføre korrekt diagnosticering og behandling. I den situation vælger nogle læger måske hellere en undersøgelse for meget, end de risikerer at få ansvar for en fejl. Det gælder måske særligt, efter at man i 1988 oprettede Sundhedsvæsenets patientklagenævn og efterfølgende har set en betragtelig stigning i antallet af patientklager (Sundhedsvæsenets Patientklagenævn 1995).

En anden grund til at der forekommer unødvendige viderehenvisninger er, at lægerne føler, at patienten forventer en henvisning, og vil opfatte en besked om, at der ikke er noget i vejen" som udtryk for manglende imødekommenhed og engagement fra lægens side (Andersen 1995). Overflødige henvisninger til sygehus eller speciallæger er selvsagt med til at øge presset på sundhedsvæsenets ressourcer.

2.4.10 Patienterne og de pårørende

Den enkelte patient og hans eller hendes pårørende er interesseret i at vedkommende bliver behandlet så godt som muligt og så hurtigt som muligt. De fleste patienter nærer en dyb respekt for lægens autoritet og ekspertise og vil i de fleste tilfælde stille sig tilfreds med vedkommendes råd og vejledning. Som tidligere nævnt synes der dog også at være en udvikling i disse år i retning af en mindskelse af respekten for lægens autoritet og en øget formulering af krav fra patientens side. Patienten kan stille krav om "second opinion", dvs. om at en anden læge vurderer vedkommendes symptomer og behandlingsmuligheder. De kan stille krav om at modtage en bestemt behandling, som de har hørt om f.eks. igennem medierne. Der er etableret et klagesystem, så patienterne kan klage, hvis de føler sig fejlbehandlet osv.

Dertil kommer, at i takt med at den teknologiske udvikling inden for sundhedsområdet gør det muligt dels at behandle flere og flere sygdomme og lidelser, dels at opdage sygdomme på et tidligere tidspunkt, opstår der i befolkningen øget efterspørgsel efter sundhedsvæsenets ydelser. Flere og flere tilstande bliver defineret som behandlingskrævende. Som et eksempel kan nævnes, at småbørnsforældre ofte anmoder om, at deres børn behandles med antibiotika for forkølelse og andre mindre sygdomme, hvor anvendelsen af antibiotika egentlig ikke er indiceret. Forøgelsen synes ikke alene at kunne tilskrives en ændring i sygeligheden, men også en ændring på det mentale plan i retning af større forventninger til behandlersystemet. Under alle omstændigheder kan man konstatere, at der er sket en stigning i den hyppighed, hvormed vi søger læge. Af tal fra Sygesikringens forhandlingsudvalg fremgår det, at den danske befolkning i gennemsnit søgte læge 5,72 gang om året i 1980, mens tallet er steget til 7,42 gange om året i 1995 (Sygesikringens Forhandlingsudvalg 1996, Vallgård & Krasnik 1995).

De forskellige aktører på sundhedsområdet påvirker alle i en eller anden udstrækning prioriteringen i sundhedsvæsenet. Denne påvirkning kan være mere eller mindre direkte, og den kan være mere eller mindre tilsigtet. Når der fra en gruppe lægers side iværksættes et bestemt forskningsprojekt, evt. med

midler fra en patientforening eller fra et medicinalfirma, og dette forskningsprojekt ad åre fører til, at en bestemt patientgruppe opprioriteres, så ligger der givetvis ikke heri noget ønske om at afstedkomme, at en anden gruppe af patienter nedprioriteres i sundhedsvæsenet. Men det kan alligevel være en af konsekvenserne.

I Det Ethiske Råds debatoplæg fra 1995 skelnede man imellem formel og informel indflydelse på beslutningsprocessen i sundhedsvæsenet (Det Ethiske Råd 1995, 19ff). Den formelle beslutningsproces løber fra Folketing og ministerium igennem amtsråd, forvaltning, sygehusledelse og afdelingsledelse til den enkelte læge og patient. Den informelle beslutningsproces er vanskeligere at skildre præcist. Man kan imidlertid pege på, at pressen spiller en betydelig rolle. Sundhedsvæsenet er som omtalt blevet godt stof i medierne, og konkrete spørgsmål om ressourceanvendelse giver ofte anledning til sensationsprægede indslag, der f.eks. fremstiller en patient på venteliste der vil dø, hvis han eller hun ikke behandles hurtigt. Men også forhold som f.eks. en overlæges karisma eller anseelse kan have betydning for, hvilke ressourcer afdelingen tildeles.

Det er vigtigt at indse, at den konkrete prioritering i sundhedsvæsenet er et resultat af påvirkninger ad både formelle og informelle kanaler.

2.5 Fire niveauer, tre kulturer

Man bør også være opmærksom på, at beslutningsprocessen inden for sundhedsvæsenet påvirkes af beslutningstagernes måde at betragte problemerne på. På tværs af de fire niveauer for beslutninger om prioritering i sundhedsvæsenet, der blev beskrevet indledningsvis, kan man tale om, at der findes tre forskellige kulturer, der lever side om side. Man kan skelne mellem en administrativt baseret forvalterkultur, en behandlerkultur og en pleje- eller omsorgskultur (Eriksen & Ulrichsen 1991). Disse tre kulturer adskiller sig primært fra hinanden ved den måde, de i deres daglige arbejde betragter patienterne.

Det bør indledningsvis understreges, at beskrivelsen af disse kulturer ikke udgør præcise karakteristika af forskellige personalegrupper. Den skal blot bruges til at anskueliggøre forskelle i de synsvinkler, der kan anlægges på sundhedsvæsenets opgaver.

For forvalteren udgør patienterne en heterogen gruppe med meget forskelligartede behov, som alle skal tilgodeses i videst muligt omfang. Forvalterens perspektiv er det overordnede. Forvalteren skal være rationel og nøgtern, ikke hænge sig i detaljer, men forsøge at fastholde en overordnet linie i de daglige dispositioner.

For behandleren fremstår patienten først og fremmest med en lidelse eller en tilstand, der skal diagnosticeres og siden behandles. Behandlerne - oftest læger - besidder en ekspertise og erfaring med den pågældende lidelse, og har derfor mulighed for at vurdere, hvordan det enkelte tilfælde skal behandles. Det gælder om at se bort fra det uvæsentlige og koncentrere sig om det væsentlige. Behandlerne har ofte en oplevelse af, at *de* koncentrerer sig om det væsentlige, nemlig udbedring eller afhjælpning af patientens problem, og at andre funktioner er mindre væsentlige.

Ud fra pleje- eller omsorgskulturen fremstår patienten som et menneske med en mangfoldighed af forskelligartede behov. De har ikke blot behov for at få behandlet den specifikke lidelse, men også for medfølelse, for at have nogen at snakke med, for at føle sig tilpas på afdelingen eller i hjemmet, for at have noget at tage sig til osv. Sygeplejersken eller omsorgspersonen må på den baggrund involvere sig som person i omgangen med patienterne, kommunikere med dem.

Disse tre kulturer kan give forskellige syn på konkrete prioriteringsspørgsmål. De kan således være baggrunden for uenighed og konflikt på forvaltningsniveau, på afdelingen, overfor den konkrete patient. Hvis man f.eks. ser på spørgsmålet om indlæggelsestider, så vil det fra forvalterens synspunkt skulle ses i sammenhæng med, at kortere indlæggelsestider betyder, at man kan behandle flere nye patienter og dermed evt. forkorte ventelister. I behandlerens perspektiv er patienten så at sige færdig, når behandlingen er overstået, og der er derfor ingen grund til at beholde dem længere på sygehuset. I plejerens eller omsorgspersonens perspektiv handler spørgsmålet om indlæggelsestider også om, hvorvidt patienten føler sig tryk ved at blive udskrevet, om der er et socialt netværk omkring

vedkommende osv.

Tilsvarende kan der opstå konflikt mellem behandlerkulturen og omsorgskulturen i spørgsmålet om vægtningen af den palliative indsats overfor den egentlige kurative behandling. Fra et behandlerperspektiv er målsætningen for sundhedsvæsenets indsats at kurere patienter for deres lidelser. For plejeren eller omsorgspersonen er målsætningen tillige at sørge for og tage sig af alle de mennesker, der lider, herunder også de døende. Fra omsorgskulturen vil man derfor formodentlig være mere tilbøjelige til at opprioritere den palliative indsats og pleje og omsorg af de gamle og kronisk syge patienter, end man vil fra behandlerkulturen. Det skal dog understreges, at grænsen mellem den kurative og den palliative indsats ikke er skarp.

De tre kulturer bæres i hovedsagen af tre forskellige personalegrupper, henholdsvis det administrative personale, lægerne og plejepersonalet. Det er dog formentlig kun til dels tilfældet. På sygehusene får læger og sygeplejersker i disse år flere og flere administrative funktioner både på sygehusledelsesniveau og på afdelingsniveau. Blandt læger er kritikken af den såkaldte apparatfejlmodel slået igennem og har betydet et øget fokus på behovet for at kommunikere med patienterne. Sygeplejerskerne føler sig mange steder - bl.a. på grund af tidspres - tvunget til at koncentrere sig om behandlingsopgaver og dermed til at nedprioritere egentlige omsorgsfunktioner. På den baggrund giver det måske et mere dækkende billede, hvis man betragter de tre kulturer som eksisterende på tværs af de tre personalegrupper. Det betyder så også, at de uenigheder og konflikter omkring prioriteringsproblemer, der udspringer af de forskellige kulturer, også i en vis udstrækning går på tværs af de tre personalegrupper.

2.6 Den usynlige prioritering

Den prioritering, der er et resultat af denne komplekse beslutningsproces, fremstår for aktørerne kun sjældent som prioritering, dvs. som valg imellem identificerede alternativer. De konsekvenser, som tilvalget af en bestemt behandling har på andre områder i sundhedsvæsenet, er ikke altid synlige derfra, hvor beslutningerne træffes. Det kan betyde, at den nedprioritering på et område, der altid er den anden side af opprioriteringen på et andet område, sker i al ubemærkethed. Som en umærkelig forringelse for en bestemt gruppe af patienter. Det bliver end ikke diskuteret blandt personalet, i institutionsledelsen, i forvaltningen eller i det politiske system, om det er rimeligt eller ej.

To eksempler kan tjene til illustration:

2.6.1 Indførelsen af nye behandlinger

Der sker store fremskridt inden for lægevidenskaben i disse år. Der fremkommer med jævne mellemrum nye medikamenter og nye medicinske behandlingsmetoder. Nogle af disse er meget kostbare og samtidig hersker der nogen usikkerhed om deres effekt. Et eksempel er interferoner, der er et stof, der produceres af legemets hvide blodlegemer, og som bl.a. har til opgave at bekæmpe virus. Stoffet anvendes til behandling af en række sygdomme; ikke blot dissemineret sclerose men også forskellige kræftformer. For nogle sygdomme er virkningen af behandlingen med stoffet veldokumenteret, mens den for behandling af andre sygdomme er mere usikker.

Ikke desto mindre er mange både læger og patienter interesserede i at anvende stoffet i håbet om, at det kan afhjælpe disse meget alvorlige tilstande. Behandlingerne er som sagt kostbare. Det koster mellem 50.000 og 350.000 kr. om året at behandle en patient (Krogh Jensen 1995). Disse penge skal tages andre steder fra. Hvorfra vides ikke - og det er formentlig heller ikke noget, der indgår i overvejelserne hos den læge, der står overfor en meget syg patient, som man muligvis vil kunne hjælpe med den pågældende behandling.

Et lidt andet eksempel er indførelsen af mavesårsmedicin. Denne medicin har gjort behandlingen af mavesår langt mere effektiv og langt mindre omkostningskrævende. Mave-tarm afdelingerne på sygehusene er imidlertid ikke blevet tilsvarende mindre. De besparelser, man har opnået ved indførelsen af mavesårsmedicin, er således blevet slugt uden, at man har taget stilling til, hvad de frigjorte ressourcer skulle bruges til.

2.6.2 Den stille prioritering

I den travle dagligdag på sygehusafdelingen må læger og sygeplejersker ustandselig tage stilling til, i hvilken rækkefølge de vil tage sig af de enkelte patienter, og hvilken pleje de har mulighed for at give dem osv. Hvis man foretog en opgørelse, ville man sikkert kunne få øje på et mønster i disse valg. Man ville se, at plejepersonalet ofte ville udskyde f.eks. bleskift og frisk drikkevand til patienterne til fordel for opsætning af intravenøs medicin, stuegang, konference mv.

Man ville muligvis også kunne konstatere, at én gruppe af patienter - de der fortrinsvis kræver pleje og omsorg - tilsidesættes til fordel for patienter, der har behov for en mere egentlig behandlingsmæssig (kurativ) indsats. Der foreligger ikke nogen beslutning om at prioritere opgaverne således. Det foregår bare - i al stilhed - i afdelingens dagligdag. Ikke desto mindre har det mærkbare konsekvenser for de patienter, der bliver forfordelt (Devantier 1996).

2.7 Behovet for øget kommunikation og informationsudveksling

Prioritering i sundhedsvæsenet er en meget kompliceret proces, der omfatter en lang række aktører på flere forskellige niveauer. De beslutninger, der træffes rundt omkring vedrørende de praktiserende læger, vedrørende hjemmeplejen, vedrørende behandlingen på sygehuse, pleje og genoptræning osv., må ses som et samlet resultat af forskellige aktørers indspil i prioriteringsprocessen.

Det er der ikke i sig selv noget galt i. Der er ingen grund til at tvivle på, at de forskellige aktører alle er optaget af, at sikre forskellige patienter den bedst mulige behandling, pleje og omsorg. Men man bør undersøge, om der i den komplicerede proces indsniger sig nogle skævheder; om der er nogle grupper, der bliver urimeligt behandlet.

I den forbindelse er det vigtigt at understrege, at uoverskueligheden af prioriteringsprocessen ikke kan tilskrives et særligt nepotistisk eller udemokratisk sindelag blandt læger, administratorer eller politikere. Det skyldes i høj grad kompleksiteten af den organisation, som sundhedsvæsenet udgør.

Ikke desto mindre må det være et af de centrale mål med prioriteringsdebatten at skabe større klarhed over, hvor beslutningerne træffes og på hvilket grundlag. Her synes et væsentligt problem at være, at de folk, der træffer beslutninger, ofte ikke har de rigtige informationer til rådighed. Politikerne i amterne klager ofte over, at det er svært for dem at overskue, hvad konsekvenserne af en bestemt beslutning er. Andre steder i organisationen klager man over, at de folk, der tager beslutningerne, har baseret dem på en manglende eller utilstrækkelig forståelse af problemerne, og at det nu er fodfolket", der skal leve med de urimelige konsekvenser af disse beslutninger.

I den forbindelse må man også være opmærksom på, at det forhold, at sundhedsvæsenet i Danmark er opdelt mellem amter (hospitaller og praktiserende læger mm.) og kommuner (hjemmepleje mm.), i nogle situationer skaber en række koordinationsproblemer i form af såkaldt *kassetænkning*. Det medfører, at spørgsmålet om, hvilken kasse pengene til en bestemt ydelse kommer fra, kommer til at udgøre barrierer for en fleksibel og hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne. Disse koordinationsproblemer findes også i grænseområdet mellem sundhedssektoren og socialsektoren. Disse problemer kan lede til unødvendig lidelse for patienter og pårørende og bør løses.

Der synes således at være et stort behov for øget kommunikation og informationsudveksling. Det er naturligvis vigtigt for at sikre den mest effektive drift af sundhedsvæsenets forskellige sektorer. Men det er også vigtigt for, at der kan opstå større klarhed over, at de beslutninger, der træffes på alle de forskellige niveauer, har konkrete prioriteringsmæssige konsekvenser.

Dermed ville man være nået et godt stykke af vejen mod grundigere refleksion og bredere dialog om, hvilke prioriteringer det er rimeligt at foretage i det danske sundhedsvæsen.

3. Prioriteringsredskaber

3.1 Indledning

Der træffes dagligt beslutninger mange forskellige steder på flere forskellige niveauer i det danske sundhedsvæsen. Beslutningerne kan dreje sig om den konkrete behandling af en bestemt patient, om indførelse af ny teknologi til behandling eller diagnosticering, om udvidelse af en bestemt afdeling osv. Disse beslutninger har næsten alle et prioriteringsaspekt. De indebærer næsten alle ressourceanvendelse og afskærer dermed mulighederne for en anden anvendelse af de samme ressourcer.

Der er inden for de seneste årtier opstået større og større opmærksomhed om den mangfoldighed af beslutninger, der træffes i det daglige arbejde i sundhedsvæsenet. Det skal ses i sammenhæng med en stigende fokusering på kvalitetssikring og kvalitetsudvikling i hele sundhedsvæsenet. Det har ført til udviklingen af en lang række initiativer, der har til formål at sikre, at de beslutninger, der træffes, er så rationelle og kvalificerede som muligt, og at driften af sundhedsvæsenet i det hele taget er organiseret så rationelt som muligt. Man har således set fremvæksten af en hel vifte af initiativer og teknikker såsom reference-programmer, medicinske audits, cost-benefit analyser, medicinsk teknologivurdering osv.

Formålet med disse initiativer er at sikre de bedst mulige resultater for patienterne, det bedst mulige patientforløb og den mest effektive udnyttelse af de ressourcer, der er til rådighed. Der er grund til at inddrage disse nye initiativer og metoder i forbindelse med debatten om prioritering i sundhedsvæsenet. Både fordi udviklingen af kvaliteten af sundhedsydelserne kan være med til at ændre rammerne for prioriteringen og fordi viden om kvaliteten af forskellige ydelser kan inddrages som et kriterium i prioritering af opgaverne i sundhedsvæsenet.

Det er imidlertid helt afgørende, at man gør sig klart, at anvendelsen af disse nye metoder ikke løser prioriteringsproblemet. Det giver et bedre grundlag at træffe beslutninger på. Men man står stadig tilbage med det vanskelige værdibaserede valg mellem forskellige mulige anvendelser af sundhedsvæsenets begrænsede ressourcer.

Man kan tale om forskellige typer af *prioriteringsredskaber*. Man må her skelne mellem *analyseredskaber* og *beslutningsredskaber*:

Analyseredskaber benyttes i forbindelse med informationsindsamling, hvor formålet er at skabe sig et overblik over en række konkrete forhold: Hvad udfører vi på nuværende tidspunkt i sundhedsvæsenet? Hvilken effekt har forskellige behandlinger og diagnosticeringsformer? Er en ny teknologi mere eller mindre effektiv end eksisterende teknologi? Hvilke omkostninger er forbundet med forskellige behandlinger mv.? Hvordan kan de ressourcer, der anvendes i sundhedsvæsenet, evt. anvendes anderledes?

Beslutningsredskaber er metoder, der - ideelt set efter at ovennævnte overblik over området er tilvejebragt - gør politikere, forvaltningsledelse, læger m.fl. i stand til at træffe legitime afgørelser, fordi de opstiller principper for, hvilke hensyn der bør veje tungere end andre. Der er i lande som Norge, Holland og Sverige - og tillige i nogle danske amter - udviklet prioriteringsmodeller eller lister med dette formål.

3.2 Analyseredskaber

forudsætning for at foretage rimelige prioriteringer af sundhedsvæsenets opgaver. Det er af den største betydning, at de mennesker, der skal træffe beslutninger, er i besiddelse af de nødvendige informationer om grundlaget for og konsekvenserne af forskellige beslutninger.

Klinisk forskning er af stor betydning for prioriteringsprocessen, fordi man derigennem kan få et overblik over virkningen af forskellige behandlinger og diagnostiske procedurer. Det er indlysende, at i det omfang der bruges ressourcer på uvirksomme eller endda skadelige behandlinger, da går disse ressourcer samtidig fra muligheden for at udføre andre mere virksomme behandlinger. Samtidig forekommer det at være et rimeligt prioriteringskriterium at vælge virksomme og effektive behandlinger fremfor uvirksomme eller skadelige. Det er imidlertid ikke kun et spørgsmål om, at der gennemføres forskningsprojekter, men også om at der tages initiativer til at sikre, at

sundhedsprofessionelle overalt i sundhedsvæsenet igennem oprettelsen af databaser og efteruddannelse bliver bekendt med resultaterne af den seneste kliniske forskning, således at den ny viden kan bruges i klinikken.

Sundhedsøkonomiske analyser har stor betydning i bestræbelserne på at skabe et overblik over, hvilke alternative anvendelsesmuligheder, der findes for en bestemt mængde ressourcer. Igennem disse analyser kan man sammenligne den helbredsmæssige gevinst per krone, man kan opnå ved forskellige tiltag. Det er et vigtigt grundlag for den nødvendige diskussion af, hvordan man på det overordnede plan vil prioritere forskellige opgaver.

MTV-metoden kan endelig bidrage med at belyse konsekvenserne af forskellige initiativer i et bredere perspektiv. Den er ikke kun vigtig som et redskab i bestræbelserne på at skabe bedre grundlag for beslutninger om indførelse af nye behandlinger, anskaffelse af apparatur, indførelse af nye organisationsformer osv. Metoden er ligeledes vigtig, fordi den er med til udbrede den erkendelse, at sundhedsvæsenet udgør en meget kompleks organisatorisk sammenhæng, hvor beslutninger har konsekvenser på mange forskellige felter, og at man må inddrage denne viden i overvejelserne om, hvilke initiativer der bør tages.

Fælles for disse forskellige typer af redskaber er imidlertid også, at de *ikke fjerner det vanskelige værdibaserede valg*, der uundgåeligt er forbundet med prioritering i sundhedsvæsenet. Selv om vi skaber det bedst mulige grundlag at træffe beslutninger på, kommer vi ikke uden om i hvert enkelt tilfælde at skulle træffe et meget vanskeligt valg om, hvordan ressourcerne skal anvendes, når der nu ikke er tilstrækkelige ressourcer til at dække alle behov.

Det betyder, at selv om man i det danske sundhedsvæsen i højere grad end i dag indstiller sig på at betjene sig af nogle af disse redskaber, så forestår der stadig en vanskelig diskussion om, hvordan de enkelte beslutninger konkret skal træffes.

I den henseende synes der heller ikke at være meget hjælp at hente i de prioriteringsmodeller, der er udviklet både i udlandet og herhjemme. Arbejdet med disse modeller og den proces, som de lægger op til, er givetvis værdifulde for en konkretisering af prioriteringsdiskussionen. Derudover kan de bruges som en art katalog over, hvilke overvejelser man bør gøre sig, inden man træffer prioriteringsbeslutninger.

Selvemodellerne synes imidlertid kun i meget begrænset forstand at være anvendelige i det daglige arbejde med prioritering rundt om i sundhedsvæsenet. Det skyldes, at de på den ene side er formuleret på et meget overordnet plan, der gør de anvisninger, de indeholder, næsten banale. På den anden side er de udtryk for den opfattelse, at prioriteringsspørgsmålet kan afgøres en gang for alle ved en opstilling og rangordning af bestemte principper. Det Ethiske Råd deler ikke den opfattelse, men mener tværtimod, at man i debatten om prioritering i sundhedsvæsenet må holde sig for øje, at det er værdifuldt at diskutere principper og kriterier, men at de konkrete beslutninger må baseres på samlede vurderinger af en lang række konkrete forhold. Det gælder både på det politisk/administrative niveau og for den kliniske prioritering. Det betyder til gengæld, at man må stille krav om åbenhed omkring de prioriteringsbeslutninger, der træffes, således at man som borger har mulighed for at vurdere det grundlag beslutningerne træffes på og evt. kan søge at påvirke disse beslutninger i en bestemt retning.

4. Værdier og mål for sundhedsvæsenet

4.1 Indledning

For at kunne diskutere, hvordan de opgaver, som sundhedsvæsenet står over for, skal prioriteres, er man nødt til at gå et skridt tilbage og spørge sig selv, hvad målet er med at have et sundhedsvæsen som det danske? Hvilke opgaver skal det udføre? Hvilke problemer skal det løse?

Det gælder både for den kliniske prioritering og for prioritering på det politisk-administrative niveau, at udgangspunktet for at tage stilling til prioriteringsspørgsmålet må være overvejelser om, hvilke mål man søger at opnå, og hvordan disse mål kan afvejes i forhold til hinanden.

Der er derfor behov for at diskutere disse mål. Folk, der arbejder i sundhedsvæsenet, efterlyser ofte, at politikerne kommer med klarere udmeldinger med hensyn til, hvilke overordnede mål man skal søge at nå. Politikerne har naturligvis det formelle ansvar, men det er vel rigtigere at sige, at der er behov for, at vi alle sammen; i den brede befolkning, blandt sundhedspersonalet og blandt beslutningstagere, overvejer og diskuterer, hvilke mål vi bør sætte for sundhedsvæsenets indsats.

Spørgsmålet om, hvilke *mål* der kan opstilles for sundhedsvæsenets indsats, kan ikke adskilles fra det bredere spørgsmål om, hvilke *værdier* vi mener, der ligger til grund for sundhedsvæsenets udformning og for selve ideen om, at vi alle bør betale til et fælles sundhedsvæsen, som leverer sundhedsydelse til os alle sammen. Samtidig er der til de overordnede mål for sundhedsvæsenets indsats knyttet en række *delmål*, som søges opfyldt i bestræbelserne på at opfylde de overordnede mål. Der kan måske være grund til indledningsvis at søge at definere disse termer i forhold til hinanden:

Værdier er centrale handleforbilleder i vort samfund, dvs. formuleringer af ideer om det gode samfund.

De overordnede mål for sundhedsvæsenet er begrundelsen for overhovedet at have et sådant; det arbejde det skal udføre, og de ydelser det skal levere.

Delmål for sundhedsvæsenets drift udgør en slags operationalisering af de bagvedliggende værdier og er en række mål, der ønskes opfyldt undervejs i bestræbelserne på at opfylde de overordnede mål. Delmålene har i og for sig ingen attraktion i sig selv; de er i højere grad udtryk for principper for, hvordan man ønsker at opnå de overordnede mål.

4.2 Værdier

At definere målene og de bagvedliggende værdier, der gælder for sundhedsvæsenet og for velfærdssamfundet i sin helhed, er ikke en arkæologisk opgave. Det handler ikke om at afdække et værdigrundlag eller nogle målsætninger, der så at sige ligger nedgravet i systemet i forvejen. Det sundhedsvæsen og det velfærdssamfund, vi har i dag, er et resultat af en historisk udvikling, og både værdier og mål kan meget vel have ændret sig undervejs (Juul Jensen 1996b). Bestræbelsen på at definere det værdimæssige grundlag og de konkrete mål for sundhedsvæsenet er derfor i langt højere grad en fremadrettet og kreativ proces, der går ud på at definere, hvad vi *i dag* mener skal være grundlaget og målet. Det betyder ikke, at man i den proces skal lade hånt om historien. Tværtimod ligger der i den praksis, der har været gældende; i de ting man har gjort, og de måder man har gjort dem på, en vigtig kilde til inspiration for bestræbelsen på at definere værdier og målsætninger.

Samtidig er de værdier, vi i dag holder højt, ikke uafhængige af historien. Tværtimod er der en stærk påvirkning fra både en jødisk-kristen tradition og dens bud om næstekærlighed og en mere verdslig tradition med udspring i den franske revolution og erklæringen om menneskerettigheder. Det Ethiske Råd er af den opfattelse, at der kan opstilles et sæt af værdier, som der er bred opbakning bag, som grundlaget for sundhedsvæsenet og for velfærdsstaten som helhed:

Lige menneskeværd

Solidaritet

Tryghed og sikkerhed

Frihed eller selvbestemmelse

I forhold til sundhedsvæsenet kan disse værdier udspecificeres således:

Lige menneskeværd handler om, at en fordeling af sundhedsressourcer må gå ud fra et grundlæggende princip om lige menneskeværd. Enhver person er unik og ligeværdig, og der må i fordelingen af sundhedsressourcer ikke tages hensyn til irrelevante forhold som etnisk tilhørsforhold, bopæl, køn, alder, selvforskyldthed, social status eller rolle i samfundet. Men udelukkende til forhold der har direkte relevans for personens sundhedsstatus eller behandlingens effektivitet. Ligeværdsprincippet

udtrykkes ofte ved et ønske om lighed; et ønske om at vi alle skal have lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser i det omfang, vi har behov for det.

Solidaritet er ligeledes en anerkendt værdi. Det gælder måske endda i endnu højere grad, når det drejer sig om sundhedsvæsenet, end når det drejer sig om andre velfærdsgoder. Det er et anerkendt princip, at der skal ydes hjælp til dem, der har behov for det, og jo større og mere akut behovet for hjælp er, desto større er samfundets, dvs. vores allesammens, forpligtelse til at yde den. Solidaritet indebærer, at vi anerkender en pligt til at hjælpe andre, ligesom vi selv forventer, at andre vil hjælpe os" (Wulff 1985:59). Solidaritet retter sig mod mennesker, der har behov for hjælp eller støtte. Der er altså ikke tale om en generel pligt til at gøre godt, eller til at frembringe gode konsekvenser, men en målrettet pligt til at hjælpe dem, der har behov for det. Det er vigtigt at være opmærksom på, at lighed og solidaritet ikke er samme værdi. Solidaritet vil ofte kræve, at jeg giver mere, eller giver afkald på mere, end jeg skulle ud fra en ren lighedsbetragtning. Der kan f.eks. være tale om, at vi pga. en solidarisk holdning vil kompensere dem, som er under-privilegerede, mens en rent formel lighedsbetragtning kun vil kræve, at alle har lige adgang til de ydelser, sundhedsvæsenet giver.

Tryghed eller sikkerhed er som værdi tæt knyttet til solidaritetstanken. Den er udtryk for et ønske om, at alle - både vi selv og andre - kan føle os trygge ved bevidstheden om, at der er nogle, som vil tage sig af os, hvis vi får brug for hjælp.

Frihed eller selvbestemmelse handler dels om retten til autonomi, der bl.a. kommer til udtryk i lægelovens bestemmelser om, at en læge ikke må udføre en behandling imod en patients vilje. Dels om at man principielt ønsker i videst muligt omfang at inddrage brugernes synspunkter i fastlæggelsen af behandling og pleje.

Mens man i det store og hele kan sige, at disse værdier både ligger bag sundhedsvæsenet og velfærdsstaten som helhed, gælder det naturligvis ikke for de særlige mål og delmål, man kan formulere for sundhedsvæsenets virke. Det Ethiske Råd mener derfor godt, at man kan diskutere, hvilke mål der skal opstilles for sundhedsvæsenet, og hvordan sundhedsvæsenets opgaver skal prioriteres uafhængigt af en generel diskussion om velfærdsstatens fremtid.

4.3 Overordnede mål for sundhedsvæsenet

Indledningsvis kan det måske diskuteres, hvilken betydning en bestemt formulering af en målsætning for en kompleks organisation som sundhedsvæsenet kan have. Det Norske Lønning-udvalg angav i 1987-rapporten sundhedsvæsenets overordnede mål som bekæmpelse af sygdom og fremme af sundhed" (NOU 1987:23;12). Den Hollandske rapport *Choices in Health Care* angav målet som opretholdelse af social funktion" (Government Committee on Choices in Health Care. 1992). Den finske prioriteringsudredning fra 1994 formulerede målet for sundhedsvæsenet som Den fysiske og mentale tilstand, der almindeligvis hører til en bestemt alder, og som giver mulighed for at varetage de væsentligste funktioner i livet" (STAKES 1995;14). Er der nogen reel forskel på de forskellige formuleringer, eller er der blot tale om spil med ord? Det kan naturligvis ikke udelukkes, men samtidig kan en debat om formuleringen af det overordnede formål for sundhedsvæsenet være med til at fremkalde en refleksion over, hvilke pejlemærker der kan sættes for det daglige arbejde i sundhedsvæsenet. Som sådan er en formulering af dens samlede målsætning for sundhedsvæsenet helt uundværlig for prioritering i sundhedsvæsenet.

Sundhedsvæsenet i Danmark er ligesom i andre lande karakteriseret dels ved en specifik historisk udvikling, dels ved at personalet i sundhedsvæsenet besidder en specifik ekspertise. Sundhedsvæsenets opgave har historisk været at behandle sygdom, og den ekspertise, personalet i sundhedsvæsenet besidder, er også hovedsageligt rettet mod behandling af sygdom og pleje af syge mennesker. På trods af navnet er sundhedsvæsenets aktiviteter således ikke generelt rettet mod en forbedring af befolkningens sundhedstilstand. Dens formål er helt overvejende behandling af sygdom og de forebyggelsestiltag, der meget direkte forhindrer fremtidig sygdom i at opstå.

Ikke desto mindre mener Det Ethiske Råd ikke, at sundhedsvæsenets overordnede mål kan indsnævres ved en bestemt videnskabeligt baseret definition af, hvad der udgør en sygdom, og hvad der ikke gør det. For det første er det næppe muligt at nå frem til et nogenlunde præcist begreb om sygdom, som

alle kan blive enige om og vil være villige til at tilslutte sig som grundlag for afgrænsning af sundhedsvæsenets opgaver. For det andet er der nogle af de ydelser, der indlysende hører til i sundhedsvæsenet, f.eks. barnefødsler, som ikke kan betegnes som behandling af sygdom.

Det Ethiske Råd mener på den baggrund, at man kunne formulere de overordnede mål for sundhedsvæsenet således:

Fremme af sundhed og forebyggelse af sygdom, bekæmpelse og lindring af helbredsrelateret lidelse med henblik på at sikre mulighed for livsudfoldelse for alle, uanset deres sociale baggrund og økonomiske formåen.

En sådan formulering af de overordnede mål betoner flere forhold. For det første fremhæves det, at sundhedsvæsenets opgaver omfatter forebyggelse, kurativ (dvs. helbredende) og symptomdæmpende behandling og lindring i betydningen smertelindring, omsorg og pleje. Det sidste gælder både i tilknytning til den kurative indsats, og når det ikke længere er muligt at kurere. For det andet betones det, at udgangspunktet for indsatsen er et ønske om at give folk mulighed for at leve et liv og realisere livsplaner, som de vil. Endelig betones det, for det tredje, at dette gælder alle mennesker i det danske samfund, således at folk kan være trygge ved, at de vil blive hjulpet, hvis de skulle blive syge.

4.4 Behovet for sundhedsydelser

Det Ethiske Råd mener, at man i forsøget på at præcisere, hvilke opgaver sundhedsvæsenet skal varetage, må tage udgangspunkt i folks *behov* for sundhedsydelser. Når vi sædvanligvis taler om menneskers grundlæggende behov, taler vi om de ting, som et menneske behøver for at kunne leve og indgå i sammenhænge med andre mennesker. I denne forstand eksisterer der behov for mad og drikke og for behandling af sygdom og for omsorg og pleje. I en vis forstand kan man tale om, at disse behov eksisterer uafhængigt af, hvilke ønsker og mål folk har. Det betyder naturligvis ikke, at man skal give folk behandling, hvis de udtrykkeligt beder om at blive fri. Men det betyder, at man kan tale om, at folk kan have behov for sundhedsydelser, selv om de på grund af manglende forståelse af deres egen sundhedstilstand ikke er klar over, at de har et behov, og derfor ikke efterspørger disse ydelser.

Det Ethiske Råd mener, at man kan tale om behov for sundhedsydelser, når en person vil have gavn af en bestemt ydelse eller et sæt af ydelser, dvs. hvis der foreligger en behandling med en positiv effekt på sundhedstilstanden (Williams 1974). Det betyder naturligvis, at man i definitionen af behovene lægger stor vægt på, hvad man inden for det eksisterende sundhedsvæsen er i stand til at behandle; behov defineres ikke ud fra befolkningens sundhedsproblemer men i højere grad ud fra, hvad sundhedsvæsenet for indværende er i stand til at behandle med tilfredsstillende resultat (Juul Jensen 1996a).

Det Ethiske Råd mener, at man, når man bestemmer sundhedsvæsenets opgave ved de behov for sundhedsydelser, der er i befolkningen, må definere disse behov forholdsvis bredt. Rådet mener dog, at der, for at der kan være tale om et behov for en sundhedsydelse, som altovervejende hovedregel må være en positiv effekt eller forebyggelse af en negativ effekt på *sundhedstilstanden* forbundet med ydelsen. Det betyder f.eks., at nogle rent kosmetiske indgreb falder uden for definitionen af behov for sundhedsydelser og dermed udenfor, hvad det offentligt finansierede sundhedsvæsen bør tage sig af.

Det må imidlertid nok erkendes, at der i disse år ses en stigning i efterspørgselen af sundhedsydelser, og at man ikke kan afvise, at der i en nogle tilfælde foregår et overforbrug af disse ydelser, eller at sygdomsbegrebet udvides og fører til, at *for* mange problemer bliver defineret som behandlingskrævende tilstande. Det er nok et generelt træk ved vor kultur, at læger og sundhedspersonale i nogle tilfælde kommer til at varetage en række funktioner, som tidligere blev varetaget i folks egne sociale netværk. Der kan være grund til at undersøge, hvilke faktorer der stimulerer væksten i efterspørgselen af sundhedsydelser, og om der evt. kan og bør gøres noget ved det. Her kunne man navnlig fokusere på to spørgsmål:

- Medvirker læger, patienter, medicinalindustri mv. til at skabe høje og i nogle tilfælde urealistisk høje forventninger til, hvad sundhedsvæsenet er i stand til at præstere?

- Udfylder de praktiserende læger i et rimeligt omfang deres såkaldte port-vogter funktion, således at det sikres, at unødven- dige undersøgelser og henvisninger videre i sundhedssystemet begrænses?

Problemstillingen er imidlertid vanskelig, og man må gå frem med stor følsomhed. Kan der for nogle grupper muligvis være tale om et overforbrug, er der på den anden side ikke tvivl om, at der er andre grupper, som ikke modtager alle de ydelser, de har behov for.

Når man taler om behov for sundhedsydelser, bør man endvidere være opmærksom på, at man kan skelne mellem forskellige typer af behov. Man kan som patient have behov, der primært retter sig imod en kurativ indsats, dvs. mod en behandling, der sigter imod helbredelse for en lidelse. I andre situationer retter patienternes behov sig imidlertid primært imod en palliativ indsats, dvs. en indsats der tager sigte på at lindre smerter og på at give andre former for pleje eller menneskelig omsorg. For de fleste patienter vil de konkrete behov for sundhedsydelser formentlig ligge et sted imellem disse to typer, men det kan alligevel være hensigtsmæssigt i prioriteringssammenhæng at behandle hver af disse typer af behov for sig, idet man så bl.a. kan sammenligne indsatsen og gaden af målopfyldelse på hvert af de to områder.

Det er desuden vigtigt at være opmærksom på, at selv om det i nogle sammenhænge ville være hensigtsmæssigt at kunne sammenligne *størrelsen* af forskellige behov for sundhedsydelser, så kan disse behov sædvanligvis underinddeles i tre delvis uafhængige dimensioner:

1. Sygdommens alvor, dvs. sundhedsmæssigt udgangspunkt og prognose

2. Tidsmæssig nødvendighed

3. Mulig sundhedsmæssig gevinst

Den første dimension drejer sig om, hvor syg patienten er, og hvad der vil ske, hvis han ikke behandles. Denne dimension omtales ofte som sygdommens *alvorlighed*.

Den anden dimension angår, om en behandlings- eller plejeindsats er nødvendig nu og her, eller om den kan vente et kortere eller længere stykke tid, uden at patientens tilstand forværres væsentligt. Det drejer sig med andre ord om, hvorvidt behandlingsbehovet er akut eller ej.

Den tredje dimension drejer sig om, hvilken sundhedsmæssig gevinst der kan opnås med behandling. Dvs. om den behandling, man kan tilbyde, vil føre til en forbedring af patientens sundhedstilstand, eller om patienten i den tilstand, han eller hun er, kan drage fordel af den pleje og omsorg, der tilbydes.

At forskellige dimensioner er nødvendige for at definere et begreb om behandlingsbehov, som er anvendeligt i prioriteringssammenhæng, ses måske bedst, hvis man tænker sig en patient med en uhelbredelig og dødelig sygdom i et sent stadium af sygdomsforløbet, hvor alle behandlingsmuligheder er udtømt. En sådan patient har en meget alvorlig sygdom, og han har, i en vis forstand, også et stort behov for en kurativ indsats, men det er ikke et behov, der kan indgå i prioriteringssammenhæng, fordi der ikke er nogen måde, hvorpå vi kan påvirke hans sygdomsforløb. Det betyder naturligvis ikke, at patientens omsorgs- og plejebestanden også er uopfyldeligt. Han kan tværtimod meget vel have behov for omsorg og pleje. Men han er ikke i stand til at få gavn af en kurativ indsats - i en økonomisk terminologi kan man sige, at han med hensyn til kurativ behandling ikke har nogen *capacity to benefit*.

I en prioriteringssammenhæng er vi nødt til at tage hensyn til alle de tre dimensioner af behovsbegrebet, som er nævnt ovenfor; og vi kan altså ikke nøjes med at prioritere efter alvorlighed. Prioriteringen må tage hensyn til, om behovet er akut eller ej, til sygdommens alvorlighed, og til muligheden for at hjælpe patienten.

Hvis behov for sundhedsydelser, eller den gavn som sundhedsydelser kan skabe, kunne opgøres på en enkelt måleskala, ville det være muligt at beregne den ressourcefordeling, der ville give den maksimale gavn eller sundhedsmæssige gevinst. Men det er problematisk, netop fordi behov altid må ses som bestående af flere dimensioner. De forsøg, der har været gjort, på at definere en endimensionel skala for den sundhedsmæssige gevinst, der fås ved forskellige tiltag, f.eks. såkaldte kvalitetsjusterede

leveår, QALYs (se kapitel 3), har da også kun fået begrænset tilslutning. Det skyldes bl.a. at der er usikkerhed om, hvorvidt de mål der opstilles; de talværdier man når frem til, overhovedet kan bruges, dvs. om de udgør et relevant grundlag at foretage sammenligninger på.

Man må imidlertid være opmærksom på, at selv om der ikke kan skabes enighed om en anvendelig metode til sammenligning af behov for sundhedsydelser og den sundhedsmæssige gevinst ved forskellig tiltag, så finder sammenligninger alligevel sted, når der træffes prioriteringsbeslutninger rundt omkring i sundhedsvæsenet. Det er muligt, at man ikke gør det klart hverken for sig selv eller andre, men når man på det politisk administrative plan træffer beslutninger om udvidelse af en aktivitet eller nedskæring af en anden, baseres den i et vist omfang på en sammenligning af de behov, som ydelserne kan dække, og de resultater man kan opnå ved anvendelse af ressourcer på en bestemt aktivitet. Når man f.eks. beslutter at gøre en større indsats for at nedbringe ventetiden på hjerteoperationer fremfor på at nedbringe ventelisten for operation af grå stær, så beror det på en vurdering af, at hjertepatienternes behov er større, og at det derfor er vigtigst at gøre noget dér.

Prioritering i sundhedsvæsenet indebærer sammenligninger af behov, af ydelsernes virkning og af de omkostninger, der er forbundet med ydelserne, samt den gavn i form af forbedret sundhedstilstand eller livskvalitet, disse sundhedsydelser gør. At foretage troværdige og anvendelige sammenligninger af forskellige behov og ydelser er som sagt uhyre vanskeligt. Det er derfor afgørende, at man dels arbejder på at udvikle de metoder, man kan bruge ved disse sammenligninger, dels at man gør sig klart, at disse sammenligningsmetoder kun er et redskab til at belyse nogle sammenhænge. De må derfor benyttes med varsomhed og kun som led i en samlet vurdering, der også inddrager andre betragtninger.

4.5 Delmål for sundhedsvæsenets drift

Delmålene udgør en slags operationalisering af de bagvedliggende værdier og er en række mål, der ønskes opfyldt undervejs i bestræbelserne på at opfylde de overordnede mål. Delmålene har i og for sig ingen attraktion i sig selv; de er i højere grad udtryk for principper for, hvordan man ønsker at opnå de overordnede mål. Der kan formuleres fire sådanne delmål, som her diskuteres i ikke-prioriteret rækkefølge:

Social og geografisk lighed

Kvalitet

Omkostningseffektivitet

Demokrati og brugerindflydelse

4.5.1 Social og geografisk lighed

Sundhedsvæsenet bør tilrettelægges således, at alle mennesker har lige adgang til sundhedsydelser på tværs af geografiske og sociale skel.

Et abstrakt lighedets- eller ligestræbsprincip indgår i langt de fleste etiske systemer. I konsekvensetikken f.eks. i form af et princip om at konsekvenser tæller det samme uafhængigt af, hvilken person de rammer; og i mange pligtetiske systemer i form af et princip om lige respekt for alle. Ud fra det abstrakte ligestræbsprincip er det muligt at udlede et abstrakt lighedsprincip, som tilsiger, at ens tilfælde skal behandles (horisontal lighed), men det siger ikke noget om, hvordan uens tilfælde skal behandles, dvs. hvordan man skaber lighed mellem forskellige tilfælde (vertikal lighed).

I litteraturen om lighed og ressourcefordeling findes der en række forslag til, hvilket konkret lighedskriterium der kan vælges:

- Adgang til et grundlæggende behandlingstilbud for alle

- Lige adgang for lige behov

- Lige behandling for lige behov

- Lige sundhedstilstand

Kravet om at alle skal have *adgang til et grundlæggende behandlingstilbud* er i realiteten ikke et lighedskriterium, men udtrykker blot et mindstemål for, hvad et samfund kan tillade sig at tilbyde sine fattigste og mest syge medborgere, og stadig kalde sig et anstændigt samfund.

Lige adgang til sundhedsvæsenet for samme behandlingsbehov er mindstekravet for overhovedet at tale om lighed i sundhedsvæsenet. Dette lighedskriterium kan dog ikke stå alene, men må udfyldes med en nærmere specifikation af, hvad lige adgang betyder. Hvis det udelukkende betyder lige adgang for dem, der henvender sig med et bestemt behov for behandling eller pleje, giver det f.eks. den veluddannede del af befolkningen en fortrinsstilling, fordi de har den nødvendige viden til at søge behandling, når det er nødvendigt.

Lige behandling for lige behov er nok det lighedskriterium, der ligger tættest på vor almindelige forståelse af, hvad lighed i sundhedsvæsenet bør være. Det betyder at ens tilfælde så vidt muligt skal behandles ens. Der er imidlertid en lang række forhold, f.eks. uddannelsesniveau eller sociale vilkår, der kan betyde, at folk eller grupper med samme behov ikke modtager samme behandling. Årsagen hertil skal imidlertid ikke altid findes i sundhedsvæsenet, men snarere i de generelle sociale og uddannelsesmæssige vilkår for befolkningen. Et sådant lighedsbegreb forpligter sundhedsvæsenet til at tage initiativer til at oplyse folk om sundhedsforhold og behandlingsmuligheder, men hvis det er uopnåeligt, er det ikke alene sundhedsvæsenets ansvar.

En målsætning om *lige sundhedstilstand* er en utopisk målsætning, idet et sådant mål for sundhedsvæsenet ville medføre, at vi skulle sørge for at bringe alle mennesker til en status af fuldstændig sundhed. Hvis kriteriet gjaldt over tid, skulle vi også sørge for, at alle levede lige længe. Det er imidlertid klart umuligt at bringe alle til en status af fuldstændig sundhed, og også umuligt at forhindre alle tilfælde af tidlig død. Derfor vil det altid være helt umuligt at opnå en målsætning om lige sundhedstilstand. Der vil altid være nogen, der er helt raske og andre, som ikke er det, og som derfor har behov for sundhedsydelse for at få forbedret deres sundhedstilstand, selv om de ikke kan blive helt raske. Denne forskel i udgangspunkt kan man ikke ophæve.

Når det formulerede delmål om geografisk og social lighed skal føres ud i livet, må man foretage et værdibaseret valg mellem disse forskellige lighedsmål. Det er på baggrund af de nævnte overvejelser Det Ethiske Råds opfattelse, at man bør sigte mod et punkt mellem lige adgang for samme behov og lige behandling for samme behov, således at alle, der henvender sig, får lige tilfælde behandlet ens, og at der gøres en indsats for at sikre, at alle grupper i samfundet henvender sig til sundhedsvæsenet, når de har behov for det.

Det betyder, at man ud fra lighedsprincippet på det abstrakte plan kan udlede den konkrete målsætning, at personer med samme behov for sundhedsydelser skal behandles ens, idet forskellig behandling netop ville modsige personernes ligeværd. Heri ligger også, at man, hvis man tilbyder en behandling til én patient, også bør være moralsk forpligtet til at give den til en anden i en tilsvarende situation. Princippet tilsiger os også at søge at opnå geografisk og social lighed i adgang til sundhedsvæsenets ydelser; og yderligere at sørge for at alle borgere er tilstrækkeligt informerede om denne adgang, og at de er tilstrækkeligt informerede om sygdomssymptomer mm. til at søge adgang, når de har behov for det. Denne målsætning implicerer ligeledes, at praktiske eller økonomiske forhold, der vanskeliggør adgang for visse befolkningsgrupper, bør fjernes.

Endelig synes ligheds- eller ligelighedsprincippet også at tilsige os at gøre en særlig indsats for de *svage grupper* i samfundet. Her er det vigtigt at være opmærksom på, at en gruppe kan være svag på to meget forskellige måder. Den kan være svag, fordi dens medlemmer har en alvorlig sygdom (gruppen af patienter med kræft er svag på denne måde), eller den kan være svag, fordi den har vanskeligt ved at blive hørt i den offentlige debat (gruppen af patienter med sindslidelse er svag på denne måde). En gruppe af patienter, der er svag på den ene måde, behøver ikke at være svag på den anden måde; og det er vigtigt at holde dem adskilt i prioriteringsdiskussionen.

4.5.2 Kvalitet

Sundhedsvæsenet bør tilrettelægges således, at der sikres høj kvalitet i ydelserne. Som omtalt i kapitel 3 iværksættes der i disse år en lang række initiativer til at sikre, at den brede vifte af ydelser, der leveres i sundhedsvæsenet, er af den højest mulige kvalitet.

Det handler ikke kun om at stimulere forskning således, at der udvikles nye og mere effektive behandlinger, men også i høj grad om at undersøge den kliniske effekt af de behandlinger, der indføres, eller som allerede bliver anvendt i sundhedsvæsenet. I den sammenhæng er det ikke blot afgørende, at der foretages forsøg, der kan dokumentere effektiviteten af behandlingerne, men i lige så høj grad, at der gøres en indsats for at udbrede kendskabet til resultaterne af den seneste kliniske forskning, således at de behandlinger, der anvendes blandt praktiserende læger og på sygehusene, er de bedst mulige inden for den givne økonomiske ramme.

Det synes også afgørende i bestræbelserne på at sikre høj kvalitet i sundhedsvæsenet, at der arbejdes på at effektivisere organiseringen af arbejdet. Fra forskellig side berettes det fra tid til anden, at sygehusene kunne drives langt mere effektivt, at samarbejdet mellem praksissektoren og sygehusene kunne være meget bedre, at samarbejdet mellem det amtslige sundhedsvæsen og de kommunale foranstaltninger i form af hjemmepleje o.lign. kunne være bedre. Samtidig synes sundhedsvæsenet dog også at være præget af en udbredt frustration over at skulle bruge tid og ressourcer på organisatoriske forandringer, omstruktureringer mv. Der er derfor behov for, at de nødvendige forandringer må sættes i værk med henblik på positive resultater *på længere sigt*. Man kan ikke forvente, at omfattende organisatoriske forandringer inden for en kompleks organisation som sundhedsvæsenet skal udmønte sig i målelige forbedringer inden for blot få år. Netop derfor må sådanne forandringer også sættes i værk med behørigt hensyn til den daglige drift af sygehusvæsenet, mens forandringerne står på. Man må med andre ord også stille krav om kvalitet i de tiltag til organisatoriske og strukturelle forandringer, der sættes i gang.

Endelig synes det helt afgørende for kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser, at det sikres, at personalet på alle niveauer i organisationen er tilstrækkeligt og godt uddannet. Det betyder dels, at driften må tilrettelægges således, at yngre læger f.eks. får mulighed for at tilbringe dagtid på afdelingerne og modtage supervision af overlægerne. Dels at der i lyset af den hurtige udvikling på såvel behandlings- som plejeområdet er behov for løbende efteruddannelse inden for samtlige personalegrupper.

4.5.3 Omkostningseffektivitet

Prioritering af sundhedsvæsenets opgaver må tage udgangspunkt i den forudsætning, at de midler, der er til rådighed, alt andet lige skal anvendes således, at de genererer mest mulig sundhedsmæssig gavn.

Det er klart, at ressourcerne ikke skal spildes på unyttige behandlinger. Det er i sig selv stærkt etisk problematisk at anbefale patienterne behandlingsformer uden kendt effekt, selv hvis der ikke var nogen ressourcemæssige implikationer. Nødvendigheden af at se på nytten af de behandlinger og øvrige interventioner, der foretages i sundhedsvæsenet, rækker imidlertid videre end denne umiddelbart indlysende konstatering.

Hvis vi f.eks. ser på det simple tilfælde, hvor der skal vælges mellem to forskellige mulige anvendelser af en given ressource, og hvor den ene anvendelse frembringer mere sundhedsmæssig gavn end den anden, er det klart, at vi, hvis vi vælger den anvendelse, der giver mindst sundhedsmæssig gavn, er nødt til at fremføre et yderligere argument for, at den er bedre end den anvendelse, som giver mest sundhedsmæssig gavn (den kan f.eks. give mere lighed eller den kan være rettet mod et alvorligere problem). Hvis denne overvejelse generaliseres til ressourcefordeling i hele sundhedsvæsenet, kan man argumentere for, at sammenligningen af den sundhedsmæssige gevinst i form af helbredelse eller omsorg og pleje, der kommer af bestemte tiltag, kan udgøre en slags "neutral-punkt" for prioriteringen, og at der derfor altid skal argumenteres for en afvigelse fra dette. Man kan sige, at man ved at få overblik over omkostningseffektiviteten af forskellige tiltag bliver i stand til at se, hvad man i en konkret prioriteringssituation skal vælge imellem.

Det løser dog ikke problemet om, hvordan man skal opgøre nytten eller værdien af sundhedsvæsenets

ydelse på en måde, der gør det muligt at sammenligne den sundhedsmæssige gevinst af forskellige tiltag. Her er der to forskellige forslag, der er fremtrædende i debatten:

Livskvalitet

Forbedring af sundhedsstatus

Det foreslås ikke sjældent af konsekvensetikere, at nytten af sundhedsvæsenets interventioner skal opgøres som den mængde af *livskvalitet* disse interventioner frembringer. Det forudsætter imidlertid, at vi kan blive enige om, hvad livskvalitet er, og det er meget vanskeligt. Samtidig gør det det umuligt at foretage nogen form for adskillelse af sundhedsvæsenets funktioner fra andre grene af velfærdsstatens funktioner. Det er desuden svært at forene med den ovennævnte målsætning om, at sundhedsvæsenets ydelser skal rettes mod de *behov* for sundhedsydelser, der er i befolkningen. Selv personer, hvis behov for sundhedsydelser er fuldstændig opfyldt, kan få forbedret deres livskvalitet. Det er derfor i det mindste teoretisk muligt, at nytten af sundhedsvæsenets interventioner målt i livskvalitet kan maksimeres ved at hjælpe de raske til at forbedre deres livskvalitet.

Sundhedsøkonomer taler ofte om sundhedsrelateret livskvalitet, et begreb der lægger tæt op af et mål om *forbedring af sundhedsstatus*. At anvende sådanne formuleringer af resultatmål i sundhedsvæsenet er bedre foreneligt med anvendelse af behovsbegrebet. En persons sundhedsstatus, har et øvre loft (fuldstændig sund og rsk), og sundhedsstatus kan kun forbedres, hvis personen har en sundhedsstatus, som er mindre end dette loft, dvs. hvis personen har et *behov* for sundhedsydelser. Ved at anvende sundhedsstatus som resultatmål, opnår man således en kobling mellem behov og sundhedsmæssig gevinst og samtidig en kobling mellem resultatmålet og sundhedsvæsenets ekspertise.

Der er store praktiske problemer involveret i at måle sundhedsstatus, og der synes ikke at kunne skabes enighed om anvendelse af de mål, der findes på nuværende tidspunkt, som grundlag for prioritering i sundhedsvæsenet. Den vægt, som sammenligningen af omkostningseffektivitet ved forskellige ydelser kan tillægges i forbindelse med prioritering i sundhedsvæsenet, er derfor afhængig af en bred debat om validiteten og troværdigheden af forskellige mål for sundhedsstatus og ændringer i denne.

At sundhedsstatus anvendes som effektmål i sundhedsvæsenet betyder naturligvis ikke, at tiltag udelukkende rettet mod forbedring af patienternes livskvalitet/velvære ikke i nogle sammenhænge kan være uhyre vigtige. Tværtimod kan sådanne tiltag i nogle tilfælde være af den største betydning f.eks. i forbindelse med terminal pleje eller pleje af psykiatriske patienter.

4.5.4 Demokrati og brugerindflydelse

Driften af sundhedsvæsenet bør i videst muligt omfang tilrettelægges således, at afgørende beslutninger træffes på demokratisk grundlag, og at brugerne så vidt muligt sikres indflydelse på behandling og pleje.

Det er en grundlæggende forudsætning for det danske samfund, at anvendelsen af fælles ressourcer bør være underlagt demokratisk kontrol. Det indebærer, at den enkelte borger ikke bare skal have ret til at vælge repræsentanter til folketing eller amtsråd. Man skal også have adgang til de oplysninger, der er nødvendige for at bedømme de beslutninger, som repræsentanterne træffer.

Ønsket om brugerindflydelse handler om, at man dels i forbindelse med undersøgelser af kvaliteten af behandling og pleje inddrager brugernes synspunkter. Dels om at man i dagligdagen giver sig tid til at informere patienterne ordentligt, og inddrager dem i overvejelser om, hvilke undersøgelser, behandlinger eller plejetiltag, der skal iværksættes.

I forbindelse med prioritering i sundhedsvæsenet indebærer dette delmål, at vi, udover de etiske krav vi kan stille til *resultatet* af en prioritering, også kan stille krav til den *proces*, hvorigennem prioriteringen bliver fastlagt. Vi kan og bør som borgere stille krav om en gennemsigtig beslutningsproces, hvor det bliver helt klart, hvorfor prioriteringsbeslutningerne falder ud, som de gør. Der må derfor være offentlighed om både det faktuelle beslutningsgrundlag og om de afvejninger, der er blevet foretaget. Det er ikke sikkert, at denne viden vil gøre os til lykkeligere mennesker, men den er en nødvendig forudsætning for, at vi kan få indflydelse på de prioriteringer, der foretages.

I denne proces er det specielt vigtigt, at alle de berørte parter inddrages. Som nævnt ovenfor er der patientgrupper, der er svage" i den forstand, at deres sygdom påvirker deres mulighed for at deltage i den offentlige debat, og der er patientgrupper, der er svage", fordi deres sygdom ikke har offentlighedens bevågenhed. Det er klart, at ingen af disse forhold bør påvirke prioriteringen af ressourcer til disse patientgrupper. Prioritering i sundhedsvæsenet skal ikke være en konkurrence på popularitet eller evne til at slå igennem i medierne. I prioriterings-processen er det derfor nødvendigt, at der indbygges mekanismer, der giver disse svage grupper mulighed for at komme til orde og øve indflydelse.

4.6 Hvad betyder formuleringen af mål og delmål for prioritering i sundhedsvæsenet?

Formuleringen af overordnede mål og delmål for sundhedsvæsenet indeholder ikke anvisninger for, hvordan man skal handle i konkrete situationer i sundhedsvæsenets dagligdag. Man kan ikke forlange af personalet, at de hele tiden skal have disse mål og delmål for øje. Dertil er de alt for overordnede og principielle. Men formuleringen af mål og delmål kan være anvendelige i de situationer, hvor man i sundhedsvæsenet tager hidtidige handle-mønstre op til overvejelse og spørger: Er det rigtigt, det vi gør her? Kunne vi gøre det anderledes? Det samme gælder, når der sker større forandringer, f.eks. i forbindelse med budgetlægning og overordnet sundhedsplanlægning. Der kan det også være en fordel, at man har været igennem en diskussion om, hvad der bør være formålet med indsatsen.

Samtidig er det dog vigtigt at have for øje, at man formentlig godt kan blive enige om at tilslutte sig de værdier, der er nævnt ovenfor, og tillige kan skabe enighed om såvel de ovenfor formulerede mål som delmål. Men det bliver straks sværere, når disse mål og delmål skal omsættes til beslutninger med konsekvenser i dagligdagen i sundhedsvæsenet. Prioriteringsdiskussionen er med andre ord ikke overstået, når disse mål og delmål er formuleret.

Ikke desto mindre mener Det Ethiske Råd, at man på baggrund af det ovennævnte kan formulere nogle retningslinier, som kan være anvendelige i prioriteringssituationer:

- at alle mennesker har lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser på tværs af geografiske og sociale skel. Grundreglen må være, at lige tilfælde behandles ens,
- at de mennesker, der har de største behov for sundhedsvæsenets ydelser, kommer til først. I den forbindelse skal man erindre sig at spørgsmålet om behov ikke kun afhænger af lidelsens alvorlighed, men tillige af hvor akut lidelsen er og af muligheden for at gøre noget ved den, dvs. den pågældende behandlingsforventelige effekt,
- at der ikke findes patientgrupper, som af den ene eller anden grund lades i stikken, men at man i prioriteringen af sundhedsvæsenets opgaver er opmærksom på også de svagere gruppers behov, og
- at der stræbes imod størst mulig efficiens eller omkostningseffektivitet, dvs. størst mulig sundhedsmæssig gevinst per anvendt krone, således at man for de samlede ressourcer i sundhedsvæsenet i videst muligt omfang bliver i stand til at opfylde målsætningen. Spørgsmålet om efficiens må dog altid afvejes med de øvrige nævnte hensyn.

5. Patientrettigheder

5.1 Indledning

Spørgsmålet om patientrettigheder er kommet på dagsordenen i den sundhedspolitiske debat. I slutningen af 1995 udarbejdede Sundhedsministeren et udkast til lovforslag om patientrettigheder, som blev forelagt en bred kreds, herunder Det Ethiske Råd, til høring. Tidligere på året havde Den Almindelige Danske Lægeforening på sit repræsentantskabsmøde vedtaget en resolution om patientrettigheder. I Norge har man været en lignende proces igennem. I 1992 udkom en offentlig udredning, der argumenterede for formuleringen af et sæt patientrettigheder. Den fulgtes i 1993-94 - i stærkt modificeret form - op af en Stortingsmelding. Også i lande som Finland, Holland og Sverige har man drøftet spørgsmålet om patientrettigheder. Af de nævnte lande er det dog kun i Finland og i Holland, man til dato har indført egentlige patientrettighedslove.

Det øgede fokus på patientrettigheder skal formentlig ses i sammenhæng med, at patienten i disse år i stigende grad fremstår som *forbruger*. Hvor patienten tidligere måske blev betragtet som passiv modtager af lægernes tjenester, er han eller hun i dag i højere grad bruger af sundhedsvæsenets ydelser. Mange patienter kræver i dag indflydelse på, hvordan behandlingen skal forløbe, ret til at vælge et andet sygehus, hvis man tror behandlingen er bedre et andet sted, ret til at blive fri for behandling osv. Det ligger i naturlig forlængelse heraf, at man nu er begyndt at tale om, at patienter skal udstyres med en række eksplicite rettigheder, som de kan gøre gældende overfor sundhedsmyndighederne.

5.2 Processuelle og materielle rettigheder

Man bør, når man diskuterer spørgsmålet om patientrettigheder i sammenhæng med prioritering i sundhedsvæsenet, skelne mellem på den ene side såkaldt *processuelle* rettigheder og på den anden såkaldte *materielle* rettigheder.

De procesuelle rettigheder omfatter patientens ret til ordentlig information om vedkommendes lidelse og hvilke behandlingsmuligheder, der findes, ret til at afstå fra behandling, ret til at klage over forkert behandling osv. De fleste er enige om, at man bør have sådanne rettigheder, og de er i en vis udstrækning allerede indarbejdet i dansk lovgivning. Det lovudkast, som sundhedsministeren fremlagde i slutningen af 1995, rummer hovedsagligt rettigheder af denne type.

Materielle rettigheder handler omvendt om retskrav - under visse betingelser - på bestemte ydelser eller på ydelser af en bestemt kvalitet. Bortset fra specielle lovgivningsområder, herunder på svangreområdet og med hensyn til svangerskabsafbrydelse, findes denne type rettigheder ikke i det danske sundhedsvæsen. Lægeloven forpligter læger til at udøve akut lægehjælp, og til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed. Samtidig er der ingen tvivl om, at det både i lægeloven og i sygehusloven forudsættes, at amterne har pligt til at opretholde et sundhedsvæsen af en vis god standard. Men der er ikke tale om udtrykkeligt formulerede patientrettigheder til bestemte ydelser, evt. inden for et bestemt tidsrum, eller til en bestemt kvalitet i disse ydelser.

Tidligere har folk formentlig betragtet det som en selvfølge at have adgang til den bedst mulige behandling. Det har dog altid været sådan, at man har været nødt til at prioritere. I takt med den øgede offentlige opmærksomhed omkring ventelister, om nedskæringer og om generelt utilstrækkelige forhold i sundhedsvæsenet, er folk imidlertid blevet mere og mere klar over, at der er begrænsede ressourcer i sundhedsvæsenet, og at det betyder, at der ikke er mulighed for at tilbyde alle patienter den mest avancerede behandling. Da man fra Den Almindelige Danske Lægeforenings repræsentantskabsmøde i 1995 udtalte, at man ønskede at stoppe debatten om prioritering i sundhedsvæsenet og erstatte den med en debat om patientrettigheder, var det netop, fordi man så prioriteringsdebatten som et dække over nye nedskæringer. Patientrettigheder blev derimod betragtet som en måde, hvorpå man kunne forpligte sundhedsmyndighederne, amterne og staten, til at kanalisere flere ressourcer ind i sundhedsvæsenet (Pedersen 1995).

Materielle patientrettigheder rummer imidlertid uundgåeligt et klart prioriteringsaspekt. Det sås tydeligt, da Folketinget i forbindelse med finansloven for 1995 indførte en forsøgsordning, hvorefter patienter med knæledsproblemer og diskusprolaps fik en ventetidsgaranti på 3 måneder. Udstedelsen af en sådan ventetidsgaranti betød, at man rundt om på sygehusene var nødt til at udføre flere operationer for disse lidelser, end man havde gjort før. Og som amterne kunne gøre opmærksom på i løbet af hele 1995, betød det, at andre patientgrupper på de samme afdelinger, f.eks. hofteledspatienter, som ikke var tilsagt garanti/retskrav, måtte opleve længere ventetider.

Så længe sundhedsmyndighedernes forpligtelser overfor hver enkelt patient ikke overstiger, hvad der gælder på baggrund af de nugældende formuleringer i lægeloven og sygehusloven, så kan amterne foretage prioriteringer ud fra en samlet afvejning af de samlede behov og de til rådighed værende ressourcer. I det øjeblik patienterne udstyres med bestemte rettigheder til bestemte ydelser, så er amtet *forpligtet* til at stille disse ydelser til rådighed. Det kan imidlertid samtidig komme til at betyde, at man, givet de begrænsede ressourcer, er nødt til at skære ned på behandlingen af andre typer af lidelser.

Det er derfor vigtigt at understrege, at en forudsætning for, at man kan bruge materielle patientrettigheder som en art prioriteringsinstrument, dvs. som en måde, hvorpå man sikrer sig, at nogle grupper af patienter bliver behandlet før andre grupper af patienter, er, at man har vedtaget en klar prioritering af nogle patientgrupper på nogle andres bekostning (NOU 1992:8, 20). Omvendt er det også en af fordelene ved en patientrettighedslov, at den netop udgør et velegnet redskab til at sikre, at de vedtagne prioriteringer føres ud i livet.

Overordnet set gives der en række argumenter for og imod indførelsen af materielle patientrettigheder af en eller anden form.

Materielle rettigheder vil for det første altså betyde, at nationalt vedtagne prioriteringer føres ud i livet.

Derudover vil sådanne rettigheder, hævdes det, give patienterne øget retssikkerhed og tryghed i forventningen om at kunne modtage bestemte ydelser fra sundhedsvæsenet. I den forbindelse har det også, såvel i den svenske prioriteringsudredning (SOU 1995:5) som andre steder, været fremhævet, at formulering og stadfæstelse af et sæt af materielle patientrettigheder vil have betydning i forhold til prioritering af sundhedsvæsenet, fordi sundhedsmyndigheder vil være forpligtet til at leve op til disse rettigheder.

Dertil kommer, at formuleringen af materielle rettigheder ud fra en lighedsbetragtning vil være en fordel. Det er et velkendt fænomen, at de velhavende og veluddannede grupper er bedre i stand til at benytte samtlige systemets muligheder, end svagere og mindre ressourcestærke grupper, der ofte lader sig slå ud af den første forhindring. Ved at formulere eksplicitte rettigheder for alle patienter, vil man hindre forskelsbehandling på baggrund af folks forskellige evner til at benytte mere informelle påvirkningskanaler inden for sundhedsvæsenet.

Omvendt går argumenterne imod indførelse af denne type rettigheder

dels på, at de er vanskelige at administrere, og at administrationen af dem meget nemt ender med at blive en bureaukratisk forhindring i tilrettelæggelsen af den daglige behandling i sundhedsvæsenet, *dels* på, at det kan være vanskeligt at formulere sådanne rettigheder med tilstrækkelig præcision, *dels* på, at de kan indebære en vanskeligt acceptabelt svækkelse af behandlingsmulighederne uden for retskravsområdet, og

dels på, at det bliver umuligt at styre økonomien i sundhedsvæsenet, hvis patienterne udstyres med et sæt af rettigheder, som skal indføres uanset, hvordan den samlede økonomi ser ud.

Spørgsmålet om fastsættelse af materielle rettigheds-regler bør imidlertid ikke besvares generelt; besvarelsen er afhængig af, hvilken rettighedstype der er tale om.

5.3 Fire former for patientrettigheder

Når man diskuterer spørgsmålet om patientrettigheder i relation til prioritering i sundhedsvæsenet, kan man skelne mellem fire forskellige former for patientrettigheder. Disse fire former udelukker ikke hinanden, men betoner blot forskellige aspekter, ligesom der er forskel på, hvor retligt set bindende de er:

- 1. Ventetidsgaranti:** en bestemt diagnose udløser et retskrav på behandling inden for et bestemt tidsrum.
- 2. Konkrete enkeltrettigheder**, f.eks. ret til første undersøgelse, ret til second opinion", ret til speciallægebehandling osv.
- 3. Formulering af overordnede principper** for, hvilke forventninger man som patient bør kunne have.
- 4. Ret til indsigt i ventelister** i form af generel offentlighed om de ventelister, der gælder, og de kriterier, man lægger til grund for udvælgelse fra ventelisterne.

5.3.1 Ventetidsgaranti

Ventelisteproblemet er ikke et isoleret dansk fænomen. Overalt i de lande, vi normalt sammenligner os med, kender man til problemet med lange ventetider til meget anvendte operationer såsom udskiftning

af hofteled, bypass-operationer og operation for grå stær. De fleste steder kender man også til det umiddelbare paradoks, at en øget kanalisering af ressourcer til udførelsen af bestemte operationer ikke umiddelbart fjerner ventelisten.

Der er således både i Danmark og andre lande stor opmærksomhed om ventelisteproblemet, ikke mindst fordi det på det umiddelbare plan er meget belastende at skulle gå i længere tid med en stærkt generende lidelse og vente på at få tid til at blive opereret. Mange føler, at de på sin vis er i deres gode ret til at blive behandlet, og hvis folk skal give udtryk for utilfredshed med sundhedsvæsenet, så er det ofte netop ventelisterne, de slår ned på. Dette gælder naturligvis især, når ventetiden må påregnes at mindske mulighederne for at blive helbredt.

Derfor har der inden for de senere år været gjort visse bestræbelser fra sundhedsmyndighedernes side på at få nedbragt ventetiderne til de største operationer. Forslag om at give patienter decideret ventetidsgaranti skal i forlængelse heraf ses som et forsøg på at forpligte sygehusejerne til at nedbringe ventetiderne til et acceptabelt niveau.

I Norge har man indført en art ventetidsgaranti i den forstand, at prioriterede patientgrupper skal have et behandlingstilbud inden for 6 måneder (dog med den noget kryptiske tilføjelse hvis der findes ledig behandlingskapacitet inden for landets grænser" (St. meld. nr. 50, 170)).

Når nogen er skeptiske overfor indførelsen af ventetidsgaranti, er det primært, fordi man frygter, at det vil føre til en skævvridning i sundhedsvæsenet. Ventetidsgaranti kan i sagens natur kun gives til bestemte veldefinerede former for indgreb. Ventetidsgaranti kan derfor forventes at føre til en opprioritering af veldefinerede lidelser, hvor der gives bestemte behandlinger, på bekostning af grupper af patienter med et mere diffust sygdomsbillede og patienter med kroniske lidelser.

5.3.2 Konkrete enkeltrettigheder

Den norske jurist professor Ståle Eskeland, der i 1988 fik til opgave at forberede et udkast til en norsk patientrettighedslov, foreslog et ganske omfattende sæt af materielle patientrettigheder. Således skulle enhver, der henvendte sig til sundhedsvæsenet, have ret til en første vurdering. Resultatet af denne vurdering skulle afgøre, om patienten tillige havde ret til en egentlig udredning, der i givet fald skulle tilbydes inden for 7 dage, hvis den skulle foretages af den praktiserende læge, og inden for 30 dage, hvis den skulle foretages på sygehuset eller hos den praktiserende speciallæge. Hvis det herefter konstateredes, at patienten var ramt af en *alvorlig* lidelse eller funktionshæmning, skulle vedkommende tilbydes behandling - eller passende pleje og omsorg - inden for 60 dage. Eskeland foreslog endvidere disse bestemmelser formuleret som egentlige retskrav, som myndighederne ikke kunne afslå med henvisning til begrænsede ressourcer.

I St.meld. nr. 50 (1993-94) tog Social- og helsedepartementet i hovedsagen afstand fra Eskelands forslag. I stedet foreslog man en række enkelte mere afgrænsede rettigheder:

- Ret til nødvendig specialishjælp i det omfang økonomi og andre ressourcer tillader det.
- Ret til fornyet vurdering, hvis patienten eller dennes læge vurderer, at der er stillet en forkert diagnose eller iværksat forkert behandling.
- Udvidet ret til frit sygehusvalg.

I den svenske prioriteringsudredning argumenterede man ligeledes for indførelsen af en art ret til første undersøgelse, idet man foreslog en tilføjelse til Hälso- och sjukvårdslagen, der fastslår, at enhver som henvender sig til sundhedsvæsenet snarest skal gives en medicinsk vurdering af sin helbredstilstand" (se nedenfor).

På Lægeforeningens repræsentantskabsmøde i maj 1995 vedtog man en resolution om et sæt minimumsrettigheder for patienterne vedrørende undersøgelse og behandling:

Ved akut sygdom skal patienten have ret til uden ophold at få en lægelig vurdering.

Ved ikke akut sygdom skal patienten have:

- ret til at få en lægelig vurdering inden 7 dage,
- ret til undersøgelse i det sekundære sundhedsvæsen inden 30 dage, såfremt en lægelig vurdering viser dette nødvendigt, samt
- ret til behandling inden 60 dage, efter der er fundet indikation herfor.

Lægeforeningen frehævede endvidere, at hvis disse rettigheder skal være reelle, skal de gennemføres i en form, hvor de kan prøves ved domstolene (Jungersen 1995).

5.3.3 Formulering af overordnede principper

I den svenske prioriteringsudredning (SOU 1995:5;190ff) afviser man at formulere egentlige materielle patientrettigheder, idet ulemperne herved skønnes at være større end fordelene. I stedet vil man til den nugældende lov føje bestemmelser om det etiske grundlag for sundhedsvæsenet samt nogle principielle udmeldinger om, hvilke forventninger man som patient bør kunne stille til sundhedsvæsenet.

Den svenske prioriteringsudrednings forslag til lovtekster:

Målsætningen for sundhedsvæsenet er sundhed og livskvalitet for hele befolkningen.

Sundhedsvæsenet skal drives ud fra respekt for alle menneskers lige værd og med respekt for det enkeltes menneskes værdighed.

De patienter, som på grund af deres sygdom eller lidelse har det største behov for lægelig behandling og pleje, skal have fortrinsret til sundhedsvæsenets ydelser.

Enhver der henvender sig til sundhedsvæsenet skal snarest gives en lægelig vurdering af sin helbredstilstand.

En patient, som har en livstruende sygdom eller lidele eller en sygdom eller lidelse, som kan antages at medføre varig invalidering eller for tidlig død, hvis vedkommende ikke behandles straks, skal snarest modtage behandling.

En patient, som behandles for en sygdom eller lidelse, som ikke kan helbredes, skal tilbydes omsorg og pleje som kan højne livskvaliteten og lindre lidelse.

Patienter i livets slutfase skal gives palliativ behandling, så vedkommende kan få en værdig død. (SOU 1995:5, 195-96)

Sådanne principielle udmeldinger har vel mere karakter af pligtregler for myndighederne, end af rettighedsregler for patienterne. Værdien af sådanne udmeldinger ligger imidlertid ikke i deres direkte anvendelighed over for patienterne, men mere i at det gøres klart, at sundhedsmyndighederne generelt skal leve op til ganske bestemte forventninger. Sådanne principregler kan under alle omstændigheder have en politisk signalværdi, og de vil have en praktisk-retlig værdi, for så vidt de håndhæves af tilsynsmyndighederne.

5.3.4 Indsigt i ventelister

I modsætning til de tre øvrige former for rettigheder er ret til indsigt i ventelister primært af processuel karakter. Retten til at kunne få oplysninger om, hvor lang ventetiden til en bestemt behandling er, samt om hvilke kriterier der ligger til grund for udvælgelse fra ventelisten, handler om øget åbenhed. Det betyder naturligvis ikke, at der skal være fuld offentlighed om ventelisten, så man kan se, hvem der venter på hvilken behandling. Det indebærer blot, at der skal være større åbenhed om, hvordan man bliver placeret på ventelisten, og hvordan det går til, at der af og til sker forskydninger, sådan at nogle kommer til at vente længere, fordi andre bliver taget ind til behandling før dem. Det er i den forbindelse interessant, at mange mennesker giver udtryk for, at problemet ved at blive anbragt på venteliste ikke alene er ventetiden, men også - og måske i endnu højere grad - usikkerheden om, hvornår man kan blive behandlet. Hvis det er rigtigt, vil en del af problemet kunne løses ved øget åbenhed omkring ventelisterne, og ved at man på et meget tidligt tidspunkt meddeler patienten en nøjagtig dato for indkaldelse til behandling. Man skal her være opmærksom på, at øget åbenhed muligvis kan indebære, at patienter, som iøvrigt er ressourcestærke, får fordele på svagere gruppers bekostning, fordi de bedre er i stand til at udnytte de pressionsmuligheder, der ligger i at kontakte en afdeling for at høre om, hvor lang tid der går osv. Der bør derfor være mulighed for, at særligt svage grupper kan få støtte f.eks. fra socialforvaltningen, når de står på venteliste til en behandling.

5.4 Patientrettigheder i en dansk sammenhæng

Det Ethiske Råd er overvejende af den opfattelse, at det vil være uhensigtsmæssigt at indføre materielle patientrettigheder i form af ventetidsgaranti eller andre former for retskrav på bestemte behandlinger indenfor bestemte tidsrum. Rådet er bekymret for, at indførelsen af en sådan type rettigheder vil føre til en skævvridning af sundhedsvæsenet. Ventetidsgaranti kan i sagens natur kun udstedes til veldefinerede behandlinger for bestemte sygdomme. Derfor risikerer man ved at indføre retskrav på dette felt indirekte at nedprioritere behandling af mere almindelige sygdomme.

Rådet mener ligeledes, at man bør afvise forslag om at indføre ret til såkaldt second opinion, dvs. en ret til at konsultere anden læge, hvis man er utilfreds med den behandling, man bliver tilbudt, og ret til første undersøgelse. Rådet finder principielt, at et forslag om ret til second opinion ligger fint i forlængelse af en ret til frit sygehusvalg og den generelle bevægelse i retning af øget indflydelse til brugerne af sundhedsvæsenet. Man mener dog samtidig, at en ret til second opinion kan vise sig at være meget kostbar, og at der ud fra et prioriteringsmæssigt synspunkt må være andre ting, der er vigtigere, end indførelsen af en sådan ret. Indførelsen af en ret til første undersøgelse forekommer i en dansk sammenhæng noget overflødig, fordi enhver jo i forvejen har mulighed for at gå til lægen og blive undersøgt for et helbredsmæssigt problem. Samtidig finder rådet, at det er vigtigt at understrege, at spørgsmålet om, hvilke undersøgelser der er relevante for en given patient, må afgøres på et sundhedsfagligt grundlag, og at man derfor bl.a. af ressourcemæssige grunde bør afstå fra at give patienterne ret til at kræve bestemte undersøgelser.

Rådet er dog samtidig af den opfattelse, at der i loven bør indføres nogle overordnede retningslinier og hensigtserklæringer, der kan angive, hvilke forventninger man som patient kan have til behandling og pleje i sundhedsvæsenet, og som samtidig forpligter stat, amter og kommuner på en række principper. Man kunne her evt. lade sig inspirere af det forslag, som den svenske prioriteringsudredning fremsatte.

Rådet mener desuden, at patienter, der venter på undersøgelse eller behandling, bør sikres ret til indsigt i forskellige forhold vedrørende ventelisterne. Det handler ikke blot om, at sygehusene skal være forpligtede til f.eks. at offentliggøre ventetiden til forskellige operationer. Det indebærer også, at patienterne skal have information om, hvilke kriterier der anlægges for optagelse på henholdsvis den akutte eller fremskyndede venteliste og den almindelige venteliste. Derudover bør patienterne på et tidligt tidspunkt i forløbet på sygehusets initiativ meddeles et indlæggelsestidspunkt og have ret til forklaring, hvis dette indlæggelsestidspunkt ændres i ventetiden. I de fleste tilfælde bør denne meddelelse tilgå patienten inden for en uge efter at undersøgelsen eller behandlingen er fundet indiceret.

Disse forslag tager alle udgangspunkt i det forhold, at det formentlig er umuligt at undgå ventelister til bestemte undersøgelser og behandlinger i et moderne skattefinansieret sundhedsvæsen. En del af de gener, der er forbundet med at skulle vente på behandling, kan imidlertid undgås ved større åbenhed omkring ventelisterne, og ved at patienten kan være tryk ved at blive behandlet indenfor den lovede periode (se kap 5). En sådan åbenhed kunne bl.a. fremmes ved at forpligte amterne til med jævne mellemrum at lave udmeldinger om, på hvilke områder de er ude af stand til at leve op til et servicemål om f.eks. tre måneders ventetid på bestemte behandlinger.

6. Den konkrete prioritering på det politisk-administrative og på det kliniske niveau

6.1 Indledning

Mange opfatter debatten om prioritering i sundhedsvæsenet som et spørgsmål om at finde frem til et sæt af *prioriteringskriterier*, som vi kan blive enige om, og som kan danne udgangspunkt for den række af prioriteringsbeslutninger, der skal træffes. I debatten bruges prioriteringskriterier ofte i betydningen et kendetegn ved en patient eller en gruppe af patienter, som adskiller dem fra andre patienter eller grupper af patienter, og som kan bruges som begrundelse for at prioritere den ene gruppe på den anden gruppes bekostning. Man har i den forbindelse diskuteret den vægt, der bør lægges på,

hvor alvorlig lidelsen er, hvor akut den er, og hvor effektive behandlingsmulighederne er. Man har også diskuteret, om alder kan bruges som et sådant kriterium, om man kan sige, at yngre mennesker altid skal behandles før ældre mennesker, og om man i prioriteringen kan lægge vægt på, hvorvidt folk kan siges i en eller anden grad selv at have ansvaret for det helbredsmæssige problem, de har?

Man bør i den forbindelse skelne mellem *personrelaterede prioriteringskriterier* og *behandlingsrelaterede prioriteringskriterier*. Hvor de personrelaterede kriterier drejer sig om forhold ved den person, der søger sundhedsvæsenet, fokuserer de behandlingsrelaterede kriterier på aspekter af behandlingerne, som kan danne grundlag for at prioritere nogle opgaver på bekostning af andre. Blandt sådanne kriterier kan nævnes spørgsmålet om en behandlings effektivitet og spørgsmålet om en behandlings omkostningseffektivitet. Også spørgsmålet om, hvorvidt en bestemt behandling i sig selv er i overensstemmelse med samfundsmæssige værdier, kan tænkes at indgå i prioriteringsovervejelserne.

De forskellige kriterier fortjener seriøs overvejelse, bl.a. fordi de ofte omtales i den offentlige debat. Det er imidlertid vigtigt at være opmærksom på, at de værdier og mål bag sundhedsvæsenet, der blev diskuteret i kapitel 4, næppe kan oversættes til et sæt klare kriterier, som kan anvendes i enhver tænkelig prioriteringssituation, det være sig på det politisk administrative eller på det kliniske niveau. Det skyldes bl.a., som også nævnt i kapitel 4, at mens man i den danske befolkning formentlig godt kan blive enige om et sæt bredt formulerede værdier og om en bestemt overordnet målsætning, så er det straks vanskeligere at skabe bred tilslutning til et sæt af klare prioriteringskriterier, der har helt håndgribelige konsekvenser for, hvem der behandles før hvem, hvem der får den bedst mulige pleje og hvem der i højere grad må klare sig selv osv.

Det skyldes imidlertid også, at de fleste ønsker at fastholde, at man både på det politisk administrative niveau og på det kliniske niveau kan inddrage overvejelser, som ikke har form af klart formulerede kriterier. Man kan f.eks. godt på det politisk-administrative niveau ønske at fastholde et bestemt forebyggelsesinitiativ, selv om det ikke kan vises, at det er lige så omkostningseffektivt, som en mere direkte behandlingsmæssig anvendelse af de samme ressourcer. Tilsvarende synes det også at være en udbredt opfattelse, at dr i sundhedspersonalets afgørelser, når de står over for konkrete patienter, skal være plads til hensyntagen til helt specielle forhold fra situation til situation.

6.2 Prioritering af behandling, omsorg og forebyggelse

Sundhedsvæsenets aktiviteter spreder sig over en meget bred vifte. Inden for rammen af det danske sundhedsvæsen foregår der forebyggelse, behandling, pleje og omsorg. Nogle af disse aktiviteter foregår på hospitaler, andre i den primære sundhedssektor hos praktiserende læger og i hjemmeplejen; og andre igen helt uden for selve sundhedssektoren. Diskussionen af prioritering i sundhedssektoren og af konkrete prioriteringskriterier har en uheldig tendens til at fokusere på hospitalsbehandling, bl.a. fordi det er her, ventelister er mest synlige. Det er imidlertid vigtigt at indse, at prioritering handler om andet end ventelister. Prioritering handler f.eks. også om fordelingen af ressourcer mellem den primære og den sekundære sundhedssektor og mellem aktiviteter, der primært er af henholdsvis forebyggelsesmæssig, behandlingsmæssig eller plejemæssig karakter. Her kan der endvidere igen skelnes mellem prioritering *af* forebyggelse, behandling og pleje, dvs. prioritering mellem disse forskellige aktiviteter, og prioritering *inden for* henholdsvis forebyggelse, behandling og pleje. Det er Det Etske Råds vurdering, at det ikke giver mening på det helt overordnede niveau at diskutere forholdet mellem henholdsvis forebyggelse, behandling og pleje. Prioriteringen mellem disse former for aktiviteter må i stedet bero på en konkret vurdering af enkelte tiltag. Rådet skal i denne sammenhæng derfor begrænse sig til at omtale prioritering inden for de enkelt aktiviteter.

Prioriteringsdebatten handler som regel om prioritering mellem forskellige *behandlinger*, så i denne sammenhæng skal rådet endvidere blot omtale de prioriteringsproblemer, der er forbundet med de andre typer af aktiviteter.

Prioritering af hvilke omsorgs og plejeaktiviteter, der skal tilbydes hvem, illustrerer på forbilledlig vis et område, hvor hovedproblemet i prioriteringen ikke er ventelister. Derimod er det omfanget af den omsorg og pleje, der kan og skal ydes inden for et givet budget. Vi kan beskrive den optimale omsorg og pleje, men vi har ikke mulighed for at yde den, og der er derfor behov for at afgøre præcis hvor og

hvordan, der skal rationeres. Dette sker som regel ikke ved, at nogle patienter udelukkes helt fra pleje, eller ved at nogen bliver sat på venteliste, men ved at der sker en generel sænkning af service- eller kvalitetsniveauet for alle. Der er imidlertid næppe fuldstændig klarhed over, hvordan en sådan forringelse af pleje og omsorgskvaliteten fordeles mellem forskellige grupper.

Her er der stadig brug for en prioriteringsdiskussion. Vi kan ikke bare tage 10% fra alle, eller - hvis der er tale om en udvidelse af budgettet - give 10% mere til alle. Ved prioritering af pleje og omsorg må man se på vigtigheden af de enkelte plejeelementer for de enkelte patienter (eller patientgrupper på det politisk/administrative niveau), og afveje hensynet til de samme grundlæggende værdier, som i andre prioriteringsbeslutninger. Resultatet af denne afvejning bliver imidlertid ikke nødvendigvis et sæt af prioriteringskriterier. Det bliver snarere en beskrivelse af det prioriteringsmæssigt mulige plejeniveau for en patient eller en gruppe af patienter.

Hvis denne øvelse blev gennemført for en række forskellige omsorgs- og plejeaktiviteter, er det ikke umuigt, at man ville finde, at der er meget store uligheder mht. plejeniveauet for samme plejebestand. Umiddelbart synes der f.eks. at være stor forskel på plejeniveauet for patienter med psykisk lidelse sammenlignet med patienter med legemlig sygdom.

Prioritering af forebyggelsesinitiativer vil i princippet altid være prioritering på det politisk-administrative niveau. Betingelserne for igangsætning af et forebyggelsesprogram er grundigt diskuteret andetsteds, og Det Ethiske Råd finder ikke anledning til at gentage denne diskussion. Det er dog vigtigt at påpege, at forholdet mellem udgifter og nytte med hensyn til forebyggelsesprogrammer bør undersøges ligeså grundigt som for alle andre programmer i sundhedsvæsenet. Det er ikke nok at sige, at et program er effektivt i den forstand, at det forhindrer sygdom i at opstå. Før programmet indføres, må dets ressourcemæssige implikationer også undersøges, således at man kan sammenligne omkostninger og forventede resultater ved dette program med omkostninger og forventede resultater af et andet program.

Der tilbagestår dog yderligere et vigtigt principielt prioriteringsproblem. Hvis der er iværksat et forebyggelsesprogram, som indebærer undersøgelser med regelmæssige intervaller, f.eks. befolkningsundersøgelser for livmoderhalskræft eller brystkræft, er det så legitimt at nægte kvinder, som ønsker at blive undersøgt oftere adgang til hyppigere undersøgelser betalt af det offentlige? Givet at forebyggelsesprogrammet er udformet således, at det ikke udsætter nogen for unødigt stor risiko, vil svaret på dette spørgsmål afhænge af, hvor meget vi, som samfund, er villige til at betale for, at nogle medborgere kan få en vis ekstra sikkerhed og større rum for frit valg. Der er i princippet ikke noget i vejen for at indføre en restriktion på antallet af undersøgelser.

6.3 Prioriteringskriterier på det politisk-administrative og på det kliniske niveau

Enhver overordnet diskussion af prioriteringskriterier i sundhedsvæsenet kompliceres af de mange forskellige niveauer, hvorpå sådanne beslutninger træffes (se kapitel 1). Forholdet mellem beslutningstageren og de personer, beslutningerne vedrører, er forskelligt på disse niveauer, og det har indflydelse på, hvilke prioriteringskriterier der er relevante og acceptable. Her er det væsentligt at være opmærksom på, at forskellen mellem niveauerne bl.a. består i, at beslutningerne på det politisk-administrative niveau træffes ud fra oplysninger om grupper af ikke identificerbare individer, mens der på det kliniske niveau er tale om helt konkrete patienter.

Man skal i den forbindelse være opmærksom på, at det i højere grad er karakteren af beslutningen, der afgør hvilket niveau, en beslutning tilhører, end beslutningstagerens stilling eller profession. Læger kan tage politisk-administrative beslutninger (og gør det relativt hyppigt), og politikere kan tage kliniske beslutninger, når de f.eks. træffer afgørelser om en konkret patients anliggende (men gør det dog sjældent). Mange beslutninger ligger naturligvis mellem de to yderpunkter, og det kan være vanskeligt at afgøre nøjagtigt, hvordan en given beslutning skal kategoriseres. Med hensyn til ventelisteprioritering ligger beslutningen om kriterierne for at komme på ventelisten tæt på det politisk-administrative niveau, som det er defineret her, mens beslutningen om hvilken patient fra ventelisten, der skal indkaldes akut, hvis der er en allerede indkaldt patient, der får forfald, ligger meget tættere på det kliniske niveau.

Fra et effektivitetsmæssigt standpunkt opnås det optimale resultat, hvis prioriteringskriterierne er ens på alle niveauer, idet forskellige kriterier på forskellige niveauer medfører, at beslutninger truffet på det politisk administrative niveau kan blive undermineret af modgående beslutninger truffet på det kliniske niveau.

En måde at løse dette problem på er ganske enkelt at kræve, at de samme kriterier anvendes på alle niveauer. Denne løsningsmodel er imidlertid problematisk, idet den overser forskellene i beslutningssituationen på de forskellige niveauer. Hvis der på det kliniske niveau udelukkende skal anvendes kriterier, der passer til det politisk-administrative niveau, vil det f.eks. medføre, at det vil blive umuligt at tage hensyn til hver enkelt patients helt særlige situation. Behandleren vil da blive tvunget til at prioritere, som om han eller hun ikke kendte patienterne.

Hvis vi omvendt accepterer, at der kan anvendes forskellige kriterier på forskellige niveauer, bliver det nødvendigt at redegøre for, hvorledes forholdet bør være mellem disse kriterier, og hvordan de kan afvejes mod hinanden. Der findes ikke nogen tilfredsstillende teoretisk løsning på dette problem. Det Ethiske Råd har derfor fundet det hensigtsmæssigt at redegøre for forholdet mellem det politisk/administrative niveau og det kliniske niveau for hvert af de konkrete prioriteringskriterier, der diskuteres i det følgende.

6.4 Personrelaterede prioriteringskriterier

Af de konkrete personrelaterede prioriteringskriterier, der er blevet fremført i den offentlige debat, vil de følgende blive diskuteret i denne sammenhæng:

1. Prioritering efter behov
2. Prioritering efter alder
3. Prioritering efter social status
4. Prioritering efter eget ansvar for sygdommens opståen

6.4.1 Prioritering efter behov

Det forekommer umiddelbart rimeligt at prioritere efter patienternes behov for sundhedsydelse. Hvis vi står overfor to patienter, synes det umiddelbart vigtigst først at tilse og behandle den, der har det største behov. I den norske prioriteringsudredning baseredes prioriteringsmodellen da også på spørgsmålet om *nødvendigheden* af det pågældende indgreb. I den svenske udredning blev det såkaldte *behovssolidaritetsprincip*, dvs. princippet om at den med det største og mest akutte behov skal behandles først, ligeledes betragtet om vigtigst i den etiske platform (se kapitel 3).

Selv om det umiddelbart forekommer rigtigt, er det dog ikke ganske ligetil at prioritere med udgangspunkt i folks behov. Som det fremgår af kapitel 4, er der i første omgang spørgsmålet om, hvorvidt man i fraværet af en objektiv definition af menneskelige behov må sætte lighedstegn mellem de ydelser, folk efterspørger, og det, man kan sige de har behov for.

Dertil kommer, som det ligeledes fremgår af kapitel 4, at behov må forstås som bestående af flere dimensioner. Der er dels spørgsmålet om lidelsens alvorlighed; er det et spørgsmål om liv eller død, eller om livslang invaliditet, eller er der noget mindre på spil? Dels spørgsmålet om, hvor akut problemet er; hvor vigtigt er det, at blive behandlet med det samme? Endelig spørgsmålet om den mulige sundhedsmæssige gevinst; er man overhovedet i stand til at gøre noget effektivt ved den pågældende tilstand; kan den helbredes, eller må man snarere se på, hvilken pleje og omsorg patienten har behov for?

Det at behov således må forstås som bestående af flere dimensioner gør det vanskeligt at *sammenligne* forskellige menneskers behov for sundhedsydelser, og dermed at afgøre, hvem der har det største behov.

Ikke desto mindre er der så meget, der taler for en fordeling af sundhedsvæsenets ressourcer efter patienternes behov, at man må inddrage dette forhold med en central plads i prioriteringsprocessen. Det gælder både på det politisk administrative niveau og på det kliniske niveau.

6.4.2 Prioritering efter alder

Der kan næppe herske nogen tvivl om, at prioritering efter alder finder sted i det danske sundhedsvæsen; og at dette altid er foregået. Fænomenet er iøvrigt ikke begrænset til Danmark, men forekommer i langt de fleste sundhedssystemer.

Traditionelt har man skelnet mellem kronologisk alder og biologisk alder og hævdede, at mens kronologisk alder ikke er et acceptabelt prioriteringskriterie, så kan prioritering efter biologisk alder være acceptabelt. Synspunktet har to elementer:

1. Alder i sig selv kan ikke anvendes som prioriteringskriterium.
2. Hvis patientens biologiske tilstand medfører, at chancen for et godt behandlingsresultat mindskes, eller bivirkningerne bliver for voldsomme, er det acceptabelt at tage dette forhold i betragtning ved prioriteringsbeslutninger.

Synspunktet kan imidlertid godt kritiseres. Hvis vi ser på den anden del først, fører det os tilbage til spørgsmålet om, hvorvidt en bestemt patient eller gruppe af patienter er i stand til at få gavn af en behandling (om de har nogen *capacity to benefit*) i kapitel 4. Det er klart, at en patient kun skal behandles, hvis vedkommende er i stand til at få gavn af behandlingen. Hvis behandlingen ikke på nogen måde kan hjælpe patienten, er der ingen grund til at udføre den. Det betyder, at hvis en patients biologiske alder medfører, at vedkommende ikke kan få nogen gavn af behandlingen, er det acceptabelt ikke at behandle. I den forstand kan det i nogle situationer være velbegrundet ud fra et lægeligt synspunkt at skele til patientens alder i forbindelse med overvejelser om, hvilken behandling man bør iværksætte.

På det politisk-administrative niveau vil der imidlertid, i det øjeblik man anvender biologisk alder som prioriteringskriterium, ikke være tale om, at patienter med en bestemt biologisk alder ikke kan få nogen gavn af behandlingen, men i stedet om at de, statistisk set som gruppe, får mindre gavn af behandlingen, end en gruppe med lavere biologisk alder. Det er imidlertid ikke umiddelbart klart, at det, at en person tilhører en gruppe, som statistisk set er mindre i stand til at få gavn af et tiltag (har mindre *capacity to benefit*), er tilstrækkeligt til at nedprioritere behandlingen af denne person. Hvis det var tilstrækkeligt, ville det f.eks. også medføre, at kronologisk alder blev et acceptabelt prioriteringskriterium, idet ældre, som gruppe betragtet, har dårligere behandlingsresultater end yngre for en lang række sygdomme.

Den første del af synspunktet; princippet om at alder i sig selv ikke kan anvendes som prioriteringskriterium, er utvivlsomt et godt princip. Aldersdiskriminering må bekæmpes, men princippet er alligevel ikke problemfrit. Problemet kan måske bedst illustreres med et eksempel fra det kliniske niveau. Hvis vi forestiller os, at vi ikke har nogen aldersgrænse for transplantationer, kan vi komme i en situation, hvor vi ikke kan afgøre, om et donorhjerne skal gå til en 30-årig eller en 75-årig. Vore intuitioner om, hvilken beslutning der er den rigtige i en sådan situation, varierer; der er dog næppe tvivl om, at ganske mange ville give hjertet til den 30-årige, selv om de fik at vide, at såvel chancen for at transplantationen lykkes, som den forventede livslængde efter transplantation er præcis den samme for de to patienter. Dette eksempel tyder på, at der er situationer, hvor alder i sig selv kan spille en rolle for prioritering på det kliniske niveau. Samtidig er der også nogle, der vil hævde, at et lighedsmål om, at vi alle i videst muligt omfang bør sikres samme sundhed og livslængde, tilsiger at favorisere den yngre, fordi vedkommende ellers risikerer at miste noget, som den ældre allerede har opnået, nemlig flere års liv.

Det er endvidere vigtigt at være opmærksom på, at alder (både biologisk og kronologisk) ikke afviger væsentligt fra andre faktorer, der giver information om en patients chance for et godt behandlingsresultat. Der er f.eks. sygdomme, hvor patientens lungefunktion er afgørende for chancen for et godt behandlingsresultat, og vi finder det i almindelighed ikke forkert at prioritere efter lungefunktion i sådanne tilfælde. Hvis vi ikke ønsker, at alder anvendes som prioriteringskriterium, er vi derfor nødt til at påvise, at der er yderligere uønskede konsekvenser forbundet dermed. Her kan man henvise til den rolle, alder og aldersdiskriminering spiller i samfundet i det hele taget og pege på, at det er vigtigt at fastholde, at alder ikke spiller nogen rolle for menneskeværdet, og at det derfor er vigtigt

for vort samfund at forhindre forskelsbehandling på grund af alder. Man kan, med henvisning til kapitel 4, måske hævde, at sygdomssvækkede gamle mennesker udgør en svag gruppe i begge de betydninger, der nævnes der, og at der derfor er en særlig grund til at være opmærksom på, hvornår de kan blive diskrimineret.

På det politisk/administrative niveau må lighedsprincippet tillægges stor værdi, og prioritering efter alder kan derfor overhovedet ikke accepteres eller kun accepteres i helt specielle tilfælde.

På det kliniske niveau kan der imidlertid forekomme prioriteringssituationer, hvor et konkret valg mellem to personer vil involvere overvejelser om alder. Det er næppe muligt at fastlægge nærmere regler for disse situationer bortset fra, at det generelt set er uacceptabelt at basere beslutninger på forskel i kronologisk alder alene.

6.4.3 Prioritering efter social status

Prioritering efter social status er blevet diskuteret i forbindelse med ventelister, hvor nogle har foreslået, at personer i arbejde skal have forret frem for arbejdsløse og bistandsklienter. Argumentet for en sådan prioritering har været, at det er vigtigere for personer i arbejde at blive behandlet, så de ikke mister deres arbejde. En sådan prioritering er desuden hensigtsmæssig ud fra en samfundsøkonomisk betragtning, fordi man derved kan spare sygedagpenge. Det bliver dog ofte fremhævet, at argumentet ikke går på, at folk i arbejde er mere værd for samfundet, end folk uden arbejde, men på at den skade, der er forbundet med at vente, er større for deres vedkommende, end for dem der ikke er i arbejde.

Der er ingen tvivl om, at accept af prioritering efter, hvorvidt folk har arbejde eller ej, vil være et brud på det grundlæggende princip om lige menneskeværd. En persons værdi afhænger ikke af, om vedkommende har arbejde eller ej; og der er ingen gode argumenter for, at det er vigtigere for personer i arbejde at blive behandlet, end det er for personer, som ikke er i arbejde. Det kan for det første ikke uden videre fastslås, at det er en betingelse for at have et meningsfuldt liv, at man er i arbejde. For det andet - og det er jo helt banalt - rammer ubehag, funktionsindskrænkning og smerter på grund af sygdom den arbejdsløse præcist lige så hårdt som den arbejdende.

Det Ethiske Råd afviser på denne baggrund enhver inddragelse af spørgsmålet om, hvorvidt folk er i arbejde eller ej, og andre forhold ved patienternes sociale status, i prioritering på det politisk-administrative niveau. Rådet finder, at anvendelse af dette kriterium indebærer en direkte nedvurdering af en stor gruppe mennesker.

Det Ethiske Råd anerkender dog, at der på det konkrete kliniske niveau i mødet mellem behandler og patient kan være helt specielle situationer, hvor spørgsmålet om patientens arbejdsmæssige forhold kan spille en rolle for prioriteringen. Rådet ønsker dog tydeligt at understrege, at dette ikke betyder, at det kan anvendes som et generelt kriterium i prioriteringen af f.eks. patienter på en venteliste.

6.4.4 Prioritering efter eget ansvar for sygdommens opståen

Det fremføres ikke sjældent i debatten, at nogle patienter med en bestemt sygdom selv er skyld i deres sygdom, og at de derfor skal prioriteres lavere end andre patienter med samme sygdom. Dette argument er blevet fremført i forbindelse med alkoholikere og levertransplantationer og i forbindelse med rygere og operationer for forsnævninger i hjertets kranspulsårer (bypass-operationer). Argumentet er derimod sjældent blevet hørt i forbindelse med topidrætsudøvere og korsbåndsskader i knæet eller brandmænd og røgforgiftning.

Der er en lang række etiske og praktiske problemer i at prioritere efter eget ansvar for sygdommens opståen. For det første er det problematisk at fastlægge, hvem der kan siges selv at have ansvaret for deres sygdom. Det klareste tilfælde er det, hvor sygdommen er fremkaldt som følge af en enkelt handling, som personen har udført fuldstændig frivilligt, og med tilstrækkelig viden om risikoen for at få sygdommen. Det tætteste, vi kommer på dette tilfælde, er nok den utrænede dansker, der tager på skiferie, eller bjergbestigeren på Mount Everest. Det er dog normalt ikke disse situationer, der diskuteres i den offentlige debat, når der diskuteres eget ansvar for sygdom.

De fleste af de såkaldte livsstilssygdomme afviger fra det klare tilfælde af personligt ansvar: Det er

uklart, om man *vælger* livsstil; det er uklart, om man har tilstrækkelig *viden* om de sundhedsmæssige konsekvenser af den livsstil, man vælger, på det tidspunkt hvor man vælger den; og det er uklart, om valget er *frivilligt*. Hvis vi f.eks. overvejer, om den 60 årige ryger, der har røget i 45 år, er ansvarlig for at have pådraget sig forsnævrede kranspulsårer, må vi overveje, om vedkommende som 15 årig havde tilstrækkelig viden om rygningens skadelige virkninger; om det, at han begyndte at ryge, var et frivilligt valg; og om det, at han ikke er holdt op med at ryge, er et frivilligt valg.

Der er yderligere det problem, at det er meget sjældent, at et sygdomstilfælde kun har en årsag. Hvis vi analyserer årsagerne til et givet sygdomstilfælde, vil vi oftest finde, at de udgør et komplekst net, og at det er umuligt at finde *årsagen* til sygdomstilfældet. Når vi alligevel ofte taler om årsagen, er det fordi, vi vælger en af de mange årsager og kalder den for sygdomstilfældets *eneste* årsag, sædvanligvis fordi vi kan behandle den eller forebygge den.

For det andet, er det ikke nok at vise, at en person er ansvarlig for sin egen sygdom (at hans valg har fremkaldt sygdommen), vi er også nødt til at vise, at dette berettiger os til nedprioritere ham. Brandmænd og fiskere har f.eks. en overhyppighed af arbejdsskader af forskellig art. Hvis vi antager, at deres erhvervsvalg er frivilligt og foretaget ud fra tilstrækkelig viden om erhvervets risici, er brandmænd og fiskere utvivlsomt ansvarlige for deres erhvervsskader, fordi disse er forudsigelige konsekvenser af deres erhvervsvalg. De færreste vil nok mene, at dette ansvar skal medføre en nedprioritering af behandlingen af disse erhvervsskader. I debatten fremføres der imidlertid sjældent argumenter for, hvad der er det særlige ved alkoholisme eller rygning, som berettiger en nedprioritering. Man kunne få en mistanke om, at der er en sammenhæng med en generel negativ vurdering af rygere og alkoholikere; og det er efter Det Etske Råds opfattelse klart, at en sådan generel negativ vurdering ikke må spille nogen rolle i prioriteringssammenhængen.

Dertil kommer, at det må betragtes som uretfærdigt, hvis vi nedprioriterer nogle grupper af patienter på grund af deres ansvar for deres egen sygdom, men ikke nedprioriterer alle grupper, der kan siges at have et lignende ansvar for deres lidelse. Hvis vi nedprioriterer alkoholikere og rygere, men ikke andre grupper hvor et lignende ansvar findes, kan alkoholikerne og rygerne med fuld rette spørge, hvorfor netop de skal udpeges som en slags syndebukke.

Det Etske Råd finder derfor, at eget ansvar for sygdom ikke kan anvendes som prioriteringskriterium i spørgsmål om, hvilke behandlinger der skal tilbydes, og hvem der skal trækkes ind fra ventelisten. Dette gælder både på det politisk/administrative og på det kliniske niveau.

Eget ansvar for sygdom diskuteres imidlertid også i andre typer af situationer. F.eks. hvor en patient er blevet behandlet og er blevet informeret om, at visse aktiviteter er skadelige og kan bevirke, at sygdommen bryder ud igen, men hvor patienten alligevel fortsætter med disse aktiviteter og får sygdommen igen. Her kan det fastslås, at vedkommende har været vidende om, eller i hvert fald er blevet informeret om, den formodede sammenhæng mellem et handlemønster og den pågældende sygdom. Det må dog igen her gælde, at hvis en sådan advarsel skal kunne være grundlag for prioritering, når det drejer sig om rygere og problemer med hjertet, tilsiger en retfærdighedsbetragtning, at det også må gælde for en fodboldspiller, der trods beskadigede knæ alligevel vælger at fortsætte karrieren. Det er derfor Det Etske Råds opfattelse, at der er mange problemer forbundet med denne type betragtninger, og at man bør undlade at benytte sig af et sådant prioriteringskriterium.

Det har også været diskuteret, om man kan inddrage livsførsel i den lægelige vurdering af mulighederne for effektiv behandling i situationer, hvor patientens livsførsel, f.eks. stærkt alkohol eller narkotika misbrug, gør behandlingen nytteløs, og man vurderer, at patienten er ude af stand til at ændre livsførsel. Det Etske Råd er af den opfattelse, at sådanne betragtninger kan inddrages i den lægelige vurdering af behandlingsmulighederne, men at man må være opmærksom på, at f.eks. misbrugere ikke må nægtes behandling på baggrund af en moralsk vurdering, der baserer sig på, at de selv har ansvar for deres lidelse, og derfor ikke fortjener behandling i samme grad som andre.

6.5 Kriterier der kan anvendes og kriterier, der ikke må anvendes

Det Etske Råd mener, man bør afvise tanker om at basere prioriteringsbeslutninger på forhold som patienternes alder, lidelsens grad af selvforskyldthed eller patientens sociale status, f.eks. spørgsmålet

om patienten er i arbejde eller ej. På det politiske og administrative niveau må denne type forhold under ingen omstændigheder medtages i prioriteringsovervejelserne. Det Ethiske Råd tager her udgangspunkt i den betragtning, at alle mennesker har lige ret til at modtage behandling i det offentligt finansierede sundhedsvæsen. Det er et meget væsentligt princip, som rådet er meget betænkelig ved at afvige fra.

På det politisk-administrative niveau skal prioriteringen i første omgang tage udgangspunkt i de mål og delmål, der blev formuleret i kapitel 4. Det betyder, at der må lægges stor vægt på en vurdering af patienter og patientgruppers *behov* for sundhedsydelser i den ovenfor beskrevne betydning af behovsbegrebet, men at imødekommelsen af disse behov må ske under hensyntagen til de delmål, der også ønskes opfyldt:

Social og geografisk lighed

Kvalitet

Omkostningseffektivitet

Demokrati og brugerindflydelse

I kapitel 4 blev delmålet lighed defineret som lige adgang for lige behov. Dette lighedsmål siger imidlertid ikke noget om, hvordan man skal prioritere mellem grupper af patienter med *forskellige* behov. Her må det være afgørende, at bestræbelserne på at imødekomme de behov for sundhedsydelser, som en bestemt gruppe af patienter har, ikke gør det umuligt at imødekomme andre gruppers behov. Selv om man i udgangspunktet bør bestræbe sig på at imødekomme folks behov, og at man derfor bør prioritere således, at dem, der har de største behov, kommer til først, så gør vanskeligheden af at sammenligne forskellige gruppers behov, at man skal være meget varsom med at lægge stor vægt på dette prioriteringskriterium, når beslutningerne skal træffes. Man kunne frygte, at en for stor vægtning af behovsprincippet ville føre til en opprioritering af grupper af patienter med behov for mere spektakulære behandlinger, på bekostning af grupper med behov for længere varende behandling eller pleje og omsorg.

Derfor er der noget, der taler for, at man i løbet af prioriteringsprocessen på det politisk-administrative niveau søger at anvende sundhedsøkonomiske analyser til foretagelse af sammenligninger af omkostningseffektiviteten ved forskellige behandlinger. Ikke fordi denne skal være afgørende for, hvilke tiltag der skal iværksættes. Men fordi man ved at sammenligne omkostningseffektiviteten af forskellige ydelser kan få et vist overblik over, hvilke ydelser, man har mulighed for at tilbyde ud fra en bestemt mængde ressourcer. Man kan sige, at sammenligningen af omkostningseffektiviteten ved forskellige ydelser gør én i stand til at formulere de spørgsmål, som man i forbindelse med prioriteringen er nødt til at svare på. Afvejninger af hensyn til forskellige patientgruppers behov og til lighedsprincippet må så gøre en i stand til at finde frem til et svar.

På det kliniske niveau mener Det Ethiske Råd som udgangspunkt, at der i prioriteringen af de konkrete opgaver bør lægges vægt på behovet for sundhedsydelser, sådan som dette er beskrevet i kapitel 4:

Sygdommens alvor, dvs. sundhedsmæssigt udgangspunkt og prognose. Er tilstanden livstruende (dødsrisiko, forventeligt dødstidspunkt)? Har patienten et højt smerteniveau (nu og i udviklingsforløbet)? Er der risiko for, at patientens funktionsniveau hæmmes (nu og i udviklingsforløbet)?

Tidsmæssig nødvendighed. Hvor akut er lidelsen? Hvor vigtigt er det, at der gribes ind med det samme?

Mulig sundhedsmæssig gevinst. (effektivitet). Giver behandlingen mulighed for livsforlængelse, fjernelse eller reduktion af smerter eller funktionsøgning? I alle tre situationer skal der lægges vægt på både det mulige resultat og på, hvor stor sandsynligheden for resultatet er.

Forhold som patientens alder, lidelsens grad af selvforskyldthed eller patientens sociale status kan heller ikke inddrages som generelle prioriteringskriterier på det kliniske niveau. I de tilfælde hvor det

ikke handler om den overordnede fordeling af ressourcer mellem forskellige patientgrupper, men hvor det handler om at forvalte forhåndenværende begrænsede ressourcer, f.eks. organer til transplantation eller sengepladser på en intensiv afdeling, kan man dog ikke se bort fra, at det kan være nødvendigt at inddrage sådanne forhold. Her må det imidlertid efter Det Ethiske Råds mening gælde, at alder kun kan inddrages, hvis alderen har betydning for muligheden for at opnå et godt behandlingsresultat. Ligeledes må det gælde, at spørgsmålet om livsstil og det, der med et noget vanskeligt definerbart begreb kaldes selvforskyldthed, kun kan inddrages, hvis patientens livsstil og vaner har betydning for muligheden for at opnå et godt behandlingsresultat. Endelig kan spørgsmålet om, hvorvidt det forhold, at patienten f.eks. er i arbejde eller ej, kan have betydning i forhold til fremrykning på venteliste, kun inddrages i afgørelsen som et led i en samlet vurdering af, hvilke sociale sidevirkninger det vil have for patienten, hvis vedkommende ikke behandles med det samme.

7. Det Ethiske Råds anbefalinger

7.1 Indledning

Der foretages prioriteringer overalt i sundhedsvæsenet hver dag. Det foregår både når politikere og administratorer træffer beslutninger om planlægning af sundhedsvæsenets drift, og når behandlere eller plejepersonale står overfor den enkelte patient. I hjemmesygeplejen, hos den praktiserende læge, hos speciallægen og på sygehusene træffes der dagligt beslutninger, store og små, der indebærer, at nogle opgaver bliver udført, andre ikke, og at noget bliver gjort med det samme, andet får lov til at vente.

Debatten om prioritering i sundhedsvæsenet handler om, hvilke beslutninger politikere, administratorer og sundhedspersonale rundt omkring i sundhedsvæsenet skal/kan træffe; hvilke hensyn der skal/kan indgå i beslutningsgrundlaget, og hvilke der i hvert fald ikke må lægges vægt på. Men den handler også om, at både befolkningen og folk inden for sundhedsvæsenet skal have indsigt i, at der foregår prioritering i sundhedsvæsenet og i, hvorledes denne prioritering foregår, ligesom de skal have forståelse for, at selv trivielle beslutninger kan have omfattende prioriteringsmæssige konsekvenser.

Det Ethiske Råd er af den opfattelse, at formålet med debatten om prioritering er at stimulere øget refleksion og dialog om prioriteringsmæssige aspekter blandt de mennesker, som til daglig skal træffe beslutninger i sundhedsvæsenet, både på det overordnede politisk-administrative niveau og på det kliniske niveau. Formålet med debatten er ikke at nå frem til en bestemt løsning, som én gang for alle kunne afgøre, hvad der er ret og rimeligt. Det ville naturligvis være praktisk, hvis man kunne finde frem til en måde at prioritere på, som alle kunne blive enige om. Men det er formentlig ikke muligt. I udgangspunktet mener alle sikkert, at alle mennesker bør sikres den optimale behandling lige med det samme, hvis de skulle blive syge eller komme ud for en ulykke. Det er imidlertid ikke muligt i dagens danske sundhedsvæsen. Det har det for øvrigt aldrig været.

Det Ethiske Råd mener som udgangspunkt, at der opstår et etisk problem i det øjeblik, sundhedsvæsenet ikke er i stand til at give folk den bedst mulige behandling. Problemet kan principielt søges løst på to forskellige måder:

1. Ved at der bevilges flere penge til sundhedsvæsenet, enten ved at hæve skatterne eller ved at opprioritere sundhedsvæsenet på bekostning af f.eks. veje, undervisning, socialvæsen eller andre områder. Det Ethiske Råd mener, der kan være grund til at overveje, om der er behov for øgede ressourcer i sundhedsvæsenet, særligt i lyset af områdets meget lille vækst inden for de senere år. Det skal imidlertid understreges, at prioriteringsproblemet ikke forsvinder, fordi man får flere ressourcer. Det skyldes dels, at der principielt altid kan bruges flere penge i sundhedsvæsenet; på forebyggelsesinitiativer, på at forbedre plejeindsatsen, på at anskaffe nyt og mere effektivt apparatur mv. Dels at forvaltningen af yderligere ressourcer også fordrer prioriteringsovervejelser: Hvor skal vi udvide? Hvilke områder skal styrkes? Osv.

2. Ved at man anvender de ressourcer, der er til rådighed i sundhedsvæsenet, bedre. Det kan ske ved, at man, hvis det er muligt, organiserer driften mere effektivt, eller ved at man undersøger, hvilke af de behandlinger man foretager, som faktisk er effektive og undlader at udføre dem, der viser sig ineffektive.

Det synes under alle omstændigheder at være en kendsgerning, at sundhedsvæsenets ressourcer *er* begrænsede. Derfor må der vælges: Hvor mange penge skal der afsættes på det årlige budget til hjemmesygeplejen? Hvor lang tid skal den praktiserende læge afsætte til hver konsultation? Bør der bestilles laboratorieprøve til denne patient, eller er risikoen for en alvorlig sygdom så lille, at den kan undværes? Hvem af de to patienter med tilsyneladende identiske symptomer skal behandles først? Alle disse afgørelser skal træffes, og de, der træffer dem, skal være opmærksomme på, at uanset hvilken afgørelse der træffes, så går afgørelsen ud over nogen.

Men vi kan formentlig aldrig blive helt enige om, hvilke afgørelser der skal træffes. Ethvert *fravalg*, enhver *nedprioritering*, enhver *tilsidesættelse* af en patients behov byder os i mod, selv om den kan begrundes med, at man skal hjælpe nogle andre. Det klinger af diskrimination, af kynisme, af hensynsløshed og manglende forståelse for de lidelser, som andre mennesker er underlagt. Alle karakteristika, som vi nødig vil forbinde med velfærdsstaten og sundhedsvæsenet. Derfor kan vi næppe blive enige om en generel og overordnet model, hvorefter behandlingen for den ene eller den anden lidelse kan nedprioriteres, eller hvorefter den ene eller den anden gruppe kan sættes om bag i køen til bestemte behandlingstilbud. Ambitionen må derfor være at skabe større åbenhed om prioriteringsprocessen, og gennem debat og dialog at styrke hvad man kunne kalde det etiske beredskab hos de folk, som er placeret rundt omkring i sundhedsvæsenet, og som dagligt træffer beslutninger af denne karakter. Dvs. styrke viljen og evnen til at gennemtænke de værdimæssige aspekter af forskellige handlemønstre.

Det Ethiske Råds anbefalinger indeholder derfor ikke noget forslag til en endelig løsning på prioriteringsproblemet. De indeholder i stedet påpegninger af, hvilke forhold der må inddrages; hvilke informationer der må være til rådighed; hvilke overvejelser man bør gøre sig osv., når der træffes beslutninger i sundhedsvæsenet.

Det er Det Ethiske Råds opfattelse, at man i prioriteringsdebatten bør skelne mellem to forskellige perspektiver.

På den ene side kan man se på, hvordan beslutningsprocessen omkring prioritering i sundhedsvæsenet bør foregå; hvilke hensyn der kan (eventuelt skal) lægges vægt på, og hvilke der ikke må lægges vægt på, når der træffes beslutninger af prioriteringsmæssig karakter. Her handler det om generelle principper, om grundlæggende værdier og konkrete målsætninger for hele sundhedsvæsenets drift. Hovedparten af Det Ethiske Råds anbefalinger handler om at søge at udstikke pejlemærker og stimulere en videre debat om disse spørgsmål.

På den anden side kan man, ved at betragte forskellige patientgruppers vilkår i sundhedsvæsenet *i dg*, pege på bestemte grupper, som forekommer at have et umiddelbart krav på øgede ressourcer og opmærksomhed. Rådet vil afslutningsvis pege på, at dette efter rådets opfattelse gør sig gældende for visse grupper af patienter.

7.2 Værdier og målsætninger

Det Ethiske Råd er af den opfattelse, at *det overordnede mål* for det danske sundhedsvæsen, som beskrevet i kapitel 4, kan formuleres som:

Fremme af sundhed og forebyggelse af sygdom, bekæmpelse og lindring af helbredsrelateret lidelse med henblik på at sikre mulighed for livsudfoldelse for alle, uanset deres sociale baggrund og økonomiske formåen.

Denne målsætning skal ses i sammenhæng med et sæt af *centrale værdier*, som ikke kun gælder i forhold til sundhedsvæsenet, men i forhold til velfærdssamfundet som helhed:

Lige menneskeværd

Solidaritet

Tryghed og sikkerhed

Frihed eller selvbestemmelse

Det er naturligvis i praksis helt uopnåeligt at forebygge, behandle og lindre al lidelse. Imidlertid må sundhedsvæsenet tilrettelægges sådan, at det så vidt muligt lever op til målsætningen.

Det Ethiske Råd er grundlæggende af den opfattelse, at sundhedsvæsenets opgaver må bestemmes som de effektive sundhedsydelser, som befolkningen efterspørger, som det sundhedsfagligt uddannede personale besidder ekspertise i at levere, og som samtidig er i overensstemmelse med grundlæggende værdier i samfundet. Det må dog erkendes, at der i disse år ses en stigning i efterspørgselen af sundhedsydelser, og det kan ikke afvises, at der i nogle tilfælde foregår et overforbrug af disse ydelser. Det er nok et generelt træk ved vor kultur, at læger og sundhedspersonale i nogle tilfælde kommer til at varetage en række funktioner, som tidligere blev varetaget i folks sociale netværk.

Der kan på denne baggrund være grund til at undersøge, hvilke faktorer der stimulerer væksten i efterspørgselen af sundhedsydelser, og om der evt. kan gøres noget ved det. Her kunne man navnlig fokusere på to spørgsmål:

- Medvirker læger, patienter, medicinalindustri mv. til at skabe høje og i nogle tilfælde urealistisk høje forventninger til, hvad sundhedsvæsenet er i stand til at præstere?

- Udfylder de praktiserende læger deres såkaldte port-vogterfunktion, og hvordan sikrer man, at unødvendige undersøgelser og henvisninger videre i sundhedssystemet begrænses?

Samlet indebærer disse betragtninger, at man på både det politisk administrative niveau og på det kliniske niveau bør bestræbe sig på i videst muligt omfang at sikre:

- at alle mennesker har lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser på tværs af geografiske og sociale skel. Grundreglen må være, at lige tilfælde behandles ens,

- at de mennesker, der har de største behov for sundhedsvæsenets ydelser, kommer til først. I den forbindelse skal man erindre sig, at spørgsmålet om behov ikke kun afhænger af lidelsens alvorlighed, men tillige af hvor akut lidelsen er og af muligheden for at gøre noget ved den, dvs. den pågældende behandlings forventelige effekt,

- at der ikke findes patientgrupper, som af den ene eller anden grund lades i stikken, men at man i prioriteringen af sundhedsvæsenets opgaver er opmærksom på også de svagere gruppers behov, og

- at der stræbes imod størst mulig efficiens eller omkostnings-effektivitet, dvs. størst mulig sundhedsmæssig gevinst per anvendt krone, således at man for de samlede ressourcer i sundhedsvæsenet i videst muligt omfang bliver i stand til at opfylde målsætningen. Spørgsmålet om efficiens må dog altid afvejes med de øvrige nævnte hensyn.

Det er vigtigt i den forbindelse at være opmærksom på, at disse mål er forskellige; og at de kan være modstridende. Den vanskelige opgave består derfor i i konkrete situationer at foretage en afvejning af de forskellige målsætninger.

7.3 Prioriteringsprocessen

Det Ethiske Råd er af den opfattelse, at man i tilrettelæggelsen af sundhedsvæsenets drift, og det vil ikke mindst sige i forbindelse med prioritering i sundhedsvæsenet, bør sikre *åbenhed og dialog* omkring beslutningerne og om baggrunden for de trufne beslutninger. Denne åbenhed skal både rettes indad og udad. Man bør sørge for, at beslutningstagere på forskellige niveauer er klar over - vidende om - hvilke prioriteringsmæssige konsekvenser forskellige beslutninger har. Det handler om at sikre overskuelighed; om at de nødvendige informationer er til rådighed, og at der er foretaget analyser af, hvilke konsekvenser forskellige beslutninger har. Samtidig bør offentligheden også sikres større indsigt i, hvilke beslutninger der træffes på hvilke niveauer, og hvilke begrundelser der gives for de enkelte beslutninger. En sådan åbenhed er afgørende for, at enkelte beslutninger kan gøres til genstand for kritik og evt. ændres på baggrund af den offentlige debat. Derfor bør der også lægges stor vægt på, at

sundhedsplanlægningen i amterne tilrettelægges således, at der er mulighed for at almindelige borgere kan deltage i beslutningsprocessen, f.eks. ved høringer og offentlige møder.

Det er helt oplagt, at den del af prioriteringen i sundhedsvæsenet, der foregår ved sengekanten eller på fdelingen, i vidt omfang må basere sig på et individuelt sundhedsfagligt skøn. Kompetencen til at vurdere diagnoser, behandlingsmuligheder, prognoser mv. ligger helt indiskutabelt hos det sundhedsfagligt uddannede personale. Rådet er derfor afvisende overfor en tanke om at lægge rammer for denne type prioritering ved hjælp af lovgivning eller forskrifter. Ikke desto mindre er rådet af den opfattelse, at principperne bag disse afgørelser og de kriterier, der anlægges, bør gøres til genstand for åben debat.

Overordnede beslutninger af prioriteringsmæssig karakter på institutionsniveau eller på det politisk administrative niveau bør som nævnt gøres til genstand for større åbenhed og debat.

Til større åbenhed hører også en klarere ansvars- og opgavefordeling mellem Folketinget, Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, amter og primærkommuner. Som det er i dag, oplever man f.eks. i amterne, at man nok har det formelle ansvar for sundhedsplanlægningen og dermed for prioriteringen af opgaverne i sundhedsvæsenet, men at man samtidig i udøvelsen af dette ansvar er begrænset af mange forskellige beslutninger truffet af andre instanser.

Dertil kommer, at der også set fra et brugersynspunkt er behov for større klarhed over ansvarsfordelingen instanserne imellem og for større koordination og samarbejde imellem f.eks. amter og kommuner i forbindelse med udskrivningen af plejekrævende patienter.

7.4 Effektivitet og kvalitetssikring

Det Ethiske Råd mener, at der i videst muligt omfang bør skabes klarhed om, hvilke af de behandlinger og undersøgelsesformer der anvendes på sygehusene i dag, som faktisk har en positiv effekt, og hvilke andre der måtte være uden nævneværdig effekt, evt. være direkte skadelige: Der bør på denne måde tilstræbes sikkerhed for, at ressourcerne anvendes nyttigt. Af samme grund bør der ligeledes i videst muligt omfang sikres dokumentation for effektiviteten af nye behandlings- eller diagnosticeringsformer, inden disse indføres.

Spørgsmålet om behandlingernes effektivitet er relevant af flere årsager. Dels fordi man, hvis man kan identificere uvirksomme behandlinger, kan tilvejebringe ressourcer ved at standse sådanne behandlinger. Dels fordi spørgsmålet om behandlingernes effektivitet kan indgå som et prioriteringskriterium i beslutningsprocessen om anvendelsen af sundhedsvæsenets ressourcer. Herunder i spørgsmålet om, hvorvidt man bør indføre en ny behandling til erstatning for en, der allerede anvendes.

Det Ethiske Råd mener på den baggrund, at der bør gøres en indsats for at styrke den kliniske interventionsforskning, dvs. den forskning der tager sigte på at undersøge effekten af forskellige typer af indgreb. Desuden bør man mere generelt styrke medicinsk teknologivurdering i den brede betydning, der er beskrevet i kapitel 3. I vurderingen af, hvilke projekter der bør støttes, bør der endvidere ikke blot stilles videnskabelige krav, men tillige krav om samfundsmæssig relevans.

Der bør desuden lægges stor vægt på at styrke forskellige bestræbelser på at sikre, at resultaterne af den kliniske forskning og af medicinske teknologivurderingsprojekter kommer ud i sundhedsvæsenet. Dvs. ud på sygehusafdelingerne og hos de praktiserende læger hvor de skal indgå i beslutningsgrundlaget omkring behandlingen af patienterne.

Dette må ses som et led i et bredere arbejde med kvalitetssikring af ydelserne i forskellige dele af sundhedsvæsenet. I den forbindelse er det desuden af den største betydning, at man så vidt muligt inddrager brugernes oplevelser og erfaringer med de forskellige ydelser i fastsættelsen af konkrete kvalitetsmål. Der er næppe tvivl om, at man ved at inddrage brugerperspektivet kan opnå rationaliseringer og forbedringer af kvaliteten, som ellers ikke havde været mulige.

7.5 Prioriteringsmodeller og patientrettigheder

Det Ethiske Råd mener, at man fra politisk side bør afstå fra at søge at få udarbejdet en dansk prioriteringsmodel efter norsk, hollandsk eller svensk forbillede. Erfaringerne fra disse lande peger på, at modeller af denne type er af ret begrænset værdi i det daglige arbejde med at prioritere i sundhedsvæsenet, fordi de er formuleret på et meget overordnet niveau (se kap. 3).

Med hensyn til spørgsmålet om, hvorvidt der bør formuleres et sæt lovbestemte patientrettigheder, mener Det Ethiske Råd, at det vil være uhensigtsmæssigt at indføre materielle patientrettigheder i form af ventetidsgaranti eller andre former for retskrav på bestemte behandlinger inden for bestemte tidsrum. Rådet er bekymret for, at indførelsen af en sådan type rettigheder vil føre til en skævvridning af sundhedsvæsenet. Ventetidsgaranti kan i sagens natur kun udstedes til veldefinerede behandlinger for bestemte sygdomme. Derfor risikerer man ved at indføre retskrav på dette felt indirekte at nedprioritere behandling af mere almindelige sygdomme.

Rådet er dog samtidig af den opfattelse, at der i loven bør indføres nogle overordnede retningslinier og hensigtserklæringer, der kan angive, hvilke forventninger man som patient kan have til behandling og pleje i sundhedsvæsenet, og som samtidig forpligter stat, amter og kommuner på en række principper. Man kunne her evt. lade sig inspirere af det forslag, som den svenske prioriteringsudredning fremsatte, og som indeholder formuleringer om, at:

- sundhedsvæsenet skal drives ud fra respekt for alle menneskers menneskeværd og med respekt for det enkelte menneskes værdighed,
- de patienter, som på grund af deres sygdom eller lidelse har det største behov for lægelig behandling og pleje, skal have fortrin til sundhedsvæsenets ydelser, og
- en patient, som behandles for en sygdom eller lidelse, som ikke kan helbredes, skal tilbydes omsorg og pleje, som kan højne livskvaliteten og lindre lidelse mv. (se nærmere kapitel 5)

Indholdet skal muligvis være anderledes, men Det Ethiske Råd mener, at det kan have en vis værdi at lovfæste principielle hensigtserklæringer af denne form.

Rådet mener desuden, at patienter, der venter på undersøgelse eller behandling, bør sikres ret til indsigt i forskellige forhold vedrørende ventelisterne. Det handler ikke blot om, at sygehusene skal være forpligtede til f.eks. at offentliggøre ventetiden til forskellige operationer. Det indebærer også, at patienterne skal have information om, hvilke kriterier der anlægges for optagelse på henholdsvis den akutte eller fremskyndede venteliste og den almindelige venteliste. Derudover bør patienterne på et tidligt tidspunkt i forløbet meddeles et indlæggelsestidspunkt og have en ret til forklaring, hvi dette indlæggelsestidspunkt ændres i ventetiden. I de fleste tilfælde bør denne meddelelse tilgå patienten inden for en uge efter at undersøgelsen eller behandlingen er fundet indiceret.

Disse forslag tager alle udgangspunkt i det forhold, at det formentlig er umuligt at undgå ventelister til bestemte undersøgelser og behandlinger i et moderne sundhedsvæsen. En del af de gener, der er forbundet med at skulle vente på behandling, kan imidlertid undgås ved større åbenhed omkring ventelisterne, og ved at patienten kan være tryk ved at blive behandlet inden for den lovede periode (Se kap 5). En sådan åbenhed kunne bl.a. fremmes ved at forpligte amterne til med jævne mellemrum at lave udmeldinger om, på hvilke områder de er ude af stand til at leve op til et servicemål om f.eks. tre måneders ventetid på bestemte behandlinger.

7.6 Prioriteringskriterier

Det Ethiske Råd mener, at der i den overordnede politisk-administrative prioritering af sundhedsvæsenets opgaver må tages udgangspunkt i de mål, der er beskrevet ovenfor, og de delmål, der blev defineret i kapitel 4:

Social og geografisk lighed

Kvalitet

Omkostningseffektivitet

Demokrati og brugerindflydelse

Der må som udgangspunkt lægges stor vægt på en vurdering af patienter og patientgruppers behov for sundhedsydelser, men imødekommelsen af disse behov må ske under hensyntagen til de delmål, der også ønskes opfyldt.

Det betyder bl.a., at man som et led i prioriteringsprocessen på det politisk-administrative niveau jævnligt bør foretage sammenligning af omkostningseffektiviteten ved forskellige anvendelser af de begrænsede ressourcer. Ved hjælp af sundhedsøkonomiske analyser kan der ske en vis belysning af spørgsmålet om, hvordan man i forhold til de anvendte ressourcer opnår den størst mulige helbredsmæssige gevinst - det være sig kurativ effekt eller pleje og omsorg. Dette er et spørgsmål om efficiens eller omkostningseffektivitet i ressourceanvendelsen. Et andet spørgsmål vedrører hensynet til sygdommens alvor, lighed, retfærdighed og andre etiske hensyn i fordelingen af ressourcer mellem grupper af patienter. Disse hensyn kan naturligvis ikke bringes på en enkel formel.

I situationer, hvor man skal sammenligne forskellige muligheder for ressourceanvendelse, vil det jævnligt være rigtigt at tage udgangspunkt i en sammenligning af omkostningseffektiviteten. Men man bør altid være åben over for, at en afgørelse, der afviger fra dén, som sammenligningen af omkostningseffektiviteten måtte begrunde, kan tilsiges af andre etiske principper f.eks. sygdommens alvorlighed, lighedssynspunkter mv. (Kap 3 & 4). Spørgsmålet om omkostningseffektivitet må aldrig blive afgørende for, hvilke prioriteringsbeslutninger der træffes. Disse må i stedet baseres på en samlet vurdering, som inddrager flere forskellige forhold.

Det Ethiske Råd mener, at man må afvise forsøg på at løse prioriteringsproblemerne ved, på baggrund af en bestemt definition af hvad der udgør sygdom, og hvad der ikke gør, at udpege enkelte mindre områder eller lidelser, som man ikke længere vil behandle for i det offentligt finansierede sundhedsvæsen. Rådet mener ikke, at målsætningen for sundhedsvæsenet kan indsnævres til behandling af sygdomme; barnefødsler, der indlysende er en del af sundhedsvæsenets område, kan f.eks. dårligt betegnes som en sygdomsbehandling. Derti kommer, at det næppe er muligt at nå frem til et nogenlunde præcist begreb om sygdom, som alle kan blive enige om og vil være villige til at tilslutte sig som grundlag for afgrænsning af sundhedsvæsenets opgaver.

Det Ethiske Råd mener tillige, man bør afvise tanker om at basere prioriteringsbeslutninger på forhold som patienternes alder, lidelsens grad af selvforskyldthed eller patientens sociale status, f.eks. spørgsmålet om patienten er i arbejde eller ej. På det politiske og administrative niveau må denne type forhold under ingen omstændigheder medtages i prioriteringsovervejelserne. Det Ethiske Råd tager her udgangspunkt i den betragtning, at alle mennesker har lige ret til at modtage behandling i det offentligt finansierede sundhedsvæsen. Det er et meget væsentligt princip, som rådet er meget betænkelig ved at afvige fra.

På det kliniske niveau mener Det Ethiske Råd som udgangspunkt, at der i prioriteringen af de konkrete opgaver bør lægges vægt på behovet for sundhedsydelser, sådan som dette er beskrevet i kapitel 4:

Sygdommens alvor, dvs. sundhedsmæssigt udgangspunkt og prognose. Er tilstanden livstruende (dødsrisiko, forventeligt dødstidspunkt)? Har patienten et højt smerteniveau (nu og i udviklingsforløbet)? Er der risiko for, at patientens funktionsniveau hæmmes (nu og i udviklingsforløbet)?

Tidsmæssig nødvendighed. Hvor akut er lidelsen? Hvor vigtigt er det, at der gribes ind med det samme?

Mulig sundhedsmæssig gevinst. (effektivitet). Giver behandlingen mulighed for livsforlængelse, fjernelse eller reduktion af smerter eller funktionsøgning? I alle tre situationer skal der lægges vægt på både det mulige resultat og på, hvor stor sandsynligheden for resultatet er.

Forhold som patientens alder, lidelsens grad af selvforskyldthed eller patientens sociale status kan ikke inddrages som generelle prioriteringskriterier på det kliniske niveau. I de tilfælde hvor det ikke handler om den overordnede fordeling af ressourcer mellem forskellige patientgrupper, men hvor det handler

om at forvalte forhåndenværende begrænsede ressourcer, f.eks. organer til transplantation eller sengepladser på en intensiv afdeling, kan man dog ikke se bort fra, at det kan være nødvendigt at inddrage sådanne forhold. Her må det imidlertid efter Det Ethiske Råds mening gælde, at alder kun kan inddrages, hvis alderen har betydning for muligheden for at opnå et godt behandlingsresultat. Ligeledes må det gælde, at spørgsmålet om livsstil og det, der med et noget udefinerbart begreb kaldes selvforskyldthed, kun kan inddrages, hvis patientens livsstil og vaner har betydning for muligheden for at opnå et godt behandlingsresultat. Endelig kan spørgsmålet om, hvorvidt det forhold, at patienten f.eks. er eller ikke er i arbejde, kun inddrages i afgørelsen som et led i en samlet vurdering af, hvilke sociale sidevirkninger det vil have for patienten, hvis vedkommende ikke behandles med det samme.

7.7 Særligt udsatte grupper

Det Ethiske Råd mener som nævnt ved siden af diskussionen om, hvilke principper og kriterier der kan opstilles for prioritering i sundhedsvæsenet, at man må se på, om der er grupper af patienter, som aktuelt får et helt utilstrækkeligt behandlingstilbud.

I den forbindelse ønsker rådet at pege på, at der findes grupper af patienter, som forekommer at være svage i flere af ordets mulige betydninger. De er svage i den betydning, at de er ramt af en alvorlig og stærkt invaliderende lidelse. Og samtidig svage i den betydning, at de har svært ved at gøre sig gældende i den offentlige debat og i forhold til den politiske beslutningsproces om, hvordan ressourcerne skal anvendes i sundhedsvæsenet, bl.a. fordi der ikke eksisterer store, økonomisk stærke patientforeninger, der varetager deres interesser. Derudover kan det forhold, at der ikke er stor lægefaglig prestige forbundet med behandlingen af disse patienter medvirke til, at disse grupper af og til glemmes, når de samlede ressourcer skal fordeles.

Som eksempler på sådanne grupper kan nævnes:

- de alvorligt og uhelbredeligt syge og døende, og
- de sindslidende

Det er rådets indtryk, at disse grupper af patienter i dag nogle steder bydes forhold, der ikke er tidssvarende.

Alvorligt og uhelbredeligt syge og døende modtager nogle steder utilstrækkelig pleje og opholder sig på institutioner med ringe faciliteter. Det Ethiske Råd mener, at det må sikres, at folk ikke kommer til at dø i ensomhed uden menneskelig kontakt på eksempelvis en sygehusafdeling, hvor personalet er travlt optaget af mange andre gøremål end at give et døende menneske tiltrængt omsorg og kontakt (Jvf. Det Ethiske Råds redegørelse *Dødshjælp?*, 1996).

Det er ligeledes vigtigt at sikre de sindslidende gode behandlingsfaciliteter og en bred vifte af sociale tilbud både inden for de psykiatriske institutioner og uden for i tilknytningen til det distriktspsykiatriske system. Man har her med hjælpeløse og ofte stærkt forpinte mennesker at gøre, og det må undgås, at man havner i situationer, hvor man kun har mulighed for at tilbyde indlæggelse på forældede institutioner, eller at overlade dem til ensomhed på gaden eller gemt bort under vilkår, som de har svært ved at klare sig i.

Rådet vil derfor anbefale, at der ved prioritering i sundhedsvæsenet fremover lægges særlig vægt på at forbedre vilkårene, behandlingen og plejen af sådanne grupper af patienter.

Litteratur

Aftale mellem Regering og Amtrådsforeningen af 10. juni 1994.

Alban, Anita m.fl. 1989. *Prioritering i sundhedsvæsenet. Samfundsøkonomisk analyse af hjerte- og levertransplantationer - en kommenteret oversigt*. Dansk Sygehus Institut. DSI Rapport 89.07.

Amtrådsforeningen. 1994. *Sygehusdrift og overenskomster. Myter og realiteter om overenskomster og*

- aftaler på sygehusområdet. København: Amtrådsforeningen i Danmark.
- Andersen, Christian. 1995. Den ømtålelige diskussion. Interview med dr. med. Mogens Krogh Jensen. *Ugeskrift for Læger*. Vol. 157, no. 14.
- Andersen, D. 1990. Faglig etik ind i debat om prioritering. *Journal* nr. 2 maj 1990: 8-9.
- Bartels, Paul D. 1996. Den konkrete anvendelighed af prioriteringsmodeller. *Proceedings fra debatdag om prioritering i sundhedsvæsenet torsdag d. 22. februar 1996*. København: Det Ethiske Råd og Amtrådsforeningen i Danmark.
- Bjerregaard, P. og Juel, K. 1993. *Middelleveetid og dødelighed. En analyse af dødeligheden i Danmark og nogle europæiske lande 1950-1990*. København: Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi.
- Bjørnsson, Kirsten. 1991. Når prisen er for høj. *Sygeplejersken* nr. 7.
- Borst-Eilers, E. 1993. Assessing hospital technology in the Netherlands. Editorial, *British Medical Journal* volume 306, 226
- Christensen, Bent. 1994. *Notat af 5. oktober 1994 vedrørende prioritering i sundhedsvæsenet i Ribe Amt*. Ribe Amt.
- Danmarks Statistiks Befolkningsprognose for Danmark 1994-2030.
- Danneskiold-Samsøe, Bent. 1991. Technology Assessment activities in Denmark. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 7:1, 76-83.
- Dansk Sygehus Institut. 1994. *Arbejdstilrettelæggelse på sygehusene. En interviewundersøgelse*. København: Dansk Sygehus Institut.
- Det Ethiske Råd & Amtrådsforeningen i Danmark. 1993. *Etik og medicinsk prioritering. En konferencerapport*. København: Det Ethiske Råd.
- Det Ethiske Råd. 1995. *Prioritering inden for sundhedsvæsenet*. København: Det Ethiske Råd.
- Det Ethiske Råd og Amtrådsforeningen i Danmark. 1996. *Prioritering i sundhedsvæsenet. Proceedings fra debatdag torsdag den 22. februar 1996*.
- Devantier, Jeanne. 1996. Indlæg ved personalemøde om prioritering afholdt på Centralsygehuset i Hillerød 12. marts 1996.
- Dupuis, Helen. 1995. *Choices in Health Care - the dutch decision*. Indlæg ved Ringkjøbing Amts konference om prioritering i sundhedsvæsenet 27. sept. 1995.
- Eriksen, Henrik & Ulrichsen, Helle. 1991. *Tre kulturer i hospitalssektoren. Sygepleje-, administrations- og lægesøjle*. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Fink, Mette. 1996. Den konkrete anvendelighed af prioriteringsmodeller. *Proceedings fra debatdag om prioritering i sundhedsvæsenet torsdag d. 22. februar 1996*. København: Det Ethiske Råd og Amtrådsforeningen i Danmark.
- Flex, K. 1990. *Prioritering og etik i sundhedsvæsenet. Et arbejdspapir*. København: Det Ethiske Råd.
- Forskningsministeriet 1994. *Info-samfundet år 2000. Rapport fra udvalget om Informationsamfundet år 2000*.
- Forskningsministeriet. 1995. *Forslag til en national strategi for sundhedsvidenskab*. Det nationale strategiuvalg for sundhedsvidenskab NASTRA. Betænkning nr. 1284.
- FynGruppen. 1989. *Udspil - om prioritering i sundhedssektoren*. Fyns Amt.
- Goodman, Clifford. 1992. It s time to rethink health care technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 8:2, 335-358.
- Government Committee on Choices in Health Care. 1992. *Choices in Health Care*. The Netherlands: Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs.
- Gulbrandsen, Ingvild. 1994. *Garanteret behandling? Evaluering av ordningen med prioritering av pasienter*. Utredningsrapport nr. U 3-1994.
- Gøtzsche, Peter C. 1996. *Det sundhedsvidenskabelige grundlag for medicinsk teknologivurdering*. København: Det Ethiske Råd.
- Hermerén, Göran. 1996. Efter prioriteringsutredningen. Svenska erfarenheter. *Proceedings fra debatdag om prioritering i sundhedsvæsenet torsdag d. 22. februar 1996*. København: Det Ethiske Råd og Amtrådsforeningen i Danmark.
- Holtug, N. & Kappel, K. (red.) 1993. *Anvendt etik*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Hope, Tony. 1995. Editorial: Evidence based medicine and ethics. *Journal of medical ethics*, 21: 259-260.
- Husted, Jørgen. 1996. Fra medicinsk prioritering til etisk prioritering. I Juul Jensen m.fl. (red.) *Forskelle og forandring - bidrag til humanistisk sundhedsforskning*. Århus: Philosophia.
- Juul Jensen, Uffe. 1996a. Sundhed og retfærdighed - har vi et værdigrundlag for prioritering i sundhedssystemet. I Juul Jensen m.fl. (red.) *Forskelle og forandring - bidrag til humanistisk*

- sundhedsforskning*. Århus: Philosophia.
- Juul Jensen, Uffe. 1996b. Velfærdsstatens krise. I Juul Jensen m.fl. (red.) *Forskelle og forandring - bidrag til humanistisk sundhedsforskning*. Århus: Philosophia.
- Jungersen, Dort. 1995. Uenighed om patientrettigheder. I *Ugeskrift for Læger* 157/24: 3509-3512.
- Jørgensen, Torben & Danneskiold-Samsøe, Bent. 1986. *Medicinsk Teknologivurdering - hvordan?* Dansk Sygehus Institut. DSI-Rapport 86.02
- Jørgensen, Torben & Danneskiold-Samsøe, Bent. 1995. *Investeringer i sygehusenes medicinske udstyr*. DSI Rapport 95.05. København: Dansk Sygehus Institut.
- Kamper-Jørgensen, Finn. 1989. Medicinsk teknologivurdering. *Månedsskrift for praktisk lægegerning*. December: 957-976
- Kamper-Jørgensen, Finn. 1996. Vigtige faktorer der påvirker fremtidens sygehusvæsen. Kamper-Jørgensen (red) *Sygehusvæsenet mod år 2000*. København: DIKE og Nordisk Samarbejdsgruppe for Helsetjenesteforskning.
- Kappel, K. 1992. *Etiske principper for prioritering i sundhedsvæsenet*. (upubliceret).
- Kinnerup, Lars & Lehmann Knudsen, Janne. 1996. Organisation og styring af det danske sundhedsvæsen. Kamper-Jørgensen (red) *Sygehusvæsenet mod år 2000*. København: DIKE og Nordisk Samarbejdsgruppe for Helsetjenesteforskning.
- Krogh Jensen, Mogens. 1995. Indlæg ved møde i Dansk Selskab for Medicinsk Prioritering.
- Launsø, Laila og Brendstrup, Eva. 1994. *Forskning i alternativ behandling i Danmark - et litteraturstudie*. Sundhedsstyrelsens Råd vedrørende alternativ behandling.
- Madsen, Mette. 1995. Store forskelle i kirurgisk operationsfrekvenser i det enkelte land og imellem de nordiske lande. Kamper-Jørgensen (red) *Sygehusvæsenet mod år 2000*. København: DIKE og Nordisk Samarbejdsgruppe for Helsetjenesteforskning.
- Mooney, Gavin. 1994. *Key Issues in Health Economics* New York: Harvester/Wheatsheaf.
- Mooney, Gavin & McGuire Alistair. 1988. Economics and medical ethics in health care: an economic viewpoint. In Mooney & McGuire (ed) *Medical ethics and economics in health care*. Oxford: Oxford University Press.
- Møller Pedersen, Kjeld. 1984. Kan der sættes en pengeværdi på liv og lemmer? Festforelæsning holdt ved Odense Universitets årsfest d. 28. september 1984. *Nyt fra Odense Universitet*. Særnummer.
- Møller Pedersen, Kjeld. 1990. Prioritering: Proces, hjælpemidler og aktører. *Ugeskrift for Læger* 152/42: 3113-3119.
- Møller Pedersen m.fl. 1995. *Et bedre sundhedsvæsen - men hvordan?* København: Lægeforeningens Forlag.
- Nordkov Nielsen, Lars & Rasmussen, Nell. 1991. *Privathospitaler - Offentlige hospitaler. En sammenligning af nogle retlige forhold*. København: Det Etske Råd.
- Norges Offentlige Utredninger (NOU) 1987:23. *Retningslinier for prioritering innen norsk helsetjeneste*. (Lønning-udvalgets rapport). Oslo: Universitetsforlaget A/S.
- Norges Offentlige Utredninger (NOU) 1992:8. *Lov om pasientrettigheder*. Oslo: Statens Forvaltningstjeneste, Seksjon Statens Trykning.
- Norheim, Ole Frithjof. 1993. *Etikk og prioritering i helsetjenesten. Rapport utarbeidet på oppdrag fra sosialdepartementet*. Oslo: Senter for medisinsk etikk.
- Norheim, Ole Frithjof. 1996. Prioritering i helsetjenesten. Erfaringer fra Norge. I *Proceedings fra debatdag om prioritering i sundhedsvæsenet torsdag d. 22. februar 1996*. København: Det Etske Råd og Amtsrådsforeningen i Danmark.
- Orebo Hansen, Peter. 1996. Erfaringer fra prioritering på amtsplan. *Proceedings fra debatdag om prioritering i sundhedsvæsenet torsdag d. 22. februar 1996*. København: Det Etske Råd og Amtsrådsforeningen i Danmark.
- Overø, Knud. 1989. Alternative behandlingsformer - oplevelse og virkning. I *Krop og Sjæl*. Århus: Moesgaards Forlag.
- Petersen, Jørn Henrik (red). 1995. *Tilvalg og fravalg - Om prioritering i sundhedssektoren*. Odense: Odense Universitetsforlag.
- Poulsen m.fl. 1995. *Fremtidens medicinske metoder - tidlig opmærksomhed og vurdering*. København: Sundhedsstyrelsens Udvalg for Medicinsk Teknologivurdering.
- Sandøe, P. (red.). 1992. *Livskvalitet og etisk prioritering*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Stortings meldinger nr. 50 (1993-94). *Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*. Oslo: Sosial- og hlsedepartementet.

STAKES National Research and Development Centre for Welfare and Health. 1995. *From Values to Choices. Report of the working group on health care prioritisation.*

Statens Offentliga Utredningar (SOU) 1995:5. *Vårdens svåra val. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen.* Stockholm: Socialdepartementet.

Stapnes, Ann Kristin. 1995. *Indlæg ved Ringskjøbing Amts prioriteringskonference i Herning 27.september 1995.*

Sundhedsministeriet 1994. *Regeringens redegørelse til Folketinget om forebyggelse den 27. april 1994.*

Sundhedsstyrelsen. 1992. *Kvalitetsudvikling. Hvorfor og hvordan.*

Sundhedsstyrelsen. 1993. *National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet.*

Sundhedsstyrelsen. 1994. *Medicinsk Teknologivurdering. Hvad er det?*

Sundhedsstyrelsens Udvalg for Medicinsk Teknologivurdering. 1996. *National strategi for Medicinsk Teknologivurdering.*

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. 1995. *Årsberetning 1994/95.* København: Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Sygesikringens Forhandlingsudvalg. 1996. Tal fra statistik over danskernes brug af almen lægehjælp.

ten Have, Henk A.M.J. 1995. Medical Technology Assessment and Ethics. Ambivalent Relations. *Hastings Center Report.* September-October: 13-19

Tiedemann, Erling. 1989. Medicinsk prioritering - politisk belyst. *Medicinsk årbog.*

Valgård, Signild & Krasnik, Allen. 1995. *Sundhedstjeneste. Sundhedspolitik. En introduktion.* København: Munksgaard.

Williams, Alan. 1974. Need as a demand concept (with special reference to health). I A.J. Culyer (red) *Economic Problems and Social Goals.* London: Martin Robertson.

Århus Amt. 1996. *Økonomisk Styring i Sygehusvæsenet. Overvejelser i Århus Amt.*