

*Etik og prioritering
i sundhedsvæsenet
– hvorfor det er så svært*



*Etik og prioritering
i sundhedsvæsenet
– hvorfor det er så svært*

**Etik og prioritering i sundhedsvæsenet
– hvorfor det er så svært**

© Det Etske Råd 2013

ISBN: 87-91112-42-7

Udgivet af Det Etske Råd 2013

Grafisk tilrettelægning: Oktan, Peter Waldorph

Foto: iStockphoto

Publikationen kan downloades

på Det Etske Råds webside

www.etiskraad.dk

Indhold

Indledning / 7

Prioriteringsprocessen

Indledning om prioriteringsprocessen / 13

Prioriteringer i Sundhedsvæsenet / 17

Af Carl Holst, regionsrådsformand for Region Syddanmark og næstformand for Danske Regioner

Makroprioritering set med landspolitikerens øjne / 23

Af Sophie Hæstorp Andersen, MF og sundhedsordfører for Socialdemokratiet

Prioritering set med lægers øjne / 29

Af Mads Koch Hansen, formand for Lægeforeningen

Effektivisering før prioritering / 35

Af Lars Engberg, formand for Danske Patienter

Samtale mellem Lene Kattrup og Mickey Gjerris om prioriteringsprocessen / 43

Dyr medicin

Indledning om dyr medicin / 47

Prioritering, dyr medicin og sundhedsvæsenets konkurrerende værdier / 51

Af Keld Thorgård, lektor, ph.d., Center for Humanistisk Sundhedsforskning (SMK), Institut for Kultur og Samfund/Filosofi, Aarhus Universitet.

Etiske dilemmaer set med lægens øjne / 59

Af Ole Mogensen, dr.med., professor og overlæge ved Odense Universitetshospital

At afstå fra meningsløs behandling / 65

Af Henning Nabe-Nielsen, hospitalspræst på Rigshospitalet

Samtale mellem Ester Larsen og Jacob Birkler om dyr medicin / 73

Brugerbetaling

Indledning om brugerbetaling / 77

Et stk. konsultation – så gerne / 81

Af Michael Dupont, praktiserende læge

Brugerbetaling i almen praksis: Hvad vil der ske, hvis vi indfører brugerbetaling for besøg hos den praktiserende læge? / 87

Af Troels Kristensen, adjunkt, cand.oecon., ph.d.,

Line Bjørnskov Pedersen, adjunkt, cand. oecon., ph.d.,

Kim Rose Olsen, adjunkt, cand. polit., ph.d.,

- alle fra Forskningsenheden for Almen Praksis og Center for Sundhedsøkonomisk Forskning (COHERE), Syddansk Universitet

Diskussion om brugerbetaling for assisteret befrugtning / 97

Lone Schmidt, lektor, dr.med., ph.d., Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

Søren Ziebe, klinikchef, dr.med., Fertilitetsklinikken, Juliane Marie Centeret, Rigshospitalet

Brugerbetaling – en god ide? Nogle etiske overvejelser / 105

Af Thomas Søbirk Petersen, ph.d., lektor,

Frej Klem Thomsen, ph.d., forskningsadjunkt,

- begge Institut for Kultur og Identitet, Roskilde Universitet

Samtale mellem Gunna Christiansen og Lillian Bondo om brugerbetaling / 113

Livsstilssygdomme

Indledning om livsstilssygdomme / 117

Om begreberne sundhed og forebyggelse / 121

Af Knud Jacobsen, praktiserende læge

Personligt ansvar for helbred / 127

Af Morten Ebbe Juul Nielsen, ph.d., lektor i filosofi, Institut for Fødevarer- og Ressourceøkonomi, Københavns Universitet

Refleksioner over sundhed og etik / 133

Af Bente Klarlund Pedersen, professor, overlæge dr. med., Rigshospitalet og Københavns Universitet

Prioritering som disciplinering: To fluer med ét smæk?

- eller en svækkelse af det offentlige sundhedsvæsens fundament? / 143

Af Gitte Meyer, journalist, ph.d. og lektor ved Aalborg Universitets Institut for Læring og Filosofi

Samtale mellem Edith Mark og Søren Peter Hansen om livsstilssygdomme / 149

Baggrundspapir

Den fremtidige udvikling i sundhedsudgifterne

– behov for samfundsmæssige og etiske valg / 153

Af Hans Jørgen Whitta-Jacobsen, Formand for De Økonomiske Råd og professor ved Økonomisk Institut på Københavns Universitet, Niels Henning Bjørn, kontorchef

Indledning



Det er ikke let at få overblik over, hvordan ressourcerne prioriteres i det danske sundhedsvæsen. Ganske vist er det ikke så svært at få øje på de tiltag og behandlinger, der opprioriteres. Det gælder blandt andet de forskellige behandlingsgarantier og de områder, der får særlig bevågenhed, fx behandling af kræft.

Helt anderledes forholder det sig med de ydelser, der vælges fra. Det kan man godt undre sig over. For hvis nogle ydelser opprioriteres, må noget andet nødvendigvis nedprioriteres, hvis ikke udgifterne bare skal stige og stige. Nogle af ressourcerne kan måske hentes ind igen gennem effektiviseringer eller ved at tilføre penge fra andre sektorer. Men det forekommer ikke realistisk, at den slags tiltag kan løse hele problemet. Så nedprioriteringer må antages at være næsten lige så almindelige som opprioriteringer. Alligevel er det ikke let at finde ud af, hvad det egentlig er, der nedprioriteres i sundhedsvæsenet. Er omsorgen for patienten fx nedprioriteret på sygehusene til fordel for den rent sundhedsfaglige eller medicinske behandlingsindsats? Det er svært at blive klog på, og det er der delte meninger om. Det er næppe helt tilfældigt. For når det drejer sig om nedprioriteringer, er der sjældent nogen, der gør opmærksom på, at det er *dem*, der har truffet beslutningen om at spare. Derfor er det også svært at få indblik i, hvad begrundelsen for at nedprioritere et område egentlig er.

Nedprioriteringer kommer let til at virke som noget, der bare kommer snigende af sig selv, uden at nogen har truffet beslutninger om dem. Men sådan er det ikke i realiteten. Også nedprioriteringer er et resultat af beslutninger, selv om der måske er tale om mere komplekse beslutningsforløb end i forbindelse med opprioriteringer.

Sundhedsvæsenet er en af grundpillerne i det danske velfærdssamfund. Det sikrer, at alle borgere i landet uafhængigt af indtægt og velstand har adgang til en række basale sundhedsydelser, der kan være af helt afgørende betydning for den enkeltes overlevelse, livskvalitet og sundhed. Sundhedsvæsenet er også en af de helt store poster rent økonomisk. I 2008 udgjorde de offentligt betalte sundhedsudgifter i Danmark fx således 125 mia. kr.¹ Udgiften kan sammenholdes med, at BNP i 2008 udgjorde ca. 1753 mia. kr.²

Netop fordi sundhedsvæsenet har denne centrale betydning i samfundet – både for den enkeltes sundhed og for den samlede økonomi – skaber det problemer, hvis det er meget svært at få et samlet overblik over, hvordan der prioriteres i sundhedsvæsenet og med hvilke begrundelser. I et demokrati bør der være mulighed for at debattere, om der prioriteres på den rigtige måde og ud fra værdier, som borgerne i det store og hele kan gå ind for. Og det bør være muligt for den enkelte borger at stemme på en politiker, som borgeren deler holdninger med - også når det angår prioriteringerne i sundhedsvæsenet.

1 Se artiklen af Hans Jørgen Whitta-Jacobsen og Niels Henning Bjørn her i antologien.

2 Målt i løbende priser, se: <http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/SelectVarVal/saveselections.aspx>

Men ingen af delene er mulige, hvis en stor del af prioriteringerne er uigennemskuelige. Også for den enkelte patient kan den manglende synlighed være et problem. Det er frustrerende, hvis man ikke kan placere ansvaret nogen steder, når man føler sig forbigået i forhold til en behandling eller en undersøgelse, som man selv synes ville have været gavnlige i forbindelse med et sygdomsforløb. Det kan skabe en fornemmelse af magtesløshed, at man ikke har noget sted at gå hen med sit spørgsmål om, hvorfor lige netop denne ydelse ikke er tilgængelig.

Intet tyder på, at det bliver mindre nødvendigt at prioritere i fremtidens sundhedsvæsen. Tværtimod peger fremskrivninger i modsat retning, blandt andet på grund af en ændret alderssammensætning i befolkningen.³ Af den grund finder Det Ethiske Råd, at det er påtrængende at skabe debat om to helt fundamentale temaer.

Det første tema er, hvordan prioriteringsprocessen faktisk fungerer, og hvordan det kan gøres mere synligt, hvordan de konkrete prioriteringer kommer i stand. Skaber man ikke en sådan synlighed, kan prioriteringsdebatten meget let komme til at svæve frit i luften uden at være forankret i den virkelighed, hvor prioriteringerne bliver til. Nogle gange er det et problem præcist at udpege den eller de aktører, der har truffet beslutningen om en bestemt prioritering. I stedet kan prioriteringerne være et resultat af komplicerede samspil mellem forskellige aktører, der er nødt til gensidigt at indrette sig efter hinandens indspil i prioriteringsprocessen. Det er blandt andet derfor, at det er så uklart, hvad der egentlig foregår. Det er ikke let at ændre noget, man ikke kan gennemskue. Skal noget ændres, er det nødvendigt at forstå, hvem der træffer beslutninger om hvad og på hvilket grundlag. Og ikke mindst er det nødvendigt at forstå de processer og dynamikker, der fører frem til prioriteringerne.

Antologien her består af fire blokke: prioriteringsprocessen, dyr medicin, brugerbetaling og livsstilssygdomme. Desuden er der til sidst i antologien en artikel om, hvordan udgifterne til sundhedsvæsenet må forventes at udvikle sig i fremtiden.

Den første blok om prioriteringsprocessen sætter netop fokus på, hvordan prioriteringsprocessen fungerer og kan gøres mere synlig. Det Ethiske Råd har bedt fire centrale aktører fra prioriteringsscenen om at beskrive, hvordan processen tager sig ud set fra netop deres perspektiv. De fire aktører er Carl Holst, regionsrådsformand, Sophie Hæstorp Andersen, folketingspolitiker, Mads Koch Hansen, formand for Lægeforeningen og Lars Engberg, formand for Danske Patienter. Det er der kommet nogle meget oplysende og fremadrettede artikler ud af. Oplysende, fordi de giver et indblik i, hvor kompleks og sammenvævet prioriteringsprocessen faktisk er. Og fremadrettet, fordi de giver nogle bud på, hvad der allerede fungerer godt i processen, og hvad der kan gøres bedre. Artiklerne om prioriteringsprocessen skal ikke præsenteres nærmere her. De præsenteres i den indledning, Rådet har lavet til blokken om prioriteringsprocessen. Det samme gælder for de øvrige indlæg, der også præsenteres i indledningen til den blok, de hører ind under.

Det andet tema, som Det Ethiske Råd finder det påtrængende at diskutere, er, hvilke værdier prioriteringerne skal træffes på baggrund af. Hvad enten man er opmærksom på det eller ej, er en prioritering altid udtryk for en værdimæssig afvejning. Hvis en sundhedsperson fx vælger at behandle den alvorligt syge patient før den mindre syge, kan det eksempelvis være udtryk for et ønske om at bevare liv eller for en solidaritet med den mest sårbare eller dårligst stillede.

³ Se artiklen af Hans Jørgen Whitta-Jacobsen og Niels Henning Bjørn.

Efter Rådets opfattelse er det af afgørende betydning, at beslutningerne om prioritering træffes ud fra en åbenhed om de involverede værdier og om den afvejning af værdier, der uundgåeligt finder sted. Dette er en nødvendighed både for at få den demokratiske proces til at fungere ordentligt og for skabe mulighed for at træffe etisk forsvarlige beslutninger.

Det er ikke enkelt at formulere de værdier, der ligger til grund for prioriteringerne. Det skyldes ikke, at værdierne er svære at få øje på. Det skyldes snarere, at så mange værdier byder sig til i sundhedsmæssig sammenhæng, at det let bliver alt for overvældende og uoverskueligt: Hensynet til den svage, ønsket om at bevare liv, effektivitet, egenomsorg, empowerment, forebyggelse, ansvarlighed, frihed, omsorg, tryghed, uafhængighed, den samaritanske pligt, dialogen, autonomi, livskvalitet – for nu blot at nævne nogle få. Det vanskelige er ikke at få øje på relevante værdier. Det er at finde ud af, hvilke værdier der vægtes mest i forskellige sammenhænge – og hvorfor.

Det Etske Råd er naturligvis ikke ene om at ønske sig en værdimæssig afklaring i forbindelse med prioritering i sundhedsvæsenet. Det har mange gjort, siden prioriteringsdebatten startede. Men efter Rådets opfattelse er der nogle temaer, som alle har med afvejning af værdier at gøre, der presser sig på netop i denne tid. Det er disse problemstillinger, Rådet har fokus på i de tre sidste blokke i antologien.

Det første tema er dyr medicin. Noget medicin – blandt andet nogle typer af medicin til terminale patienter – er meget dyrt og har kun ringe effekt. Har vi råd til at bruge penge på den slags medicin i en økonomisk trængt situation? Hvis vi ikke har, hvem skal så træffe beslutningen om af økonomiske grunde at undlade at benytte medicinen? Og kan vi overhovedet tillade os at lade være med at behandle, hvis dette forkorter nogle patienters liv og forhindrer nogle få andre patienter i at blive helbredt: Kan man sætte kroner og ører på et menneskeliv? Det Etske Råd har bedt filosof Keld Thorgård, overlæge Ole Mogensen og hospitalspræst Henning Nabe-Nielsen om at skrive om prioritering ud fra disse spørgsmål

Det andet tema er brugerbetaling, der ofte trækkes frem som et middel til både at ansvarliggøre patienterne og forbedre sundhedsvæsenets økonomi. Spørgsmålet om brugerbetaling er yderst komplekst og kan belyses fra mange forskellige vinkler. Fra et etisk perspektiv er nogle af spørgsmålene, på hvilke områder det overhovedet er rimeligt at opkræve brugerbetaling – og om mere brugerbetaling end den eksisterende er forenelig med det solidaritetsprincip, sundhedsvæsenet hviler på? Det er også nødvendigt at forholde sig til, om brugerbetaling overhovedet kan betale sig i det lange løb! Under denne blok er der bidrag fra Michael Dupont, der er praktiserende læge, fra Troels Kristensen, Line Bjørnskov Pedersen og Kim Rose, der har en økonomisk og politologisk tilgang til emnet, fra Lone Schmidt og Søren Ziebe, der trækker på deres erfaringer fra fertilitetsområdet og fra Thomas Søbirk Petersen og Frej Klem Thomsen, der forholder sig til de filosofiske og etiske aspekter af brugerbetaling.

Det tredje tema er livsstilssygdomme, som har en meget stor bevågenhed i vores tid i kraft af den voldsomme fokusering på sundhedsskadelige faktorer som fx overvægt og alkoholindtag. Emnet er samtidig meget relevant i prioriteringsmæssig sammenhæng, fordi det involverer spørgsmål som de følgende: Skal man satse på forebyggelse frem for behandling? Er man selv ansvarlig for sine livsstilsrelaterede sygdomme og dermed mindre berettiget til at modtage gratis behandling? Emnet livsstilssygdomme er imidlertid ikke kun interessant på grund af sin sammenkobling med prioriteringsdebatten. Af den grund har forfatterne under denne blok fået relativt frie hænder til at belyse emnet. I

artiklerne kan man derfor også læse om emner som fx, hvilken BMI det er sundest at have, hvorledes vi stigmatiserer de overvægtige, og hvordan vi taler om dem. Artiklerne under denne blok er skrevet af Knud Jacobsen, praktiserende læge, Morten Ebbe Juul Nielsen, filosof, Bente Klarlund, overlæge, og Gitte Meyer, journalist og lektor.

Efter denne blok er der som afslutning på antologien en artikel af Hans Jørgen Whitta-Jacobsen, formand for De Økonomiske Råd og professor ved Økonomisk Institut på Københavns Universitet, og Niels Henning Bjørn, kontorchef, om den fremtidige udvikling i sundhedsudgifterne. I artiklen redegøres der for, at det forventelige, fremtidige finansieringspres fra udgifterne til sundhedsydelser er så stort og voksende, at det er nødvendigt med samfundsmæssige diskussioner og kritiske prioriteringer. Formålet med antologien her er netop at bidrage til denne nødvendige og påtrængende diskussion.

Arbejdet med at planlægge såvel udgivelsen af denne antologi som en debatdag om prioritering, der blev afholdt på Vejle Sygehus samtidig med udgivelsen af antologien, er blevet varetaget af en arbejdsgruppe bestående af medlemmer af Det Ethiske Råd. Gruppen bestod af Jacob Birkler, Lillian Bondo, Gunna Christiansen, Mickey Gjerris (formand for arbejdsgruppen), Søren Peter Hansen, Lene Katstrup, Ester Larsen og Edith Mark. Henrik Kjeldgaard Jørgensen fra Rådets sekretariat var tilknyttet gruppen som projektleder.

Medlemmerne af arbejdsgruppen har parvist haft diskussioner om et af de fire temaer i antologiens blokke. Diskussionerne er efterfølgende og i komprimeret form blevet udskrevet som tekst og indgår i antologien under de respektive blokke. Dele af samtalerne kan desuden ses på Rådets hjemmeside www.etiskraad.dk, hvor også yderligere materiale om prioritering er tilgængeligt.

På grund af nedskæringer har det ikke været muligt at udgive antologien i en trykt version. I stedet er den tilgængelig i en udskriftsvenlig version på Rådets hjemmeside.



PRIORITEERINGEN PROCESSEN



Indledning om prioriteringsprocessen



Det Etiske Råd har som udgangspunkt, at der bør være synlige, etiske værdier bygget ind i prioriteringsprocessen i sundhedsvæsenet. Beslutningerne om prioritering træffes i et demokrati og er af væsentlig samfundsmæssig og menneskelig betydning. Derfor kan man stille den samme type af krav til beslutningsprocesserne om prioritering, som vi mere generelt stiller til demokratiske beslutninger.

Et af disse krav er legitimitet. Det er en sag at diskutere, om en bestemt prioritering etisk set er rimelig. Men det er noget andet at tage stilling til, om prioriteringsprocessen etisk set er legitim eller illegitim. Hvis processen er gennemsigtig og klart hviler på beslutninger og lovgivning, som er gennemført af en folkevalgt forsamling, så er det svært at afvise dens demokratiske legitimitet. Med henvisning til et aktuelt eksempel kan man således godt mene, at der bør være brugerbetaling for kunstig befrugtning i det offentlige sundhedsvæsen og alligevel anse det for legitimt, at der ikke er det. Det er nemlig konsekvensen af en beslutning truffet af et flertal i Folketinget. Man er med andre ord nødt til at skelne mellem de konkrete beslutninger om at prioritere og prioriteringsprocessen som sådan.

Tæt knyttet til kravet om legitimitet er et krav om åbenhed eller gennemsigtighed. Det indebærer, at man som borger skal kunne følge og forstå vejen til de beslutninger, der bliver truffet. Det skal være muligt at gå beslutningerne efter i sømmene og forholde sig til, om man er enig i begrundelserne for dem.

Det kan diskuteres, om man også kan stille krav om, at borgere og andre interessenter skal inddrages i processen, samt at beslutningerne træffes så tæt på de berørte borgere som muligt. Ligeledes kan man måske også stille en række krav af mere indholdsmæssig karakter. Det kan fx være krav om, at beslutningerne skal være fagligt forsvarlige, retfærdige og i overensstemmelse med et princip om, at borgerne skal behandles lige.

De forskellige krav vil i nogle tilfælde komme i konflikt med hinanden, så det kan være nødvendigt at veje dem op mod hinanden. Fx kan lighedsprincippet i nogle tilfælde være uforeneligt med kravet om, at beslutningerne træffes tæt på borgerne. Dette kan illustreres med, at borgerne i de forskellige regioner ikke nødvendigvis har samme muligheder på sundhedsområdet, da de enkelte regioner selv træffer beslutninger om en række prioriteringer.

De fire artikler i denne blok giver et indtryk af, hvordan prioriteringsprocessen tager sig ud set fra nogle af de centrale aktørers eget perspektiv. Desuden giver skribenterne deres bud på, hvilke muligheder der i forskellige henseender er for at forbedre processen. Regionsrådsformanden for Region Syddanmark, Carl Holst, beskriver blandt andet, hvordan de landspolitiske beslutninger i nogle tilfælde kan spænde ben for det ønske, man som regionalpolitiker kan have om at tage højde for de specifikke behov, borgerne i

regionen har. Desuden beskriver han nogle af de redskaber, man i Region Syddanmark tager i anvendelse i forsøget på at prioritere på en åben og værdibaseret måde.

Folketingsmedlem og sundhedsordfører for Socialdemokratiet, Sophie Hæstorp Andersen, tegner et billede af, hvor komplekse prioriteringerne i sundhedssektoren er. I et landspolitisk perspektiv er sundhedsområdet blot et blandt mange områder, der konkurrerer om ressourcerne. Samtidig er sundhedsområdet ikke adskilt fra de andre områder, idet en del af ulighederne i sundhed skabes uden for sundhedssektoren. Prioriteringsprocesserne er derfor forbundet med vedvarende sammenstød mellem områder, værdier, ideologier og interesser.

Formanden for lægeforeningen, Mads Koch Hansen, gør opmærksom på, at beslutningerne om at prioritere træffes utroligt mange steder og på mange forskellige måder. Netop derfor er det vigtigt, at der udvikles forskellige redskaber til prioritering og skabes en fælles referenceramme for, hvad prioritering er. En national vidensinstitution ville kunne medvirke til dette arbejde, som også ville kunne hjælpes på vej af, at der opstilles fælles principper eller en kodeks for de beslutninger, der bliver truffet i regi af råd, nævn og udvalg, der ikke er åbne for offentligheden.

Formanden for Danske Patienter, Lars Engberg, har som den eneste den opfattelse, at der ikke er behov for at prioritere. Der er og bør på nuværende tidspunkt være mulighed for at sikre patienterne den bedst mulige behandling. Det har meget store menneskelige konsekvenser ikke at give den bedste behandling, men konsekvenserne på det økonomiske område er også væsentlige, fordi mange patienter holdes ude af arbejdsmarkedet uden optimal behandling. Målet må derfor være at effektivisere i stedet for at prioritere, hvilket blandt andet indebærer at udnytte nogle af de enorme potentialer, der ligger i udviklingen af telemedicinske løsninger, forebyggelse og nedbringelse af fejl på hospitaler og klinikker.

Efter de fire artikler er der en samtale mellem Lene Kattrup, medlem af Det Ethiske Råd, og Mickey Gjerris, medlem af Det Ethiske Råd og formand for arbejdsgruppen om prioritering.

De fire artikler gør det klart, at det er nødvendigt at skelne mellem prioritering og tilgrænsende begreber som effektivisering og rationering. Der findes næppe nogen ukontroversiel eller enkel definition af begreberne, og det kan være svært helt præcist at afgrænse fra hinanden. Men i Det Ethiske Råds optik er det væsentligt at fastholde, at prioriteringer drejer sig om fremtidige muligheder og både rummer et tilvalg og et fravalg i den forstand, at nogle områder favoriseres på bekostning af andre. På den måde adskiller prioritering sig fra effektivisering, hvor man får mere ud af de ressourcer, man i forvejen har til rådighed.

Effektivisering rummer derfor ikke et egentligt fravalg. Endelig kan man tale om rationering, hvis man fx som sundhedsperson skal fordele en sundhedsydelse, som kun findes i begrænset mængde. Eksempelvis kan man tale om rationering i forbindelse med organtransplantation, idet der er organmangel, så ikke alle, der har behov for transplantation, faktisk kan få det. Det afgørende er derfor at finde frem til, hvilke kriterier organerne skal fordeles efter. Ud fra denne definition skal en del af de beslutninger, sundhedspersonerne i den kliniske praksis træffer, karakteriseres som rationering og ikke som prioritering. Men ofte er det bestemte prioriteringsbeslutninger, der gør rationering nødvendig. Hvis politikerne eller sygehusledelsen fx frigav flere ressourcer til indkøb af en bestemt scanner, ville flere patienter kunne henvises til undersøgelse.



PRIORITERINGEN PROCESSEN

”

Det er uhyre centralt, at vi sikrer en knivskarp opdeling imellem, at det er politikerne, som sætter rammen for det sundhedsudbud, der er, og at det er sundhedspersonalet, som indenfor denne ramme udøver deres kliniske gerning.

”

Prioriteringer i Sundhedsvæsenet

Af Carl Holst, regionsrådsformand for Region Syddanmark og næstformand for Danske Regioner

Hvad er prioritering og hvordan er rollefordelingen?

Der vil ikke være og har aldrig været uendelige midler til de muligheder og behov for pleje og behandling, der er inden for sundhedsvæsenet. Så hvad enten vi siger det åbenlyst og drøfter kriterierne for tilvalg og fravalg, eller vi lukker øjnene og afviser at træffe et valg – ja så sker der alligevel en fordeling af sundhedsydelse på den ene eller anden måde.

Kompleksiteten i sundhedsvæsenet er stor og prioriteringerne foregår på flere niveauer:

- Beslutninger som træffes på individniveau, primært af klinikere. Eksempelvis når praksislægen beslutter sig for at henvise/indlægge en bestemt patient. Eller når sygehuslægen vælger at tilbyde en given behandling.
- Prioriteringer rent administrativt, når sygehus- og afdelingsledelser laver et budget. Dette sker dog inden for de regionalt politisk udstukne rammer.
- Prioriteringer ved budgetlægning, som typisk er en politisk opgave. Denne form for politisk prioritering finder sted på centralt niveau og på regionalt niveau.

Udover prioritering via budgetlægning har vi som politikere også andre redskaber til at prioritere fordelingen af sundhedsydelserne. Det kan dog ofte være svært at spore den direkte forbindelse fra de politiske prioriteringer frem til de konkrete sundhedsydelser. Men følgende eksempler kan nævnes, fx hjertepakker, kræftpakker, mammografiscreening osv. Man kan fastsætte bestemte kriterier for en behandlingsmetode, et eksempel herpå er, da regeringen og regionerne i fællesskab lagde op til ændring af kriterierne for fedmeoperationer.

Politikere skal sætte rammen således, at det ikke er op til den enkelte læge at fravælge behandling ud fra et vilkårligt prioriteringshensyn, når han står over for den enkelte patient. Som politiker skal man kunne tage det overordnede ansvar for prioriteringerne på sig.

For politikere er det ikke blot de strengt faglige argumenter, som tæller, men også borgernes oplevelse af, hvad der har værdi i et sundhedsvæsen, bringes ind i overvejelserne.

Ideelt set bør vi som politikere kunne træffe beslutninger om nogle klare prioriteringer på grundlag af tydelige, faglige og værdimæssige vurderinger. Det er den politiske dimension, som bidrager med den værdimæssige afvejning, når der skal prioriteres i sundhedsvæsenet.

Et eksempel herpå er ønsket om tryghed og nærhed, som er et tungtvejende argument, fx når vi taler om den præhospitale indsats.

Det er et udbredt ønske i befolkningen, at der er nærhed ved akut behov for hjælp. Derfor har Regionsrådet i Region Syddanmark valgt at opbygge et nærværende sundhedsberedskab i form af lægebiler, akutbiler og lægehelikoptere. Etableringen af skadestuer og skadepoliklinikker skal også ses som et led i at imødekomme borgernes ønske om tryghed.

Konsekvenser ved prioritering

Ethvert tilvalg af en sundhedsydelse kræver et fravalg af en anden sundhedsydelse, medmindre man har mulighed for at effektivisere systemet. Det er meget vigtigt at være bevidst om dette som politiker i disse år, hvor regionerne bliver mødt med et krav om at behandle flere patienter for de samme penge. Faktisk har Region Syddanmark kontinuerlig henover de seneste år leveret en årlig produktivitetstigning på 2% eller mere, dette jf. økonomiaftalerne mellem regering og regioner. For at opnå disse produktivitet fremgange er der blevet sat fokus på at udføre opgaverne "smartere" – nye arbejdsgange og behandlingsmetoder. Det har med andre ord været muligt at vælge opgaver til uden at vælge fra, men i en situation med reel nulvækst rækker dette ikke alene.

Udfordringen som politiker er at være bevidst om, at tilvalg i form af nye sundhedsydelser kan betyde et diffust sparekrav et andet sted i sundhedsorganisationen.

Fremover skal vi se på, om det vi gør skaber værdi for borgerne/patienterne. Er der behandlinger og undersøgelser, som ikke skaber værdi, skal de vælges fra for at gøre plads for andre aktiviteter, som skaber mest mulig sundhed og livskvalitet.

Der er tilbagevendende sket en prioritering i det danske sundhedsvæsen, når der har været mangel på relevante fagpersoner. Men der har ikke i samme grad været tradition for at nedprioritere behandling, som har ringe effekt. Et eksempel på dette er en lang række af kontroller, som år efter år er gennemført i det danske sundhedsvæsen. Kontroller bliver i udgangspunktet gennemført af hensyn til kvalitetsopfølgning, opfangning af tilbagefald, samt for at give patienten tryghed. Dvs. mange kontroller giver god mening.

Imidlertid kan vi også konstatere, at nogle kontroller bliver gennemført automatisk uden skelen til, hvilken effekt de har. Der er fx nogle kræftformer, hvor der er gode behandlingsmuligheder, hvis der er tilbagefald. Mens der er andre kræftformer, hvor efterkontrol er overflødig i forhold til overlevelses-chancen, fordi tilbagefald ikke kan behandles, uanset hvornår de opdages.

Nærdemokrati og prioritering

Det er vigtigt, at befolkningen kan gennemskue på hvilket grundlag, der bliver prioriteret, og hvem der træffer beslutning om prioriteringen.

Netop som regionsrådspolitikere kan vi godt opleve, at vi indirekte kommer til at stå på mål for prioriteringer, som er truffet på regeringsniveau. Ikke nødvendigvis fordi den pågældende beslutning bliver truffet på et uklart grundlag, men fordi tilvalg om fx screeningsundersøgelse indirekte betyder et fravalg af andre sundhedsydelser. Fx var der ikke økonomisk råderum i Kræftplan III til at udbygge den palliative indsats for døende.

Jo flere "skal- opgaver" vi får, jo mindre råderum får vi regionsrådspolitikere til at foretage de prioriteringer, vi finder hensigtsmæssige. Jeg har fuld forståelse for, at der er behov for nationale rammer, så vi sikrer alle borgere en oplevelse af, at sundhedsvæsenet giver en ligelig behandling på et ensartet fagligt niveau uanset, hvor du bor i landet. Men det skal understreges, at regionernes opgave er at drive et sundhedsvæsen, som er politisk ledet. Det betyder, at borgerne i regionen har indflydelse på lokale prioriteringer. Selvom vi er et lille land, er der fx geografiske forskelle, som det er væsentligt at tage højde for i sundhedsplanlægningen. Ligeledes kan der være forskelle i befolkningssammensætningen, som godtgør en anden prioritering end på nationalt plan.

Et eksempel på en "skal-opgave" som helt konkret går ind og ændrer en beslutning, og som regionsrådet i Region Syddanmark har truffet, er spørgsmålet om åbne skadestuer eller skadestuer, som kræver at man forudgående bliver visiteret. Regionsrådet i Region Syddanmark havde truffet beslutning om, at borgerne uden forudgående aftale kunne tage til en skadestue, hvis de oplevede behov for skades-behandling. Vi prioriterede den åbne dør højt af hensyn til borgernes ønske om tryghed. Imidlertid betyder økonomiaftalen af 2012 mellem regionerne og regeringen, at der nu skal ske en visitation, inden borgeren kan få adgang til skadestuen. Dvs. en regionalpolitisk beslutning er blevet omgjort.

Eksempler på regionale prioriteringstiltag

Jeg nævnte før, at vi som politikere skal tage medansvar for prioriteringen i sundhedsvæsenet og ikke indirekte kræve, at den enkelte læge skal foretage en økonomisk vurdering af patienten eller foretage en værdiafvejning. Lægerne bør alene være ansvarlige for den klinisk vurdering og derudfra træffe beslutning om behandling inden for de rammer, som vi politikere har sat. Disse rammer/prioriteringer skal bygge på et fagligt input, som sammen med et klart formuleret værdisæt skaber grundlag for prioriteringen.

Et eksempel på, hvordan dette kan praktiseres i virkeligheden, var da Region Syddanmark efter sygeplejekonflikten i 2008 indførte differentieret behandlingsgaranti, så de mest syge kom til først. Her var det tydeligt, at kriterierne byggede på faglige vurderinger. På baggrund af en lægefaglig vurdering blev der lavet en udførlig liste over de diagnoser, der var omfattet af en én-måneders behandlingsgaranti. Alle øvrige diagnoser, som ikke var akutte, blev omfattet af en tre-måneders behandlingsgaranti.

Her traf politikerne en værdimæssig beslutning på baggrund af et fagligt grundlag. Inden for denne ramme var det lægernes opgave at træffe beslutning om, hvilket behandlingstilbud den pågældende patient skulle have. Ordningen var skruet sammen, så vi ikke kom på kollisionskurs med lægeløftet.

Den prioritering, vi i Region Syddanmark lagde til grund for den differentierede behandlingsgaranti, var prioritering ud fra etiske principper, som der generelt i befolkningen er enighed om. Det opfattes som et legitimt princip, at de mest syge patienter skal have fortrinsret frem for andre.

Det etiske grundlag kan imidlertid ikke altid stå alene som prioriteringsgrundlag. Der må andre prioriteringsredskaber til.

Det er dog et dilemma, at der på mange områder ikke foreligger evidens for den måde, som behandlingsforløbene er skruet sammen på. Det gælder eksempelvis antallet af

efterkontroller, behandling af terminalt syge mm. Det tager lang tid og koster mange ressourcer at undersøge, om der er evidens for det, vi gør. Men det koster også mange ressourcer – både menneskelige og økonomiske – at overbehandle eller fejlbehandle patienter. Derfor bør der sættes på forskning og evidens i fremtidens sundhedsvæsen – også som grundlag for at prioritere vores indsats.

Forskning og evidens som prioriteringsredskaber

I Region Syddanmark og i resten af landet bliver bl.a. Medicinsk Teknologi Vurdering (MTV) brugt til at understøtte faglige beslutninger om indkøb af klinisk teknologi, ændringer i behandlingsforløb osv. MTV-undersøgelser har den fordel, at de afdækker både det faglige, økonomiske, organisatoriske og patientperspektivet, så vi kommer hele vejen rundt og får et bredt perspektiv som beslutningsgrundlag.

I regi af Odense Universitetshospital er der lavet en MTV, som viser, at kontroller ikke øger overlevelsen ved livmoder- og æggestokkræft. Overlevelsen er lige dårlig, uanset om lægerne opdager tilbagefaldet tidligt eller sent.

Region Syddanmark har netop stillet forslag om, at det på tværs af regionerne undersøges, hvordan efterkontroller i forbindelse med kræftsygdomme er skruet sammen, og om der er fagligt grundlag for at gøre, som vi gør i øjeblikket. Vi skal tilbyde de efterkontroller, der er nødvendige, og som der er fagligt grundlag for, men vi skal ikke ulejlige patienter og sundhedsvæsen med unødvendige kontroller.

Et andet eksempel på, at vi forsøger at efterkomme behovet for uafhængig faglig rådgivning, når der skal prioriteres i sundhedsvæsenet, er etableringen af Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS) i 2009. Rådet skal sikre en ensartet anvendelse af dyr sygehusmedicin på tværs af regionerne. Det betyder, at vi i regionerne får en faglig anbefaling at læne os op ad, når vi tilbyder eller vælger ikke at tilbyde patienter behandling med dyr sygehusmedicin. Samtidig sikrer vi dermed også, at patienterne ikke oplever en unødvendig forskelsbehandling på tværs af regionerne.

Ser vi uden for Danmarks grænser, er der mange initiativer i gang for at tilvejebringe et åbent og rationelt grundlag for prioritering i sundhedsvæsenet. I Storbritannien etablerede man i 1999 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), som har til opgave at bidrage til at skabe et evidensbaseret grundlag for beslutninger i sundhedsvæsenet. Med etableringen af RADS har vi allerede i regionerne anerkendt, at der er områder, hvor vi ikke kan stå alene med svære prioriteringer.

Fremtidige mål for prioritering i sundhedsvæsenet - politikerens rolle heri

Min kongstanke er, at vi som politikere sikrer, at prioritering af sundhedsydelser sker i åbenhed, dvs. vi sørger for at få et fagligt oplyst grundlag, som tilvejebringes af fagfolk. Vi skaber rum for en åben debat.

Vi skal være parate til at gå nye veje i prioriteringen. Forholde os til de værdianskuelser, der er i befolkningen og inddrage de ressourcer, som også er i befolkningen, når der skal prioriteres. Her tænker jeg bl.a. på begrebet om empowerment, dvs. styrkelse af egne kompetencer, troen på egne evner til at håndtere sygdom. Et eksempel på dette er Region Syddanmarks Sundhedsvision: "Du tager ansvar for din sundhed. Sammen tager vi ansvar for din sygdom". Det betyder, at borgerne tager ansvaret for egen sundhed. Det

er de syge frem for de raske, der prioriteres i det regionale sundhedsvæsen. Vi ser på det gode patientforløb som et fælles ansvar for både patient, pårørende og personale. De patienter, som har ønsker herom og ressourcer til at være aktive medspillere, skal støttes heri. Fx kan en prioritering af de telemedicinske muligheder betyde, at mange patienter får mulighed for at være aktivt involverede og medvirke til at skabe et sikkert og sammenhængende patientforløb. Ligeledes kan patientundervisning være med til, at patienter i højere grad kan mestre egenomsorg og dermed få en bedre livskvalitet.

På baggrund af det faglige grundlag, en åben debat og med udgangspunkt i vores værdisæt skal vi som politikere arbejde frem mod at træffe beslutning om tilvalg og fravalg af sundhedsydelse.

Det er uhyre centralt, at vi sikrer en knivskarp opdeling imellem, at det er politikerne, som sætter rammen for det sundhedsudbud, der er, og at det er sundhedspersonalet, som indenfor denne ramme udøver deres kliniske gerning. I det danske sundhedsvæsen er det den praktiserende læge, som har en gatekeeperfunktion i forhold til at sikre, at det kun er de patienter, som har behov for specialiseret behandling, som bliver sendt videre til speciallægepraksis eller til sygehus. Den praktiserende læge har dermed en central rolle i forhold til at sikre, at de sparsomme sundhedsressourcer bliver anvendt optimalt i forhold til de patienter, som har behovet.

Derfor skal vi som udøvende politikere være særdeles varsomme med ureflektet at melde ud, at her har sundhedspersonalet begået en fejl, når der opstår sager i pressen om fx manglende behandlingstilbud mv. Vi bør i stedet se på vores udmeldinger om prioriteringer, herunder om vi har været tilstrækkeligt tydelige omkring tilvalg og fravalg i sundhedsydelse. Har vi givet sundhedspersonalet den rette ramme at agere indenfor i forhold til det mål, vi har opstillet? Her er vi tilbage igen ved udfordringen for os politikere om at få konkretiseret de fravalg, der er en nødvendig konsekvens af tilvalg, fx. udvidelse af behandlingstilbud eller screeningstilbud.

Det samme spørgsmål kunne jeg ønske, at landspolitikere stillede sig selv, når de går ud i pressen og præsenterer forslag til forbedringer i sundhedsvæsenet. Har de overvejet, hvilke sundhedsydelser der så skal vælges fra for, at forbedringerne kan sættes i værk? Eller overlader man det til regionerne at stå på mål for denne øvelse?

PRIORITERINGEN PROCESSEN

”

Der er begrænsede ressourcer. Derfor er det også uundgåeligt at skulle prioritere i en grad, der kan påvirke mennesker og deres helbred. Derfor er det også min opgave at være tilstrækkeligt klædt på til at kunne træffe disse beslutninger.

”

Makroprioritering set med landspolitikerens øjne

Af Sophie Hæstorp Andersen, MF og sundhedsordfører for Socialdemokratiet

Politik er at prioritere

At prioritere er en naturlig og uundgåelig del af en politikers hverdag. Det politiske håndværk er ikke bare en ideologisk kamp om vælgere, hvor man udkæmper politiske slag mod sine politiske modstandere. Langt oftere handler det politiske arbejde om i fællesskab at tage beslutninger, der ikke bare påvirker partiet, regeringen eller Folketinget, men hele den danske befolkning.

Der kan prioriteres på mange forskellige måder. Politiske partier er netop kendetegnet ved ikke at være interesseorganisationer, der kun diskuterer indenfor et snævert område, som fx kræftbehandling, truede dyr, børns vilkår eller lignende. I et parti prioriteres der ikke kun indenfor sundhedsområdet, men også om tildeling af opmærksomhed og ressourcer på andre områder indenfor uddannelse og forskning, miljø, bekæmpelse af kriminalitet, bedre boliger, international sikkerhed, socialt sikkerhedsnet m.m. Det centrale, der er i fokus for partiet, er, hvilket samfund Danmark bør være, og hvilket sæt af værdier der skal regere os som samfund.

I politik skaber ideologiske og andre værdimæssige uenigheder forskelle i synet på, hvad der opfattes som rigtigt og forkert. Groft sagt kan man sige, at venstrefløjen på den ene side ser samfundet som afhængigt af medborgere, der interesserer sig for hinanden og tager ansvar både for sig selv og andre. En regeringsfilosofi, der rummer en mission, der handler om at beskytte og samtidig gøre alle borgere i stand til at klare sig selv. Over for det står en liberalistisk og konservativ tankegang, hvor demokratiet eksisterer for at sikre de enkelte borgere maksimal frihed til at gøre, hvad de har lyst til med kun lille eller ingen skelen til andres interesse. Det offentlige fællesskab fylder mindre, mens det private i form af markedet giver muligheder for, at individer har friheden til enten at svømme eller synke til bunds. Imellem disse spektre findes der selvfølgelig mange variationer afhængigt af den enkelte debat og det enkelte parti.

I prioriteringsmæssig sammenhæng betyder det, at der aldrig er en værdi eller en politisk løsning, der bliver valgt til, uden at der samtidig er noget, der bliver fravalgt. Så enkelt kan det siges.

Beslutningsprocesser

Politiske prioriteringer kan foregå på mange måder. Traditionelt er der fokus på den lovgivning, der kommer ud af Folketingets arbejde, såsom forbud, tildeling af myndighedsansvar til fx kommuner og regioner, regulering af virksomheders virke osv. Lige så ofte består prioriteringer dog i tildeling af ressourcer, opsætning af økonomiske incitamenter eller blot politisk opmærksomhed i form af handleplaner eller strategier.

Danmark har sammenlignet med en række andre vestlige lande historisk set – bl.a. som følge af politiske prioriteringer – haft et forholdsvis billigt sundhedsvæsen.

Eksempler på historiske prioriteringer på sundhedsområdet kunne fx være:

- Fri tandbehandling til unge under 18 år og handicappede, men brugerbetaling på tandbehandlinger, der foretages efter det 18. år.
- Vi har nationale planer for alvorlige sygdomme som kræft- og hjertesygdomme. Der findes endnu ingen nationale planer for psykiske sygdomme.
- Der har tidligere været frit valg (behandlingsgaranti) til at vælge behandling på et privat hospital, hvis ventetiden er længere end 1 måned. Nu er behandlingsgarantien differentieret fra 1–2 måneder afhængig af sygdommens alvorlighed.
- Vi screener i Danmark donorblod med NAT-metoden for et tocifret millionbeløb om året på trods af meget lille risiko for fx smitte med hepatitis og HIV. Utryghed om blodtransfusioner baseret på enkeltsager er primær årsag hertil.
- Der er afsat store udgifter til heroinbehandling af stofbrugere, der forgæves har forsøgt sig med traditionelle behandlinger tidligere. Alternativet skal dog ses imod de store udgifter til kontrolinstanser som politi, domstole, offererstatninger etc., samt en høj overdødelighed.

Ovenstående eksempler viser samtidig, at prioriteringer foregår på mange forskellige niveauer og i forskellige beslutningsfora. Processen med at prioritere er ingenlunde begrænset til de politiske gemakker, men kommer langt rundt, inden en politisk beslutning kan træffes. Ofte er økonomi indblandet på et eller andet tidspunkt i processen, og derfor er de årlige, politiske processer med at vedtage finansloven og udstikke økonomien for kommuner og regioner ikke uvæsentlig set med prioriteringsbriller. Disse processer udgør også ofte gennemsigtigheden og åbenheden i forløbet med demokratiske krav til høringsprocesser.

Kampen om hvilke ideer, politiske tiltag og prioriteringer, der skal foregå i de årlige forhandlinger om finansloven, og de endnu tidligere økonomiske forhandlinger med kommuner og regioner om næste års budgetter, foregår løbende. I nogle tilfælde er der utroligt mange ting, der skal falde i hak, før et bestemt politisk tiltag eller løsning finder vej til den nationale politiske arena.

Timing er vigtig. Nogle værdidebatter og politiske tiltag diskuteres igen og igen. De kan være fraværende i en periode, men dukker så op igen, hvis problemet, som de måske er et svar på, vedbliver at eksistere. Eller hvis der pludselig opstår en ny anledning, fx et regeringsskifte, et holdningskift i befolkningen, en ny ordfører i et parti med en anden holdning eller en historie i medierne. Så kan en løsning, der ikke før blev anset som mulig, pludselig finde vej til forhandlingslokalet, fx ved en finanslovsforhandling. Derfor er regel nummer et i politik også, at en sag aldrig er rigtig vundet eller tabt. Den vil altid være til diskussion igen, hvis der pludselig opstår en chance for at legitimere den, eller hvis legitimiteten bag en beslutning daler. Et godt eksempel på dette er den debat, der er om kvinders ret til sikker abort rundt omkring i verden. I Danmark tager vi denne ret for givet, men vi skal kun til Polen og Irland for i Europa at opleve, at normer og lovgivning ser helt anderledes ud.

Er nogle menneskers liv mindre værd?

Da jeg blev valgt til Folketinget i 2001, var jeg valgt og bosiddende på Vesterbro. Stofmisbrugere, pushere og politi var på dele af Vesterbro et dagligt syn. Forhulede mennesker, hvis eneste alternativ var at indtage deres stoffer under åben himmel

under alle slags vejrforhold. Det moralske og etiske dilemma bestod i, hvordan vi som velfærdssamfund kan acceptere, at nogle mennesker har en så ringe adgang til sundhedstilbud, at deres risiko for at blive skadet eller dø er langt højere end andre menneskers. At den frie og lige adgang til sundhed er sat helt ud af spil for en bestemt gruppe mennesker, hvis eneste forbrydelse er, at de er afhængige. I Tyskland, Australien og Canada havde man i flere år forsøgt at hjælpe ved at oprette "stofindtagelsesrum" (fra tysk: Drogkonsumenraum), og resultaterne var gode for både stofmisbrugere, beboere og politiet, der havde et sted at henvise til, når man ønskede ro i gaden.

Alligevel var stofindtagelsesrum en politisk løsning på et problem, det var svært at finde opbakning til. De færreste kender stofmisbrugernes forhold. De udgør en minoritet. Illegale stoffer er forbudte, så hvorfor holder de her mennesker "ikke bare op" med at gøre noget illegalt såsom at købe stoffer (indtagelse af stoffer er ikke illegalt ifølge dansk lovgivning)? Moralen og etiske værdikodeks, der hersker på retsområdet, stødte (og støder fortsat ofte) sammen med de værdier, der er indenfor social- og sundhedsområdet. Først efter 10 år, med debatter, meningsmålinger, og mediedækning kom det politiske flertal, der kunne tillade og give støtte til kommunerne til at oprette stofindtagelsesrum.

Ovenstående eksempel viser, at der på sundhedsområdet ofte kan være værdier af etisk karakter, der kan støde mod andre værdier, fx vores opfattelse af retfærdighed og lov og ret. Mennesker med kronisk obstruktiv lungesyndrom (KOL) oplever dårligere behandling i vores sundhedsvæsen, formentlig pga. sammenkædningen til rygning og dermed opfattelsen hos politikere, embedsmænd og i befolkningen af, at det er rygenes "egen skyld", at de er syge. De er stigmatiserede. Flygtninge, der sidder i asylcentre, bliver ofte psykisk syge af lange sagsbehandlingstider og den langstrakte uvished om deres situation. Alligevel bliver reglerne kun blødt op i mindre grad pga. hensyntagen til det omkringliggende samfund. Handicappede har ret til at blive kompenseret for deres sygdom og handicap, men kommuner administrerer lovgivningen uensartet. Vi ønsker, at flere mennesker skal lade sig HIV-teste, men samtidig har det indtil for nyligt været med risiko for at blive kriminaliseret, hvis nogen mener, du med forsæt har smittet dem.

Prioriteringer er således sjældent vægtet på bare én etisk eller moralsk skala i den offentlige politiske debat. Prioriteringer, der kan have stor indflydelse på menneskers liv og helbred, fx adgangen til sundhedsbehandling, kan reelt træffes i flere forskellige fora, hvor man ikke altid har tilstrækkeligt fokus på det.

Som demokratisk valgt politiker, og i kraft af min funktion som sundhedsordfører, ser jeg det helt klart som min rolle og mit ansvar at kæmpe for, at alle danskere har lige og fri adgang til sundhedsvæsenet. Men der er begrænsede ressourcer. Derfor er det også uundgåeligt at skulle prioritere i en grad, der kan påvirke mennesker og deres helbred. Derfor er det også min opgave at være tilstrækkeligt klædt på til at kunne træffe disse beslutninger. Politiske overbevisninger er kun en brik i det samlede billede. Medarbejdere, samarbejdspartnere, lobbyister, eksperter og fagfolk udgør en del af det pluralistiske demokrati, som vi lever i, hvor ideer, værdier og løsninger på problemer kæmper om opmærksomhed.

Gennemsigtigheden i det danske demokrati er generelt tilfredsstillende. Korruption er stort set fraværende at dømme ud fra forskellige undersøgelser. Det er dog ikke specielt dansk at stille sig tilfreds med, at noget er godt nok. Jeg synes dog godt, at vi kan være tilfredse med niveauet af gennemsigtighed i Folketinget.

Borgere, interesseorganisationer, forskere og journalister har generelt god adgang til de danske politikere. I de senere år er det dog blevet diskuteret, om Folketinget eller politikerne selv skal oprette et lobbyregister for at skabe endnu mere åbenhed om, hvad det er for interesser, der byder sig til i samfundsdebatten. Det har endnu ikke fundet sin perfekte form, men ideen er god. Det er de færreste politiske beslutninger, der kommer flyvende ned fra himlen eller som et lyn fra en klar himmel. Men i nogle tilfælde kan det føles sådan for de mennesker, der ikke dagligt beskæftiger sig med politik. Og politikere har derfor også et ansvar for at sikre flere beslutningsprocesser, hvor borgere eller brugere af vores sundhedsvæsen fx bliver inddraget eller direkte taget med på råd, når der skal prioriteres.



PRIORITERINGENS PROCESSEN

”

Blot fordi prioritering sker i nævn, styrelser eller råd og omhandler noget fagligt, bør det ikke være en uigennemsigtig og uigennemtrængelig proces. Patienter, borgere og virksomheder bør have mulighed for at involvere sig i beslutningsprocesserne uden nødvendigvis at have en stærk interesseorganisation eller et parti bag sig.

”

Prioritering set med lægers øjne

Af Mads Koch Hansen, formand for Lægeforeningen

Som læge ville jeg ønske, at der var råd til alle de sundhedsydelse, der er behov for og medicinsk mulighed for. Desværre ved jeg også, at det ikke kan lade sig gøre. Befolkningens efterspørgsel efter sundhedsydelser vokser. Både fordi der bliver flere ældre, og fordi sundhedsvæsenet kan tilbyde flere og mere avancerede behandlinger fx til kræft og gigtsygdomme. Når væksten i sundhedsvæsenet samtidig bremses op, er der ingen vej uden om. Det er nødvendigt at prioritere. Skal pengene bruges på at forebygge, på kirurgisk eller medicinsk behandling, på kræft, psykisk sygdom eller smertebehandling, på forskning, strategiske erhvervsindsatser eller noget helt andet?

For læger er det afgørende, at processen foregår i langt større åbenhed end i dag og på en måde, som er båret af faglig fornuft. Det er vigtigt, at de cirka 140 milliarder, Danmark hvert år (2013) bruger på det offentligt betalte sundhedsvæsen, gør så god gavn som muligt. Målet er at få størst mulig sundhedsgevinst pr. krone.

Hvornår sker der prioritering?

Der sker en form for prioritering hver dag i det danske sundhedsvæsen, fordi der i sagens natur ikke er uendelig kapacitet. Der er gennem budgetaftaler og lokale ledelsesbeslutninger sket en rationering og prioritering, som bestemmer fordelingen af senge, operationsstuer, behandlings- og ventetidsregler, antal ydernumre i almen- og speciallægepraksis m. m. Hertil kommer andre ikke besluttede, men faktiske begrænsninger i form af fx antallet af organer, der doneres til transplantation. Denne virkelighed medfører, at der hver dag skal træffes beslutninger for konkrete patienter indenfor den givne kapacitet.

Her skal vi som læger deltage i at få det bedst mulige ud af det for den enkelte patient, som vi har ansvar for. Denne rolle skal vi påtage os som en del af vores lægeløfte og udfylde på basis af den aktuelle viden, vi har, og under de aktuelle arbejdsvilkår. Her skal vi følge den etiske ledetråd, der tilsiger, at den patient, der har størst behov, vil blive prioriteret højest. I beslutningen af, hvem det er, kan indgå lidelsens alvorsgrad, effekten af hurtig behandling, smertetilstand, om behandlingen er udsigtsløs, og hvilke risici, der er involveret i at behandle. Den rolle hverken kan eller vil vi ikke overlade til andre.

Den prioriteringsdiskussion, der trænger sig på, er især den, som foregår på samfundsplan, og som forholder sig til grupper af patienter. Det komplicerer prioriteringsprocesserne, at der er mange aktører og niveauer.

Det er fx prioritering, når kapaciteten på et område udbygges eller reduceres. Når forebyggelsesindsats prioriteres frem for behandling. Når et medicinpræparat får tilkendt markedsføringstilladelse og måske endda et generelt tilskud, mens et andet ikke gør det. Og når behandlinger går fra at være eksperimenterende til at blive tilbudt alle

patienter, fordi der er belæg for, at behandlingen virker. Det er alt sammen prioritering for fremtidens grupper af patienter, der foretages. Denne prioritering sker også i dag – men den er svært gennemskuelig, processerne er meget uens og resultatet bærer præg af tilfældigheder i stedet for bevidste strategier for prioritering.

Klar rollefordeling vil give en styrket prioritering

Det er meget vigtigt at slå fast, at det er politikerne, der fastsætter de lovgivningsmæssige og økonomiske rammer. Det betyder også, at det er politikerne, der har det overordnede ansvar for prioriteringen i sundhedsvæsenet. Det er de valgt til. Og der er mange beslutninger, der ikke er faglige facitlister på, men involverer personlige holdninger og værdier. Den overordnede fordeling af ressourcer til sundhedsvæsenet sker gennem politiske aftaler mellem regeringen, regioner og kommuner. I de enkelte regioner og kommuner sker dernæst en fordeling til sygehuse og øvrige institutioner

Bedst er det, hvis de politiske beslutninger baserer sig på et oplyst og gennearbejdet grundlag. Her kommer fagligheden ind. Ændrer politikere på brugerbetalingen for fertilitetsbehandlingen, bør de vide, hvilke konsekvenser det må forventes at få for fødselstallet. Forringer politikere kravene til patientsikkerhed, bør de vide, at det kan føre til flere dødsfald etc. Læger og andre fagfolk skal levere rådgivning og analyser til politikerne, og både politikere, administratorer og patienter bør kunne trække på deres faglighed i den type sager, som ofte har offentlig bevågenhed.

En fælles referenceramme og gode værktøjer er nødvendig for at sikre legitimitet. Når vi taler om prioritering, er det væsentligt for alle aktører, at der er en fælles referenceramme for, hvad prioritering er, og hvilke værktøjer vi har til rådighed. Debatten om prioritering kommer ofte til at handle om for eller imod en enkelt behandling, eller for eller imod en enkelt institution (sygehus eller afdeling), men prioritering er meget mere end det. Prioritering kan fx handle om befolkningsgrupper, patientgrupper og konkrete teknologier.

Det kan fx være et spørgsmål om, hvor i et behandlingsforløb pengene skal bruges, og om der skal skrues op eller ned for ambulant behandling i praksissektoren i stedet for på sygehuset. Det er desværre sjældent, at sundhedsvæsenet eller andre aktører systematisk analyserer, hvilke omkostninger og hvilken evidens der peger på, om bestemte behandlinger bør foretages det ene eller det andet sted i sundhedssektoren. Om det fx er bedre at nogle behandlinger foregår i praksis frem for på hospitaler, i eget hjem frem for i et ambulatorium osv.

En mere populationsorienteret tilgang til prioritering arbejdes der fx med i USA under betegnelsen Triple Aim. Her ser man både på befolkningens sundhedstilstand, dens tilfredshed med sundhedstilbuddet og omkostninger pr. indbygger.¹ Ideen er at forbedre alle tre elementer. Denne tilgang kunne vi også i højere grad anvende i Danmark, og den vil være med til at give et bedre prioriteringsgrundlag, så der kommer en ramme for udviklingen af sundhedsvæsenet i Danmark og fx en diskussion om, hvor vi får mest sundhed for pengene og hvilke (patient)grupper, der bør prioriteres – og som konsekvens heraf hvilke grupper, der ikke skal prioriteres i samme grad.

Der er mange andre værktøjer, der kan bruges, når der skal skabes grundlag for prioritering af fx særlige sygdomme. Et af de vigtigste, set med lægeøjne, er udarbejdelsen af nationale kliniske retningslinjer. Det er systematisk udarbejdede faglige

¹ <http://www.ihl.org/offerings/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx>

anbefalinger, baseret på en gennemgang af tilgængelig evidens af forskellige grader og bedste praksis. Gennemgangen leder frem til anbefalinger om diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering for konkrete patientgrupper.² De nationale kliniske retningslinjer vil på denne måde kunne fungere som et værktøj, der hjælper med prioriteringen – så det rent faktisk bliver muligt at flytte ressourcerne fra de behandlinger, der ikke gør nok gavn eller slet ikke har dokumenteret værdi til de områder, hvor der er brug for flere ressourcer.

Arbejdet med sådanne nationale kliniske retningslinjer har netop fået et vitamintilskud, da Sundhedsstyrelsen har fået til opgave at sikre udarbejdelsen af i alt 50 retningslinjer frem til 2015. Vigtigt i dette arbejde er også at få fjernet anvendelsen af uvirksomme eller forældende metoder i sundhedsvæsenet.

Samtidig er målet at skabe en større kvalitet i sundhedsvæsenet, fordi vi som sundheds-personer skal anvende og forholde os til de samme retningslinjer baseret på den nyeste viden. På denne måde får retningslinjer konkret betydning for prioriteringen. I retningslinjerne kan også indgå, at en behandling kun er godkendt til udvalgte grupper, at visse dyre behandlinger forudsætter afprøvning af andre og billigere behandlinger, eller at visse behandlinger kun må igangsættes af specialister på området.

Specialeplanlægning er et andet godt eksempel på, at fagligt input har fået stor betydning for en stor del af planlægningen af de nye strukturer for sygehusene i regionerne. Langt hen ad vejen har politikerne taget udgangspunkt i retningslinjerne i specialeplanen.³ Den faglige tyngde og opbakning, der har været fra de faglige miljøer, betød, at en række af de omlægninger og nedlæggelser af sygehuse, der blandt andet var resultatet af specialeplanen, var svære at skyde ned af de byer, hvor sygehuse og afdelinger blev nedlagt. Specialeplanen har medført et mere specialiseret sundhedsvæsen med færre enheder, og det var en bevidst prioritering at etablere færre og større enheder på bekostning af mange små enheder.

Et væsentligt element i denne rimeligt succesfulde prioritering er, at Sundhedsstyrelsen i 2006 blev udstyret med særlige faglige beføjelser, så den kan beslutte antal af og placering af specialfunktioner. Sundhedsstyrelsen har herudover hentet en betydelig faglig rådgivning ind til processen. Rollefordelingen i forhold til det politiske niveau er her klart. Interessant nok er det, at regionsfolk også sad med ved bordet i forløbet.

På den tekniske side spiller medicinsk teknologivurdering (MTV) også en rolle som beslutningsstøtte i prioriteringssager. En MTV er en alsidig systematisk vurdering af forudsætningerne for og konsekvensen af at anvende en given medicinsk teknologi – forstået bredt. Mange aspekter inddrages i analysen, der er tænkt som et beslutningsstøtteværktøj, der skal gøre det nemmere at beslutte indførelsen af nye metoder og procedurer. Fra MTV'ens ungdom kendes et eksempel på, at en statsminister greb ind til fordel for en gruppe patienter, selvom rapporten gav mindst lige så gode argumenter for at lade være.

Endelig skal vi ikke glemme at nævne forskningen. Den giver et altafgørende bidrag til prioriteringen. Mangler der viden på et område, må vi gøre en indsats for at få denne viden. Er der områder, hvor der er stor uenighed, om hvad der virker, og hvad der ikke gør, så er det her, vi skal gøre en indsats for at få tilvejebragt denne viden.

2 http://www.sst.dk/Behandlingsforloeb%20og%20rettigheder/Kliniske%20retningslinjer/Nationale_Kliniske_Retningslinjer.aspx

3 Specialeplanen bestemmer på hvilket specialiseringsniveau de enkelte behandlinger skal udføres, og dermed hvilke og hvor mange sygehuse, der må udføre behandlingerne.

Forskning er ikke kun den vigtige kliniske forskning. Der bør også være fokus på det organisatoriske. Sundhedsvæsenet er et ufatteligt komplekst system, hvor resultatet også handler om rækkefølgen af behandling og samspillet mellem de forskellige aktører, og ikke blot om det kliniske indgreb eller medicineringen. Derfor må der større fokus på sundhedstjenesteforskning for at skaffe mere viden om, hvilken forskel organisationen og samarbejdet giver.

Saml kræfterne nationalt

Beslutninger foregår som sagt rigtig mange steder, lige fra Folketinget til regioner og kommuner, på hospitaler, i praksis, i kommunale institutioner, i styrelser og i råd og nævn. Det stiller store krav til aktørernes viden, og det leder frem til, at vi bør samle kræfterne nationalt.

Den faglige rådgivning skal være samlet for at sikre konsensus og ensartethed på tværs af landet. De samme anbefalinger skal gælde uanset, om patienten bliver behandlet i Øst- eller Vestdanmark. Men ikke mindre vigtigt vil det blive langt lettere at sikre en åbenhed om grundlaget for prioritering.

En national vidensinstitution vil desuden skabe den faglige tyngde, der skal til for at give et godt grundlag for prioritering. Da anbefalingerne skal rette sig mod hele landet, vil en national faglig institution kunne samle de ressourcer, vi allerede har i dag, men som arbejder på hvert deres grundlag. En national institution skal desuden systematisk inddrage internationale erfaringer og viden, når nye behandlinger og måder at organisere sundhedsvæsenet på bliver evalueret og vurderet.

Der skal flere fagligheder til at udarbejde grundlaget for politikernes prioritering, så flest mulige vinkler bliver inddraget. Det betyder, at vi forestiller os, at ikke kun læger, men også farmaceuter, biokemikere, økonomer, folkesundhedsvidenskabskandidater m.fl. i samarbejde udarbejder analyser og bidrager til beslutningsgrundlag og økonomiske evalueringer af nye tiltag, investeringer mv.

Driftsansvaret i Danmark er decentralt placeret hos regioner og kommuner, men vi har i Danmark en unik mulighed for at prioritere klogt, fordi den overordnede planlægning af sundhedsvæsenet og finansiering sker samlet.

En kodeks for prioritering kan sikre åbenhed og gennemsigtighed

Åbenhed og gennemsigtige processer er nødvendig for en ordentlig prioritering. Det sikrer bedre beslutninger og en større faglig og folkelig opbakning til de beslutninger, der bliver truffet.

Det vil være en god ide at opstille fælles principper eller en kodeks for de beslutninger, der bliver truffet i regi af råd, nævn og udvalg, der ikke er åbne for offentligheden. Samme principper eller kodeks bør gælde for udarbejdelse af den faglige rådgivning eller analyser.

En del af dette er, at der bliver plads til en længere proces. Her kan vi bruge erfaringerne fra andre lande som England (NICE m.v.)⁴ og Norge (Prioriteringsråd, Kunnskabscenteret),⁵ hvor der er helt formelle retningslinjer for, hvordan fagligheden,

4 <http://www.nice.org.uk/>

5 <http://www.kvalitetogprioritering.no/> og <http://www.kunnskapssenteret.no>

borgere og patienter bliver inddraget. Skabelonen behøver ikke være helt den samme som i disse lande, men det er vigtigt at erkende, at der skal være plads til en længere proces, hvor flere kan blive hørt og inddraget. Det vil være en investering, der vil give afkast i form af større accept af og afmystificering af prioriteringerne.

Et sted at starte er fx at offentliggøre dagsordner, mødemateriale og referater fra de råd og nævn, der træffer beslutninger. Det kender vi fra lovgivningsprocesserne i stat, region og kommune, som jo grundlæggende er en stor prioriteringsøvelse. Selv om en stor del af de politiske aftaler bliver til i løbet af en nat, er der et langt efterarbejde, hvor det er muligt at se og eventuelt spørge ind til de trufne beslutninger. Folkemøder og åbne debatter med interesserede personer og organisationer er andre tiltag, som kan bidrage til en bedre proces.

Blot fordi prioritering sker i nævn, styrelser eller råd og omhandler noget fagligt, bør det ikke være en ugenomsigtig og uigennemtrængelig proces. Patienter, borgere og virksomheder bør have mulighed for at involvere sig i beslutningsprocesserne uden nødvendigvis at have en stærk interesseorganisation eller et parti bag sig. Det er det, som en kodeks for prioritering skal være med til at sikre.

Der er ingen tvivl om, at debatten om prioritering vil tage til i styrke i de kommende år, og det vil undre mig meget, hvis det en dag skulle lykkes at finde en model for, hvordan prioritering i sundhedsvæsenet kan foregå gnidningsfrit. Det vil altid være kontroversielt, og medierne vil elske at kaste sig over eksempler, som fremstår urimelige eller særligt ulykkelige. Derfor er det vigtigt at få debatten gjort åben. Læger deltager aktivt og leverer det faglige grundlag, men vi hverken kan eller skal stå alene med ansvaret. Politikerne er valgt til at gå ind i de bredere overvejelser, der er nødvendige i beslutninger om at prioritere en type behandling over en anden. Den arbejdsdeling skal vi holde fast i.

PRIORITERINGENS PROCESSEN

”

Vi har råd til at sikre patienterne den bedst mulige behandling, der er til rådighed både i et nationalt og et internationalt perspektiv. Spørgsmålet er, hvorvidt vi ønsker at tage udfordringerne i sundhedsvæsenet op.

”

Effektivisering før prioritering

Af Lars Engberg, formand for Danske Patienter

"Vi har ikke råd til det hele". Sådan lyder det ofte, når politikerne på Christiansborg, i regionerne og kommunerne diskuterer sundhedsydelse. Men hvad er det helt præcist, vi ikke har råd til? Har vi ikke råd til at operere fru Jakobsens knyster, så hun kan komme ud at gå og selv klare sine indkøb? Har vi ikke råd til at sikre genoptræning til Knud Thomsen efter hans ulykke, så han kan komme tilbage på arbejdsmarkedet? Eller har vi ikke råd til at give Nina på otte år med en sjældnen sygdom den særlige medicin, hun har brug for, så hun kan leve en nogenlunde normal tilværelse?

Vi har råd til at sikre patienterne den bedst mulige behandling, der er til rådighed både i et nationalt og et internationalt perspektiv. Spørgsmålet er, hvorvidt vi ønsker at tage udfordringerne i sundhedsvæsenet op og rent faktisk gøre de ting, der skal til for at sikre både det nødvendige rum og den nødvendige økonomi til behandlingerne.

I Danske Patienter mener vi således, at spørgsmålet ikke bør gå på, om vi har råd til at sikre patienter den bedst mulige behandling, men snarere på, om vi har råd til at lade være – ikke set i et økonomisk perspektiv alene, men også i forhold til det etiske aspekt.

Set med de økonomiske briller på, er vi som samfund dybt afhængige af, at vores borgere bevarer evnen til at være aktive på arbejdsmarkedet og til at tage vare på sig selv. Og det sker ikke, hvis vi undlader at give dem den særlige behandling eller rehabilitering, som de har brug for.

Vi har i dag 1,7 millioner danskere med en kronisk sygdom, og halvdelen af disse har faktisk mere end én lidelse.¹ Demografiske fremskrivninger viser desuden, at antallet af kronisk syge vil stige markant fremover. Kronisk sygdom betyder, at patienterne ikke kan kureres. De skal således lære at leve med deres sygdom i hverdagen. Derfor har det ikke alene betydning for den enkelte patient, men også for samfundet som et hele, at kronisk sygdom bliver behandlet bedst muligt. Kan patienterne ikke leve et selvstændigt liv, går det nemlig ud over samfundet.

Vi må heller ikke glemme, at det ud fra et menneskeligt synspunkt er dybt uetisk at nægte patienter den bedst mulige behandling. For alle mennesker – raske som syge – har behov for at leve en så selvstændig tilværelse som muligt og bevare en høj grad af selvfølelse.

Netop behovet for selvstændighed og uafhængighed betyder, at patienter med kronisk sygdom i høj grad kan indgå som en ressource for samfundet. De både kan og ønsker at varetage flere opgaver selv – i relation til deres sygdom – og de er i vid udstrækning

¹ Kjølner, Mette og Davidsen, Michael (2006), En halv million danskere meget belastet af kronisk sygdom, Statens Institut for Folkesundhed (www.si-folkesundhed.dk/Ugens%20tal%20for%20folkesundhed/Ugens%20tal/47_2006.aspx)

tilgængelige for arbejdsmarkedet. Skal man til fulde udnytte de ressourcer, som patienter med kronisk sygdom besidder, kræver det dog, at man formår at gennemføre et ordentligt behandlingsforløb og ikke fratager patienterne en gavnlig behandlingsform med reference til en trængt økonomi.

Det er korrekt, at sundhedsvæsenet er under pres, men det behøver ikke at betyde, at der ikke er råd til behandling af alle, som har et behov herfor. Det betyder i stedet, at vi skal udnytte det enorme potentiale, der blandt andet ligger i udviklingen af telemedicinske løsninger, forebyggelsesinitiativer, nedbringelse af fejl på hospitaler og klinikker, øget patientinddragelse, rationelt indkøb af medicin og fokus på at gennemføre ordentlige rehabiliteringsforløb.

Rehabilitering og telemedicin sikrer klejner i kagedåsen

Det er dokumenteret, at der er enorme menneskelige og samfundsøkonomiske gevinster ved at investere i bedre behandlingstilbud. En økonomisk analyse offentliggjort i Ugebrevet Mandag Morgen den 21. februar 2011 viser for eksempel, at det udløser en gevinst på flere milliarder, hvis man investerer betydeligt i forebyggelse af utilsigtede hændelser på hospitalerne.² Et initiativ, som vil frigøre ressourcer til at sikre flere patienter den bedst mulige behandling, uden at nogle patienter bliver ringere stillet. Det er ligeledes dokumenteret, at der er enorme potentialer ved implementering af for eksempel en bedre diagnostik, mere effektiv rehabilitering³ samt telemedicinske løsninger.⁴ Det vil desuden resultere i både menneskelige og samfundsøkonomiske gevinster, hvis man støtter patienterne i at håndtere deres egen sygdom for på den måde bliver patienterne i mindre grad afhængige af kontakten med sundhedsvæsenet.

Alene det at sikre mennesker med kroniske sygdomme som gigt og hjertesygdomme en ordentlig rehabilitering kan spare samfundet for udgifter i milliardklassen.⁵ Det handler om at skabe en ordentlig sammenhæng mellem patienternes behandling på hospitalerne og de videre forløb i kommunen herunder genoptræning, den sociale indsats og eventuelle samtaler hos en psykolog. Det handler blandt andet om, at der ikke må være for lange ventetider på genoptræning, og at kommunen skal arbejde effektivt i forhold til den enkelte borgers sag, så der bliver skabt en positiv og glidende proces, der hurtigt gør den enkelte i stand til at vende tilbage til hverdagen. En ordentlig og effektiv rehabilitering gør, at patienterne klarer sig bedre i eget hjem, flere kan blive i arbejde og færre bliver indlagt eller genindlagt. Det sparer samfundet for udgifter på en lang række områder – blandt andet på hospitalerne og i form af overførselsindkomster.

2 Mandag Morgen (2011), *10 forslag til mere sundhed for pengene*, København (www.mm.dk/10-forslag-til-mere-sundhed-for-pengene).

3 Kilsgaard, Jørgen m.fl. (2007), *Koordineret Indsats for Arbejdsfastholdelse (KIA) af sygemeldte med længerevarende smertegener fra bevægeapparatet*, Arbejdsmiljøinstituttet, Syddansk Universitet & Vejle Amt (www.arbejdsmiljoforskning.dk/upload/KIA-rapport.pdf).

4 The British Department of Health (2009), *Whole Systems Demonstrators*, UK (www.dh.gov.uk/en/Publicationsand-statistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_131684).

5 Zwisler, Ann-Dorthe (DANREHAB-gruppen) m.fl. (2006), *Hjerterehabilitering - en medicinsk teknologivurdering*, Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, Statens Institut for Folkesundhed & Bispebjerg Hospital, København. Kilsgaard, Jørgen m.fl. (2007), *Koordineret Indsats for Arbejdsfastholdelse (KIA) af sygemeldte med længerevarende smertegener fra bevægeapparatet*, Arbejdsmiljøinstituttet, Syddansk Universitet & Vejle Amt (www.arbejdsmiljoforskning.dk/upload/KIA-rapport.pdf).

Som det er nu, er der store problemer på rehabiliteringsområdet. De tilbud, den enkelte borger kan få, varierer meget fra kommune til kommune, og mange steder er man alt for lang tid om at igangsætte den enkelte borgers rehabiliteringsforløb efter endt behandling på hospitalet. Det har enorme konsekvenser for det enkelte individ, og for nogen betyder det, at de for altid mister chancen for at genvinde deres fysiske formåen i det omfang, de med en ordentlig proces havde været garanteret. Det er utilgiveligt for det enkelte individ – og det er simpelthen for dumt ud fra en samfundsøkonomisk betragtning.

Pålidelige telemedicinske løsninger kan også være med til at optimere processerne i sundhedsvæsenet. Mange patientgrupper – i særlig grad patienter med kronisk sygdom – bruger uanede mængder af tid på at gå til kontroller på hospitaler og klinikker. Kontroller man med fordel kunne klare via telemedicinske løsninger. Ved brug af ny teknologi kan man ikke alene spare den enkelte for lange transport og udgifterne hertil, men også sikre den enkelte en større selvstændighed og fleksibilitet i hverdagen. Hvis hr. Poulsen skal bruge to timer frem og tilbage for at komme til 10 minutters rutinetjek på hospitalet, har man frataget ham muligheden for at lave særligt meget andet den dag – og personalet på hospitalet vil ligeledes bruge en masse ressourcer på at tilrettelægge hr. Poulsens konsultation.

Mange patienter er i stand til at blive behandlet i deres eget hjem og kan derved spare lange transport og unødige indlæggelsesdage. Det er til gavn for den enkelte, der opnår større frihed og selvstændighed og har langt større mulighed for at integrere behandlingen af kronisk sygdom i en aktiv hverdag med arbejde og familie. Og det er til gavn for samfundet, der sparer penge på dyre hospitalskonsultationer og bidrag til patienters transport over lange afstande.

Færre fejl – en personlig og samfundsmæssig gevinst

I 2011 blev der i alt indrapporteret lige under 100.000 fejl og utilsigtede hændelser til Patientombuddet.⁶ Internationale, statistiske undersøgelser har dog vist, at det kun er mellem fem til 10 % af hændelserne, der bliver indrapporteret. Antallet af fejl og utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet vil derfor være markant højere end de 100.000. I 2011 udbetalte det offentlige 800 millioner kroner i erstatning.⁷

Det bør således være åbenlyst, at der er penge at spare ved at forebygge fejl og utilsigtede hændelser. Projektet Patientsikkert Sygehus bekræfter dette udsagn. I projektet har man arbejdet målrettet med at begrænse fejl og utilsigtede hændelser på en række hospitalsafdelinger landet over. Blandt andet har man rigtig gode resultater fra Sygehus Thy-Mors, hvor man har arbejdet med at begrænse antallet af liggesår. Før fik 5% af patienterne liggesår – nu er Sygehus Thy-Mors nede på 0,3%. Det er ikke kun godt for patienterne, men det sparer også samfundet for en masse unødige udgifter.⁸

Udfordringen består nu i at brede de gode erfaringer fra Patientsikkert Sygehus ud til alle hospitalsafdelinger i landet. Hvis man kan sikre en høj motivation hos medarbejderne og ressourcerne til at gennemføre det patientsikre sygehus som et altomfavnende

6 Patientombuddet (2012), Årsberetning 2011, Dansk Patientsikkerhedsdatabase, Frederiksberg (www.dpsd.dk/upload/dpsd-aarsberetning-2012.pdf).

7 Patientforsikringen (2012), Årsberetning 2011, Patientforsikringen, København K (www.patientforsikringen.dk/da/Udgivelser-og-tal/~media/Files/Aarsberetninger/6431_Arsberetning%202011.ashx).

8 Patientsikkert Sygehus er et projekt under Dansk Selskab for Patientsikkerhed, (www.patientsikkerhed.dk/index.php?id=770). Projektet afsluttes ved udgangen af 2013.

koncept, vil man ikke kun glæde patienterne ved at sikre dem færre infektioner og effektive hospitalsophold, men også spare samfundet for absurde beløb til udbetaling af erstatninger, unødvendige indlæggelsesdage og omkostninger til behandling af infektioner og andre sygdomme som følge af fejl.

En af årsagerne til fejl og utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet er mangel på sammenhæng i behandlingen. Således er en række af indberetningerne til Dansk Patientsikkerheds Database relateret til brud på kontinuiteten i behandlingsforløbene. Dertil viser den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser for kalenderåret 2011, at patienterne i Danmark i særlig grad oplever kvalitetsbrist i overgangene mellem de forskellige enheder i sundhedsvæsenet – fx mellem den alment praktiserende læge, hospitalet og den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje.⁹

Hvis man derfor arbejder målrettet på at binde sundhedsvæsenet bedre sammen og sikre sammenhæng i behandlingen af den enkelte patient, vil man kunne spare betydelige ressourcer.

Således har vi i Danske Patienter kendskab til mange sammenhængsproblematikker. For eksempel kender vi til en patient, der både lider af sclerose og diabetes, men sundhedsvæsenet formår ikke at tænke behandlingen af hendes kroniske lidelser som et samlet problem. Derfor bliver vores patient den ene dag kaldt ind til blodprøver i forbindelse med sin sclerose og tre dage efter ind til blodprøver for sin diabetes. Det er standardkontroller, og man kunne sagtens bruge de samme blodprøver til kontrol af begge sygdomme. Så hvor ligger rationalet i, at vores patient skal bruge to dage på at tage på hospitalet, for at to hold medarbejdere på to forskellige afdelinger skal bruge den dobbelte mængde af ressourcer på at tappe blod, kalde vores patient ind og sende prøverne til analyse? Det koster vores patient frihed og tiden til at arbejde – og afdelingerne på hospitalet... ja, det giver vel næsten sig selv, hvad de mister i både tid og penge.

Der er således en lang række områder, hvorpå sundhedsvæsenet kan effektiviseres til glæde for både patienter og samfundsøkonomi – og vi er med andre ord langt fra den økonomiske grænse, der betyder, at man i Danmark skal fratage mennesker muligheden for den bedste behandling.

Lokale prioriteringer skaber ulighed

I Danske Patienter er vi ikke imod prioritering, så længe det blot handler om, at vi vælger de bedste redskaber og behandlinger – og fraprioriterer dét, der ikke virker. Sådan fungerer det dog ikke i dag, og der er store regionale og lokale forskelle på, hvilke behandlingstilbud patienterne modtager.

Regionernes budgetter er pressede, og fordi man ikke har investeret tilstrækkeligt i effektivisering og bedre organisering, har de enkelte hospitalsafdelinger kun én mulighed for på kort sigt at få budgetterne til at hænge sammen. De må selv foretage prioriteringerne. Når man foretager prioriteringer på afdelingerne, er det dog afgørende, at det sker inden for rammerne af nationale kliniske retningslinjer, der kan sikre høj og ensartet kvalitet for patienterne.

9 Enheden for Brugerundersøgelser (2012), *Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser 2011*, Danske Regioner og Indenrigs- & Sundhedsministeriet, København (http://www.patientoplevelser.dk/log/medie/LUP2011/LUP2011_national_rapport.pdf).

Som det er nu, risikerer man nemlig at skabe en stor ulighed i sundhed, når man lokalt vælger at spare den dyre behandling væk. Hvis vi forestiller os, at der eksisterer en godkendt og effektiv behandling, som man på et givent hospital undlader at tilbyde patienterne, fordi man lokalt vurderer, at behandlingen er for dyr, vil de ressourcestærke patienter straks undersøge, om det er muligt at få den effektive behandling i en anden region eller i udlandet. Patienter, der mangler fysisk eller mentalt overskud – eller andre ressourcer på grund af en presset økonomi, en psykisk belastet situation eller lignende – vil have svært ved at gennemskue mulighederne i systemet og får dermed ikke den bedst mulige behandling.

Der er således brug for nationale kliniske retningslinjer, så den enkelte læge ved, hvordan han eller hun skal forholde sig, så vi på den måde kan skabe en ensartet høj kvalitet i sundhedsvæsenet. I dag har vi nationale kliniske retningslinjer på udvalgte sygdomsområder, men det er vigtigt, at vi får retningslinjer, der dækker bredt.

I Danske Patienter mener vi, at det er uforsvarligt og uambitiøst, hvis patienter nægtes en behandling alene ud fra økonomiske hensyn. I et sundhedsvæsen i verdensklasse skal patienter kunne få den behandling og medicin, som er bedst. Når lægemidler og behandlinger er godkendt og har en dokumenteret effekt, skal lægen altid have mulighed for at give denne behandling til sine patienter.

Derfor skal de nationale, kliniske retningslinjer også tage udgangspunkt i faglig kvalitet, i patienternes perspektiv og i organisatorisk effektivitet. Det betyder, at vi skal give patienterne den bedst mulige kvalitet i behandlingen ud fra faglige vurderinger – en behandling, der ikke er dyrere end nødvendigt, men samtidig tager udgangspunkt i patienternes behov. Således skal patienterne ikke besværes med en behandling, der kræver indsprøjtninger på et hospital, hvis patienten kan få en pille med samme effekt, som de selv kan indtage. Ligeledes skal man have det organisatoriske niveau for øje. Behandlingerne skal ikke være unødvendigt besværlige for medarbejderne og organisationen i det offentlige sundhedsvæsen blot for at spare lidt kroner og ører.

Således mener vi i Danske Patienter, at sundhedsdebatten aldrig må havne i en forretningsdiskussion, hvor tilbud om sundhedsydelser kommer til at handle om, hvorvidt det alene kan betale sig økonomisk. Forbedringer på sundhedsområdet kan ikke altid betale sig økonomisk på den korte bane – men det kan betale sig, fordi vi lægger vægt på bedre og længere liv.

Dyr medicin – det kan godt betale sig

Når politikerne taler om prioriteringer, kommer diskussionen om dyr medicin ofte på banen. Holdningerne er mange steder, at Danmark ikke har råd til medicin, der prismæssigt ligger i den høje ende.

Men hvis vi afviser patienter, som har brug for dyr medicin eller en anden form for dyr behandling, rammer vi de svageste urimelig hårdt, herunder i særlig grad patienter med sjældne sygdomme. Medicin til patienter med sjældne sygdomme vil ofte være relativt dyr, fordi det er dyrt at udvikle medicin, der kun bliver brugt af en forholdsvis lille patientgruppe i modsætning til den medicin, man tilbyder patienter, der lider af en folkesygdom.

Men priserne bliver overvurderet, og effekten af behandlingerne undervurderet. Det gælder også i forhold til de biologiske lægemidler, der har vist sig helt fantastiske i

behandlingen af blandt andet gigt og psoriasis. De biologiske lægemidler har således været i stand til at stoppe sygdomsudviklingen hos en række gigtpatienter, der derfor kan bibeholde deres bevægelsesfrihed i en sådan grad, at de kan fortsætte på arbejdsmarkedet.

Nye lægemidler er således en vigtig nøgle til optimering af behandlingen af kroniske og alvorlige sygdomme. Desuden stimulerer brugen af effektive og nye lægemidler en fortsat udvikling af nye lægemidler.

En opgørelse fra 2011 viser, at de 24 dyreste lægemidler til sammen koster 2,8 milliarder kroner – næsten halvdelen af den samlede udgift til medicin på landets hospitaler.¹⁰ Det er medicin mod sygdomme som kræft, sclerose, gigt, synsnedsættelse, HIV og blødersygdomme – sygdomme, som alle er enige om, er nødvendige at behandle.

Blandt lægemidlerne er som eksempel seks midler til behandling af kræft. Omkostningerne til behandling med disse lægemidler rammer 587 millioner kroner. I den offentlige debat hører man ofte, at mange af pengene til kræftmedicin er spild, da ikke alle behandlinger virker lige godt for den enkelte. Blandt andet fokuserer nogle debattører på, at flere lægemidler i gennemsnit kun forlænger den enkeltes liv med én måned. Her er det vigtigt at huske på, at der er tale om et gennemsnit. Mange patienter har stor glæde af behandlingen, der forlænger deres levetid med meget mere end blot den ene måned. Og kan vi så tillade os at fratage nogle mennesker chancen for at genvinde livet, blot fordi behandlingen på landsplan bliver en større udskrivning? Vi kan ikke ud fra økonomiske betragtninger retfærdiggøre, at mennesker ikke kan blive behandlet for deres sygdom.

Dermed ikke være sagt, at man skal give patienter medicin, som man på forhånd vurderer ikke vil gavne patienten. Men beslutningen om, hvorvidt en patient skal have den ene eller den anden behandling – eller slet ingen – er ikke en beslutning, der skal baseres på tal i et regneark. Det er en beslutning, som lægen og patienten skal tage sammen alene med udgangspunkt i den lægefaglige ekspertise og i patientens interesse. I den sammenhæng er det vigtigt, at vi styrker patienternes forudsætninger for at deltage i fælles beslutningstagen. Det er heldigvis noget, der de senere år er kommet langt større fokus på som følge af synligheden omkring de ekstremt positive erfaringer, der er med implementering af brugerinddragelse i praksis.

Dertil er det også vigtigt at understrege, at nye og bedre lægemidler altid vil være dyre i begyndelsen, men det retfærdiggør ikke, at man undlader at bruge dem. Tilbage i tiden var udgiften til behandling mod mavesår meget stor, men i dag koster behandlingen 10 ører om dagen.¹¹ Senere talte man blandt andet om, at medicin mod for højt blodtryk ville tømme statskassen. Det samme gælder for medicin til at sænke kolesteroltallet. Men netop disse behandlinger har reduceret den store mængde af hjerte-kar-sygdomme – og i dag er medicinen langt billigere, end da den først kom på markedet. Det er derfor absurd, hvis vi lader os skræmme af diskussionen om høje priser på ny medicin, så vi derved bremser udviklingen af nye lægemidler, der i sidste ende vil gavne samfundet langt mere end besparelsen ved at undlade behandling. Hvis man vurderer, at medicinalvirksomhederne sætter priserne på deres produkter for højt, så er det op til politikerne at gribe ind snarere end at sige at patienterne ikke kan få den medicin, de behøver.

10 Olesen, Frede (2012), *Dyr kræftmedicin virker*, Kræftens Bekæmpelse – cancer.dk (www.cancer.dk/Nyheder/nyhedsartikler/2012kv1/prioritering_Frede.htm)

11 Olesen, Frede (2012), *Dyr kræftmedicin virker*, Kræftens Bekæmpelse – cancer.dk ()

Prioritering, besparelser eller effektivisering?

Når politikerne henviser til den demografiske udfordring med, at flere danskere skal behandles inden for et begrænset budget, betyder det, at der bliver færre penge per patient i tiden fremover. "Der skal effektiviseres", siger de, og så langt er Danske Patienter enige.

Det er dog vigtigt at holde sig for øje, at effektivisering ikke er det samme som prioritering og besparelser. Effektivisering er enten at sikre den samme kvalitet eller en bedre kvalitet til færre penge – eller at sikre mere kvalitet til den samme pris eller til en lavere pris.

Besparelser vil typisk ramme patienterne i form af forringet kvalitet eller i form af færre tilbud om fx rehabilitering og patientuddannelser. Tilbud, der er nødvendige for at sikre patienterne den bedst mulige behandling og dermed de bedst mulige forudsætninger for at tage vare på sig selv og bidrage til samfundet frem for at belaste det.

Det skulle gerne stå klart nu, at vi i Danske Patienter mener, at man i Danmark langt fra har udnyttet det effektiviseringspotentiale, der gemmer sig i sundhedsvæsenet. Så kom tilbage om fem eller 10 år, når der er implementeret en ordentlig rehabilitering, når der er skabt sammenhæng i behandlingsforløbene, og når telemedicinske løsninger er implementeret på en ordentlig måde med fokus på kvalitet for både borger og behandler. Så kan vi tale prioritering – hvis der altså stadig er nogen, der mener, at der er et problem.

PRIORITIERINGEN PROCESSEN





Samtale mellem Lene Kattrup og Mickey Gjerris om prioriteringsprocessen

Lene: Det er vigtigt, at vi ikke på forhånd låser os fast, når vi skal snakke om prioriteringsprocessen i sundhedsvæsenet. Jeg synes, forebyggelse skal indgå i prioriteringsovervejelserne. Og med forebyggelse tænker jeg ikke på de tilbud i form af screeningsundersøgelser, der for mig at se mere er tidlig diagnostik. Jeg mener, at man via forskning i langt højere grad burde lede målrettet og dybt efter årsagerne til sygdom og/eller funktionsnedsættelse. Det ville øge vores muligheder for rigtig forebyggelse og hermed for at undgå sygdom. Som eksempel kan jeg nævne, at jeg finder, man burde bruge ressourcer på at finde ud af, hvilke fødevarer og miljøfaktorer (bredt set), der kan tænkes at være årsag til, at så mange i dag lider af allergi eller de store problemer, vi har med infertilitet. Hvis vi udelukker forebyggelse fra prioriteringsprocessen, så har vi jo selv foretaget en prioritering, inden vi er startet. Og så deltager vi desuden i at definere sundhedsvæsenet for snævert, hvilket jeg synes er en gængs fejl i dag.

Mickey: Jeg er ikke uenig med dig i, at den form for forebyggelse, du snakker om, kan være vigtig. Men jeg synes ikke, det er det, der skal være i fokus for diskussionen. Jeg synes allerede, du er i gang med at træffe konkrete beslutninger om, hvordan der skal prioriteres. Det væsentlige for mig i denne forbindelse er at tage stilling til, hvordan den proces, der skal udmønte sig i konkrete prioriteringsbeslutninger, skal skrues sammen.

Lene: Ja, men for mig er det nu alligevel en vigtig præmis, at man også skal huske og forholde sig til forebyggelse, når man snakker prioritering. Jeg synes, det er gledet helt ud af diskussionen. Man snakker kun om det, der kan "repareres", ikke om målrettet forebyggelse, dvs. at forsøge at finde sygdomsårsagerne for herved at kunne undgå sygdom.

Mickey: Jeg er enig med dig i, at der let kan opstå nogle blinde pletter, som kan afspore prioriteringsdiskussionen. Det er fint at få de pletter ryddet af vejen. I det hele taget synes jeg, at det er helt afgørende at skabe størst mulig synlighed om prioriteringsprocessen og præmisserne for diskussionen. Det skal være synligt, hvem der træffer de konkrete prioriteringsbeslutninger. Det skal være synligt, hvilke værdier beslutningerne er udtryk for. Og ikke mindst skal det være synligt, når der vælges noget fra.

Lene: Enig. Man kan måske skabe større åbenhed ved at etablere et prioriteringsinstitut i stil med det engelske NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence. Institutet har blandt andet udviklet retningslinjer for at bruge dyr medicin og givet en begrundelse for dem, som det har lagt åbent frem. Det bidrager til at skabe åbenhed og muliggør derfor også en demokratisk diskussion af, hvilke værdier der skal ligge til grund for prioriteringerne. Hvis vi etablerer et lignende institut i Danmark, er jeg tøvende overfor, om det ligefrem skulle have bemyndigelse til at træffe konkrete prioriteringsbeslutninger, men det skulle det nu nok i et vist omfang. I et demokrati burde det i princippet være politikerne, der træffer de konkrete beslutninger om at prioritere.

Mickey: Det er ikke uden problemer at lade politikerne træffe beslutningerne. At prioritere kan ofte indebære at vælge noget fra. Derfor er prioriteringsbeslutninger i virkeligheden sjældent populære. Et prioriteringsinstitut har den fordel, at det ikke er afhængigt af at få stemmer ved næste valg. Og det kan medvirke til at gøre det synligt, hvem der har magten og er ansvarlig for de konkrete beslutninger, der bliver truffet.

Lene: Det er rigtigt, at politikerne ofte tøver med at sige ligeud, hvor der må nedprioriteres, og hvor der må spares. Det skyldes nok også, at befolkningen endnu ikke har vænnet sig til, at vi ikke kan få det hele på sundhedsområdet. Vi er vant til et relativt højt niveau. Derfor er det sikkert en god idé, at der skal være en vis "armslængde" mellem politikerne og de konkrete prioriteringsbeslutninger.

Mickey: Ja, det skal ikke være folkestemningen, som er afgørende for, hvordan der prioriteres. Men hvordan kan man undgå, at et prioriteringsinstitut overtrumfes af politikere, der løber efter de bolde, der er fremme i pressen?

Lene: Måske er det bedst, at politikerne kun kan stille spørgsmål til instituttet og ikke selv skal være med til at svare på dem. Det er vigtigt, hvem der kommer til at sidde i sådan et institut. Jeg mener fx, at det er både gavnligt og nødvendigt med lægmandsrepræsentation.

Mickey: Et prioriteringsinstitut ville kunne skabe større åbenhed, men mange af prioriteringerne vil under alle omstændigheder foregå helt andre steder, fx på det kliniske niveau. Efter min mening er det nødvendigt at skabe åbenhed også i den sammenhæng. Som minimum bør der være en intern afklaring af hvilke værdier, der ligger til grund for prioriteringsbeslutningerne, i det omfang, at det foregår på de enkelte afdelinger.

Lene: Det er ikke let at beskrive, hvad der ligger til grund for de konkrete beslutninger i den sundhedsfaglige praksis. De er ofte bundet op på den enkelte sundhedspersons dømmekraft, der er udviklet gennem erfaring og ikke så let kan omsættes til konkrete retningslinjer eller værdier. Noget andet er også, i hvilken grad det faglige skøn skal medinddrage økonomiske parametre. Skal den enkelte læge fx tage stilling til, hvornår det er for dyrt at behandle patienten?

Mickey: Nej, et langt stykke af vejen skal det være sådan, at der er udstukket nogle rammer andetsteds fra, som den enkelte sundhedsperson så må navigere inden for. Det er vigtigt, at sundhedspersonen har fokus på den enkelte patient og forsøger at gøre det bedst mulige for netop denne patient. Det er ikke muligt, hvis sundhedspersonen samtidig skal forholde sig til den økonomiske side af behandlingen.

Lene: Læger er blevet bedre til at tænke økonomien ind i medicinudskrivningen, fordi apoteket med nogle få undtagelser har fået pligt til at udlevere det billigste produkt med det aktive stof, medicinen på lægens recept rummer. Generelt mener jeg ikke, lægerne skal have alt for vide rammer at navigere indenfor. De varetager ikke kun patientens interesser, men ser også ofte tingene fra sygehusets eller deres eget speciales perspektiv.

Mickey: Den måde, prioriteringerne foregår på i det danske sundhedsvæsen i dag, er resultatet af en lang historie, hvor der er udviklet en lang række institutioner gennem knopskydning mm. Derfor er systemet ikke nødvendigvis opbygget på den bedst mulige måde, men er også præget af historiske tilfældigheder. Det er med til at gøre prioriteringsprocessen kompliceret og meget uoverskuelig. Jeg synes, det er interessant

at tænke på, hvordan vi ville indrette sundhedsvæsenet, hvis vi skulle starte helt forfra og gerne ville sørge for, at prioriteringsprocesserne var åbne og demokratisk funderede. Et interessant spørgsmål er også, i hvor høj grad det faktisk ville være muligt at indfri de idealer om åbenhed og demokrati, som vi jo begge tilslutter os.

DYR MEDICIN



Indledning om dyr medicin



I nogle tilfælde kan man anvende meget dyr medicin, som i de fleste tilfælde forlænger patients liv nogle få uger, mens det i sjældne tilfælde forlænger livet i flere måneder eller måske helt helbreder patienten. Brugen af denne type medicin på sygehusene rejser en række spørgsmål, der kan bruges som en slags dåseåbnere i forhold til prioriteringsdebatten generelt, fordi de peger på mere overordnede og principielle problemstillinger. Det gælder fx spørgsmål som de følgende:

- Er der en grænse for, hvor mange ressourcer der bør anvendes på at redde én patients liv?
- Hvem skal i givet fald træffe beslutningen om at undlade at behandle en patient med et givent præparat, fordi det er for dyrt?
- Hvilke værdier bør ligge til grund for eventuelle prioriteringer på dette område?
- Skal patientens forventede livskvalitet indgå i vurderingerne?
- Skal patienten selv inddrages i beslutningerne?
- Er det acceptabelt, hvis der ikke er en fælles praksis angående brugen af dyr medicin i de forskellige regioner?

Spørgsmålet om anvendelse af dyr medicin og af medicin i det hele taget er særdeles relevant i prioriteringsdiskussionen. Det fremgår af, at der i 2011 i Danmark blev anvendt ca. 6 mia. kr. til sygehusmedicin. Dette er cirka en fordobling siden 2006. Omkring 3 mia. kr. blev anvendt til de 25 dyreste lægemidler, som enten er livsforlængende eller helbredende medikamenter. Disse lægemidler anvendes primært til sygdomme som kræft, gigt, sklerose, HIV, problemer med synet og blødersygdomme. Den resterende halvdel af udgiftsposten til sygehusmedicin gik til de 2200 øvrige lægemidler.¹

Af de 25 dyreste lægemidler er 6 af dem kræftlægemidler som fx Ipilimumab. Dette lægemiddel anvendes primært til patienter med metastatisk modermærkekræft og gives hver 3. uge 4 gange i alt. Ipilimumab koster 800.000 kr. pr. patient og benyttes til 60-70 patienter årligt i Danmark, hvor det virker helbredende for hver 10. og livsforlængende for de resterende. For samme beløb, som det koster at behandle én patient med Ipilimumab, kan der skiftes 10-15 nedslidte hofte. Samlet medfører behandling med Ipilimumab til 60 patienter inkl. scanninger og kontroller en udgift på 50 mio.kr. årligt. Dette svarer til en udgift på ca. 8.3 mio.kr. pr. patient, der som følge af behandlingen vil blive erklæret sygdomsfri.²

Spørgsmål og fakta som de ovenstående udgør den ramme, som artiklerne i blokken om dyr medicin er skrevet indenfor. De giver ikke præcise svar på, hvornår det er acceptabelt at anvende dyr medicin. Men de giver hver deres bud på, hvad det er for overvejelser,

1 Dagens Medicin, <http://www.dagensmedicin.dk/nyheder/politik/banebrydende-medicin-til-800000-kr-far-gront-lys/>

2 Information, <http://www.information.dk/293952>

som man bør gøre sig, hvilke værdier man bør medtænke, og hvilke fortællinger det er relevant at tage i betragtning for at tage stilling til spørgsmålet.

Keld Thorgård, lektor ved Aarhus Universitet, diskuterer den kritikløse brug af omkostningseffektivitetsanalyser, der ofte finder sted i forbindelse med prioritering. Sådanne analyser søger at beregne, hvor meget sundhed forskellige interventioner giver for pengene. Målet er at maksimere sundhedsgevinsten. På den måde fremstilles prioritering som et teknisk spørgsmål, der kan overlades til eksperter. Herved negligerer man dog en række andre værdier og goder, som er mindst lige så relevante. Spørgsmål angående disse konkurrerende værdier og goder er ikke et eksklusivt, ekspertmæssigt anliggende. Derfor er det nødvendigt med forskellige former for borgerinddragelse for at afklare, hvilke værdier der skal indgå i prioriteringsbeslutninger og på hvilken måde.

Ole Mogensen, professor ved Odense Universitetshospital, argumenterer for, at læger fremover i større omfang end tidligere skal indarbejde økonomiske analyser og overvejelser i deres forskning, rådgivning og daglige klinik. Dette vil for mange udgøre et kulturskifte, der skaber udfordringer. En af dem er, at læger er tilbøjelige til at fokusere på den enkelte patient og handle sig ud af problemerne, blandt andet ved at afprøve alle muligheder for behandling. Det giver patienten håb og kan være bekvemt for lægen, fordi de svære og tidskrævende samtaler kan udsættes eller helt undgås. Der er også andre udfordringer, fx i forhold til at udforme lodtrækningsforsøg på en måde, der medinddrager økonomiske forhold, samt i forhold til at være bevidst om, at samtaler med patienten i nogle tilfælde giver bedre "døds kvalitet" end medicinsk behandling.

Henning Nabe-Nielsen, hospitalspræst på Rigshospitalet, går tilbage i historien for at spore nogle af de fortællinger og mytologier, der ligger som en udtalt klangbund for hverdagen på et moderne hospital og dermed har betydning for den praksis, der udspiller sig dér. En af disse grundmyter er lignelsen om den barmhjertige samaritaner, som appellerer til "næstehjælp", dvs. til omsorg og til at hjælpe mennesket til at bære lidelsen. En anden er "farmacia-ideologien", der appellerer til førstehjælp, dvs. til at bekæmpe og fjerne sygdom og lidelse. Det gælder om at finde den rette balance mellem disse to grundmytologier, men i vores tidsalder har kravet om at behandle fået så meget vægt, at vi ender med at overbehandle i stedet for at gå i dialog med patienten.

Til slut i blokken om dyr medicin er der en samtale om emnet mellem Ester Larsen, næstformand for Det Ethiske Råd, og Jacob Birkler, formand for Det Ethiske Råd.



DYR MEDICIN

”

Svaret på, hvilke grundlæggende mål og goder, vi ønsker, vores sundhedsvæsen skal være orienteret af, kan ikke besvares teknisk eller instrumentelt. Omkostningseffektivitetsanalyserne bidrager ikke til afklaring af de forskellige konkurrerende mål og goder. De forudsætter et bestemt og omdiskuteret mål.

”



Prioritering, dyr medicin og sundhedsvæsenets konkurrerende værdier

Af Keld Thorgård, lektor, ph.d., Center for Humanistisk Sundhedsforskning (SMK), Institut for Kultur og Samfund/Filosofi, Aarhus Universitet

Medicindgifterne er stigende, vi kan behandle meget mere, end man kunne tidligere, og befolkningen bliver ældre. Hvordan får vi råd til det hele? Behandlinger, der helbreder folk eller holder en sygdom i ro over et længere tidsrum, ledsages sjældent af større diskussion, men behandlinger, som kun forbedrer folks livskvalitet eller sikrer overlevelse i et kortere tidsrum til en meget høj pris, er mere kontroversielle. Særligt står der aktuelt blæst om en række meget dyre behandlinger på kræftområdet – en problemstilling, jeg vender tilbage til sidst i dette kapitel.

Medicinalindustri, professionelle, sundhedsmyndigheder, patientorganisationer, individuelle patienter, sundhedsøkonomer og etikere deltager i debatten om prioritering og bidrager til et vanskeligt gennemskueligt kompleks af argumenter, beregninger og interesser. Håndteringen af de stigende omkostninger er en af sundhedsvæsenets helt store administrative, politiske, retfærdighedsmæssige og etiske udfordringer. Ét spørgsmål vedrører, hvor mange penge sundhedsvæsenet skal bevilliges i forhold til andre goder som uddannelse, kultur, kriminalitetsbekæmpelse etc. Ét andet vedrører, hvordan de midler, der rent faktisk tildeles, skal prioriteres. Der er ikke uendelige ressourcer til rådighed, og hvordan fordeler man så bedst muligt? Det er dette sidste spørgsmål, der skal optage os her.

Flere argumenterer for, at vi ikke prioriterer tilstrækkeligt bevidst og gennemskueligt aktuelt. Det medfører, at prioriteringen sker bag om ryggen på os, dvs. der kommer til at foregå en skjult prioritering, som eksempelvis kan betyde, at højt profilerede områder i sundhedsvæsenet tildeles mange midler på bekostning af områder, som ikke så let kan tiltvinge sig adgang til mediernes overskrifter og beslutningstagernes opmærksomhed. Vi risikerer, at beslutningerne træffes med udgangspunkt i uklare kriterier, samt at aben ender hos de sundhedsprofessionelle. Forstået på den måde, at hvis ikke der vælges centralt, så risikerer man, at den enkelte læge tvinges ind i prioriteringer, som kan være ødelæggende for behandler-patientforholdet. Selvfølgelig er der prioriteringer, man ikke kan undgå i det konkrete sundhedsprofessionelle arbejde, fx i forbindelse med katastrofer, trafikuheld med mange involverede og lignende situationer, hvor ikke alle kan hjælpes med det samme. I den udstrækning, man kan undgå prioriteringer i det konkrete behandlingsarbejde, er det dog ønskværdigt, fordi de professionelle så kan koncentrere sig om at gøre det så godt som muligt for den enkelte patient uden at skele til, om det samlet set kan svare sig.

I det nationale britiske sundhedssystem (NHS) har man etableret det uafhængige 'National Institute for Health and Clinical Excellence' (NICE), som netop har til opgave at bidrage til mere ensartet, bevidst og gennemskuelig prioritering. Vurderinger fra

NICE betyder bl.a., at NHS afviser at udføre nogle af de behandlinger, der udføres i Danmark. Eksempler på dette findes inden for kræftområdet, hvor nogle behandlinger ikke tilbydes af NHS, fordi de ikke vurderes at give tilstrækkeligt mange leveår i forhold til prisen. Forfægterne af NICE argumenterer for, at det giver en mulighed for at holde styr på de eksploderende medicinudgifter og den konstante strøm af nye behandlinger, industrien tilbyder sundhedsvæsenet. NICE har dog også mange kritikere, og ord som 'dødsdom' finder jævnligt vej til mediernes overskrifter i kølvandet på en af institutionens beslutninger. I Danmark skæver flere trods den megen diskussion, til England i håb om, at man her har fundet en model, som kan forbedre prioriteringsbeslutningerne og gøre dem mere gennemskuelige. En af de vigtige brikker i NICEs arbejde er de såkaldte omkostningseffektivitetsanalyser.

I det følgende skal omkostningseffektivitetsanalyser kort præsenteres og diskuteres. Jeg vil argumentere for, at det er forståeligt, at man i det komplekse og stærkt interesseprægede sundhedsvæsen efterstræber et ensartet og klart princip, beslutninger kan træffes ud fra, men selvom denne metode nok kan bidrage med nyttig information, så bør den af etiske og retfærdighedsmæssige grunde ikke stå alene. Den indfanger kun et aspekt ved det komplekse af mål og værdier, som det moderne sundhedsvæsen er orienteret af.

Omkostningseffektivitetsanalyse og QALY

Omkostningseffektivitetsanalyse bringes ofte frem som en metode, der kan sikre systematik og ensartethed i prioriteringerne. Dyder, der er efterspurgt, fordi sundhedsvæsenet, udover at behandle patienter, er arena for mange interesser, der kan påvirke beslutninger om prioritering på en usaglig måde.

Udgangspunktet for omkostningseffektivitetsanalyserne er, at vi befinder os i en situation med begrænsede økonomiske midler. Man beregner så, hvor meget sundhed forskellige interventioner giver for pengene. Målet er samlet set at maksimere den sundhedsgevinst, man kan få for de midler, der er til rådighed.

Sundhedsgevinst gøres op i antallet af kvalitetsjusterede leveår (Quality-Adjusted Life Year (QALY)). Man tager altså ikke kun udgangspunkt i, om en given intervention fører til patienternes overlevelse; kvaliteten af de leveår, den giver, indregnes også. QALY beregnes ved, at ét leveår med fuld sundhed sættes til 1.0. Har man en svækkelse af en art, vil det så falde til eksempelvis 0.7, og har man flere (eller alvorligere), vil det falde yderligere til eksempelvis 0.2. Der er ligefrem tilstande, der vurderes som værende værre end døden.

Dette kan i praksis anvendes på den måde, at når et medicinalfirma har udviklet et nyt produkt, og det er testet i forhold til, om det virker, er ufarligt etc., vil man ud fra en omkostningseffektivitetstilgang vurdere det i forhold til, hvor mange QALY det giver. Og rationale er, at hvis ikke det giver tilstrækkeligt mange QALY, vurderet ud fra et givent økonomisk skæringspunkt, så afvises det.

For en umiddelbar betragtning virker det jo rimeligt at efterstræbe så meget sundhed for pengene som muligt, men når man går det lidt nærmere efter, er der nogle forbehold, som jeg finder det vanskeligt at komme uden om. Først en generel kommentar og dernæst nogle mere specifikke forhold.

Overordnet forbehold

Fremgangsmåden (prioritering gennem omkostningseffektivitetsanalyser) har den fordel, at beregningerne foretages med udgangspunkt i et ensartet og gennemskueligt kriterium, der hæver sig over de enkelte aktører og deres interesser. Distance er dog også metodens svaghed. Ved på denne måde at gøre prioriteringsbeslutningerne til et teknisk, beregningsmæssigt problem, undlader man at konfrontere en række etiske og retfærdighedsmæssige forhold. Man løser dem ikke, men går til dem som om, de er tekniske spørgsmål. Man 'oversætter' etikken til en teknisk, instrumentel terminologi. Det tages for givet, at målet er maksimering af kvalitetsjusterede leveår, og derfor bliver beslutningstagernes opgave at afgøre, hvilke midler der mest effektivt fører til dette mål. Hermed kan det overlades til eksperter at regne sig frem til, hvilke midler/interventioner der giver flest kvalitetsjusterede leveår. 'Oversættelsen' får beslutningsprocessen til at fremstå objektiv og værdineutral, men tilgangen hviler på en afgørende værdimæssig forudsætning, nemlig at målet med sundhedsydelse er 'maksimering af kvalitetsjusterede leveår'. Dette er dog på ingen måde ukontroversielt. Der er andre konkurrerende goder og mål, som vi ønsker at fremme. Og svaret på, hvilke grundlæggende mål og goder, vi ønsker, vores sundhedsvæsen skal være orienteret af, kan ikke besvares teknisk eller instrumentelt. Omkostningseffektivitetsanalyserne bidrager ikke til afklaring af de forskellige konkurrerende mål og goder. De forudsætter et bestemt og omdiskuteret mål.

Et eksempel fra en noget anden sammenhæng kan her være nyttigt som illustration. I 1995 udspillede et tilspidset handlingsforløb sig i forbindelse med Shells planer om at skille sig af med den utjente olieplatform Brent Spar. Shell besluttede, at inden for en rimelig omkostningsramme var det miljømæssigt mest fornuftige at sænke platformen til havets bund – en beslutning, der blev bakket op af den britiske regering. Greenpeace (og andre miljøorganisationer) protesterede imidlertid kraftigt imod beslutningen og talte for boykot af Shell. Den britiske regering opfordrede Shell til at stå fast, men Shell endte med at sejle platformen til ophugning i Norge.

Som filosofen John Dryzek (Dryzek 2006) har gjort opmærksom på, er konflikten mellem Shell, Greenpeace og den britiske regering kendetegnet ved fokus på forskellige mål og konsekvenser. En given handling har såvel instrumentelle som konstitutive effekter. Det instrumentelle spørgsmål vedrører, som ovenfor omtalt, om handlingen bidrager til at realisere et givent mål, hvor målet tages for givet. Det konstitutive spørgsmål forholder sig til, om en given handling bidrager til en verden, som jeg/vi finder tillokkende og værdifuld. Shell er i deres argumentation fokuseret på de instrumentelle konsekvenser. Der var meget kritik af Greenpeace for ikke at have tilstrækkeligt styr på de miljømæssige konsekvenser af ophugning i forhold til sænkning, men de protesterede ikke kun med udgangspunkt i instrumentelle effekter, men også konstitutive effekter. Deres argumentation vedrørte, hvilke værdier vores samfund skal basere sig på - hvad det er for en verden og et samfund, de forskellige handlinger fører til, og hvordan denne verden bør se ud. De kæmpede imod en verden, hvor man blot smider ting på havets bund, når de ikke kan bruges mere, og hvor man ikke efterstræber genbrug og bæredygtig udvikling. Det er to forskellige rationaler, som en handling kan forstås ud fra. Ja, der er spørgsmål om, hvad der instrumentelt set bedst kan svare sig ud fra eksempelvis en cost-benefit eller en cost-effectiveness analyse, men der er også grundlæggende konstitutive spørgsmål om, hvilket samfund givne handlinger fører til og understøtter, og om dette samfund er attraktivt.

Ligeledes inden for sundhedsområdet. Der er en række instrumentelle spørgsmål, som vi selvfølgelig er interesseret i at få grundigt, videnskabeligt underbygget – eksempelvis

spørgsmål om, hvilke interventioner der vil maksimere sundhedsgevinsten. En prioriteringsbeslutning har imidlertid også konstitutiv betydning. De valg, vi træffer, er med til at bestemme, hvad det er for nogle værdier, vores samfund og sundhedsvæsen er orienteret af. Målet 'maksimering af sundhedsgevinst' er et blandt flere mulige mål. Besvarelsen af spørgsmålene om, hvilket samfund og sundhedsvæsen vi ønsker, og hvilke mål og goder det skal basere sig på, kræver en ganske anden samfundsmæssig afklaringsproces end instrumentel bestemmelse af, hvilke midler der mest effektivt fører til et givent mål. Det implicerer en samfundsmæssig dialog og strid om, hvilke mål og goder der skal være orienterende, og beslutninger om prioriteringer er ikke neutrale i forhold til dette. Hermed bliver prioriteringsbeslutningerne dog på ingen måde simple, for de mål og goder, der er i spil (solidaritet, lige adgang til behandling, 1. prioritet til de dårligst stillede, effektiv maksimering af sundhed, at redde individers liv), vil ofte være konkurrerende. Jeg forestiller mig således ikke en proces, hvor disse mål afklares og fastlægges, hvorefter prioriteringsbeslutningerne så skulle følge pr. automatik, men inddrages de ikke i beslutningsprocessen, vil man mangle væsentlig information.

Specifikke forbehold

Ovenstående overvejelser baserer sig på mere specifikke forhold. En række kunne nævnes, men jeg vil begrænse mig til tre, som alle udfordrer selvfølgeligheden ved 'maksimering af sundhedsgevinst':

1. Omkostningseffektivitetsanalyserne tager udgangspunkt i en maksimering af aggregerede sundhedsgevinster. Det vil sige, at hvis man forbedrer sundheden meget lidt for rigtig mange, så vil det føre til flere QALY (altså mere samlet sundhedsgevinst), end hvis man redder en enkelt persons liv. Flere har argumenteret for, at en særlig prioritet bør gives til de behandlinger, der bidrager til at redde et specifikt individ. Altså, at det har en særlig værdi at redde et menneskeliv i forhold til at sikre mange mindre sundhedsgevinster. Hvorvidt vi ønsker et sundhedsvæsen orienteret af jagten på maksimal sundhedsgevinst, eller vi ønsker et sundhedsvæsen, hvor det at redde et liv har en særlig prioritet, er ikke et instrumentelt teknisk spørgsmål. Valget mellem de to tilgange bidrager til at konstituere værdimæssigt forskellige typer sundhedsvæsen.
2. Der er en grundlæggende diskussion om, hvilken status de dårligst stillede får, hvis man prioriterer med udgangspunkt i QALY. Lad os antage, at vi har en gruppe, hvor personerne er meget syge og dårligt stillet sundhedsmæssigt. De er blandt andet dårligt stillede, fordi der kun er få behandlinger til rådighed, og de behandlinger, der findes, giver kun beskeden sundhedsgevinst - med andre ord vil det ikke give synderligt mange QALY at behandle dem. Prioriterer man med udgangspunkt i maksimering af sundhedsgevinst, ville det betyde, at denne gruppe ikke fik megen opmærksomhed. Er det et efterstræbelsesværdigt sundhedsvæsen? Igen er dette ikke blot et teknisk instrumentelt spørgsmål, men et spørgsmål om, hvad det er for et samfund og et sundhedsvæsen, man ønsker.
3. Og der er et spørgsmål om alder. Skal leveår tælle det samme i en omkostningseffektivitetsanalyse uafhængigt af, om personen er 30 eller 80 år? Burde eksempelvis yngre menneskers leveår tælle mere end ældre menneskers, eller vil det medføre urimelig diskriminering af ældre patienter? Også her står vi med grundlæggende spørgsmål om, hvad det er for en type samfund og sundhedsvæsen, man finder værdifuldt.

Der er gjort en række forsøg på at justere omkostningseffektivitetsanalyser, så de tager højde for nogle af de mest almindelige indvendinger. Men det grundlæggende problem, at der er forskellige konkurrerende mål i sundhedsvæsenet, forbliver en udfordring.

Dyre kræftbehandlinger

Hvor stiller det os i forhold til diskussionen af de eksempler, der er på voldsomt dyre kræftbehandlinger, som bidrager til patientens overlevelse i et relativt begrænset tidsrum? Er to uger 100.000 kr. værd? Er fem måneder 400.000 kr. værd? Det er spørgsmål, som virker kyniske, men som aktuelt diskuteres i hele den vestlige verden, fordi der hele tiden kommer flere og dyrere behandlinger til.

Ingen ønsker et sundhedsvæsen, hvor vi lader de mest udsatte og syge i stikken, men det er også grunden til, at det er vanskeligt at sige stop, og at medicinalindustrien kan prissætte produkterne så dyrt. Værdien at redde menneskeliv er selvsagt helt central. Folk der ligger for døden, pårørende og professionelle knytter store forhåbninger til de farmaceutiske muligheder.

De strenge krav, der aktuelt stilles til videnskabelig dokumentation for virkningen af de produkter, der tilbydes, medvirker til at sikre, at der er tale om et reelt sundhedsbidrag og ikke kun forhåbninger. Ligeledes giver det mening at have et organ, der vurderer forholdet mellem den effekt, en given intervention har, og den pris, den er sat til. Hvis der for en specifik sygdom er flere forskellige behandlinger, som giver stort set den samme sundhedsgevinst, er det oplagt og ukontroversielt at basere beslutningen på omkostningseffektivitetsanalyser. Typisk er billedet dog mere broget. Et eksempel på dette er en i pressen flittigt debatteret behandling mod fremskreden modernærkekræft. Begrundelsen for at tilbyde denne behandling, til trods for en voldsom pris, har været, at selvom den kun giver få måneders ekstra levetid for nogle patienter, så er der ganske god effekt for andre (ca. 10%) i patientgruppen, samt at der ikke er andre behandlingsmuligheder på feltet. Her bliver det noget mere kompliceret. Hvilke værdier er egentlig relevante her?

Så snart omkostningseffektivitetsanalysen bevæger sig over i en form for prioritering, der lægger op til at undlade at behandle en patientgruppe, fordi det bedre kan betale sig at behandle andre (eventuelt for mindre alvorlige lidelser), så bevæger man sig ind i problematisk værdimæssigt farvand. I stedet for at lade som om, det er et teknisk spørgsmål, bør de konfliktende værdier artikuleres og indgå i vurderingen.

Dette har implikationer for, hvordan beslutningsproceduren skal foregå. Spørgsmålet om, hvorvidt en behandling er effektiv, er selvsagt et ekspertmæssigt spørgsmål, som man må afklare med udgangspunkt i den foreliggende videnskabelige evidens. Ligeledes er spørgsmålet om en given behandlings omkostningseffektivitet et ekspertmæssigt spørgsmål. Men spørgsmålet om mål, værdier og konstitutive effekter i sundhedsvæsenet er ikke et eksklusivt ekspertmæssigt spørgsmål. Det vil borgere i almindelighed have noget at sige til. Derfor er det også meningsfuldt, at der arbejdes med fokusgrupper, konsensuskonferencer, borgerråd og generelt med udviklingen af borgerinddragende tiltag, som kan understøtte en aktiv samfundsmæssig diskussion om sundhedsvæsenet og de værdier, det skal være orienteret af.

Hermed gives der ikke et direkte svar på spørgsmålet om, hvad man skal gøre i forhold til fx meget dyre kræftbehandlinger. Men besvarelsen af spørgsmålet om, hvad der skal gøres, kræver en udforskning af spørgsmålet om, hvordan man afgør, hvad der skal

gøres. Der er stadig (selvom prioriteringsdiskussionen har stået på i lang tid) behov for kreativ udforskning og udvikling af de metoder og tilgange, som man trækker på i sundhedsvæsenets komplicerede beslutningsprocesser angående prioriteringer.

Litteratur

Dryzek, J. (2006): Deliberative Global Politics. Polity Press.



DYR MEDICIN

”

Også læger må forholde sig til, at ordination af fremtidens dyre medicin til en patientgruppe vil bevirke, at andre ikke kan få. Vi må som læger derfor indarbejde økonomiske analyser og overvejelser i vores forskning, rådgivning og daglige klinik.

”

Etiske dilemmaer set med lægens øjne

Af Ole Mogensen, dr.med., professor og overlæge
ved Odense Universitetshospital

Den nuværende debat om dyr medicin til terminale patienter udspringer af en nødvendighed. De velhavende, vestlige samfund, inkl. Danmark, har i tiltagende grad vanskeligt ved at betale de stigende sundhedsudgifter. En væsentlig og stærkt stigende del af disse udgifter udgøres af behandling til terminale cancerpatienter.¹ Historisk betragtet har danske læger ikke lagt økonomiske overvejelser til grund for anvendelsen af en given behandling. Lægen har altid set sig som sin patients advokat, og en økonomisk prioritering indgår ikke i den rolle. Prioritering har været overladt til politikere og embedsmænd fjernt fra konsultation og hospital.

Med den nuværende eksplosive stigning i sundhedsudgifterne kan det imidlertid forudses, at der indenfor ganske få år skal prioriteres mellem forskellige behandlinger. I sidste ende er det ikke behandlinger, som prioriteres, men den enkelte patient. Det er læger, som har ordinationsretten og udskriver (dyr) medicin, vi fremskaffer og har overblik over de faglige argumenter for en given behandling, og vi rådgiver både patienter og beslutningstagere. Fortidens manglende økonomiske overvejelser har været bekvem, men også læger må forholde sig til, at ordination af fremtidens dyre medicin til en patientgruppe vil bevirke, at andre ikke kan få. Vi må som læger derfor indarbejde økonomiske analyser og overvejelser i vores forskning, rådgivning og daglige klinik. Dette synspunkt er i god overensstemmelse med det lægeløfte, som alle læger i Danmark aflægger ved afslutningen af uddannelsen. Heri forpligter man sig til "...efter bedste skønnende at anvende mine kundskaber med flid og omhu til samfundets og mine medmenneskers gavn".

Der er imidlertid ingen tvivl om, at økonomiske overvejelser i relation til patientbehandling for mange læger er et kulturskifte, som vil give anledning til mange overvejelser. Nogle af de muligheder, udfordringer og begrænsninger, der er forbundet med lægers økonomiske prioriteringer, vil blive beskrevet i det følgende.

Handling og håb

Læger er bredt uddannede, men er ofte eksperter indenfor ret snævre fagområder (fx lunge- eller brystkræft). Vi ønsker, at lige netop "vores" patienter får den bedst mulige behandling, og at enhver gevinst skal komme "vores" patienter til gode. Dette tunnelsyn kan være specielt fremherskende, når overlevelsen af en given sygdom ikke har udviklet sig nævneværdigt over en årrække. Der opstår et pres for at demonstrere en udvikling, samt en "det er patientens eneste chance", og "vi har ikke andet at gøre godt med" tankegang. Denne frustration er naturligvis forankret i et stort ønske om at gøre

1 I 2011 havde Danmark en udgiftspost til sygehusmedicin på ca. 6 mia. kr. Ca. halvdelen af dette beløb gik til de 25 dyreste lægemidler, hvoraf de 6 var kræftlægemidler. Et af disse midler var Ipilimumab, der virker helbredende for hver 10. patient og livsforlængende for de øvrige. Udgifterne til den samlede behandling med Ipilimumab til 60 patienter inkl. scanninger og kontroller var i 2011 50 mio. kr. (se <http://www.information.dk/293952>)

behandling samt overlevelse bedre. Frustration, som resulterer i rationel tankegang, kan være grobund for naturvidenskabelige undersøgelser til stor gavn for patienterne. Den mere følelsesmæssige del af frustrationen kan imidlertid resultere i skæv ressourceallokering og uhensigtsmæssig behandling. Læger er herudover i meget høj grad uddannede til at træffe beslutninger på baggrund af deres viden. Vi analyserer den kliniske tilstand ud fra teori, blodprøver, billeddiagnostik mm., stiller en diagnose, og så skal der handles: Medicin, operation eller måske flere undersøgelser. Vi er i nogen grad både i egne og andres øjne "redningskvinder", hvilket er et image, som ikke nødvendigvis passer godt sammen med vores opgaver i den terminale fase af livet. Handling (som fx at ordinere en ny biologisk terapi til en terminal kræftpatient) er desuden tidsbesparende og således attraktiv i et presset sundhedssystem, hvor der er en meget begrænset mængde tid til hver patient. Det er herudover vigtigt for mange læger at have afprøvet alle muligheder for behandling. Vi tror og håber nøjagtig ligesom alle andre mennesker. Vi husker alle eksempler på en nærmest mirakuløs effekt af en behandling, og det kunne jo være, at lige netop denne patient får gavn af behandlingen. Døden er et utilfredsstillende, fagligt nederlag, som gør os sårbare over for kritik. Ikke kun de pårørende men også lægen vil ofte spørge sig selv, om behandlingen nu var god nok, og om der kunne have været handlet anderledes. Handling og håb er nært forbundne, og så længe, der er en plan, er man ikke opgivet. En ny behandling, uagtet om den er eksperimentel med usikker effekt og med risiko for alvorlige bivirkninger/komplikationer, giver håb om livsforlængelse og evt. symptomlindring. Svære, tidskrævende samtaler om ophør med aktiv behandling og den kommende afslutning på livet, kan derved udsættes eller helt undgås. Det kan være bekvemt for både læge, patient og pårørende. Konfrontationen med døden vækker stærke følelser i os alle. Det kræver uddannelse, selvindsigt og tid at håndtere livets afslutning professionelt, og disse forudsætninger er ikke altid til stede i det danske sundhedssystem. Hertil kommer, at livets afslutning er så kompleks, at den ikke nødvendigvis kan dækkes af en faggruppe alene. Sammenfattende må det siges, at der ikke er råd til at fastholde håb med handling (ordination af dyr medicin), og vurderet ud fra patientens livskvalitet synes det heller ikke at være en god løsning. Den sidste del af tilværelsen skal ikke nødvendigvis være handlingsorienteret, og det er vigtigt at være opmærksom på de mekanismer, som influerer på det rum, der skabes omkring den terminale patient.

Lodtrækningsforsøg

Læger er først og fremmest fagpersoner, og det er fagligheden, der danner baggrund for en given behandling. Der skal være evidens, og den skal helst være så høj som mulig. Der er ofte en høj grad af evidens for en given kræftbehandling (fx kemoterapi), idet vores viden om behandlingens effekt ofte (men ikke altid) stammer fra lodtrækningsforsøg. Lodtrækningsforsøg anses i mange tilfælde for at være the Gold Standard, når effekten af en ny behandling skal vurderes i forhold til den gamle terapi. Lodtrækningsforsøg er imidlertid sjældent designede til at vurdere omkostningerne ved den nye medicin sammenlignet med standardbehandlingen – det indgår normalt ikke som en del af undersøgelsen. Der indgår normalt heller ikke en vurdering af, om en statistisk signifikant øget gevinst i fx overlevelsen er klinisk relevant. Al behandling har bivirkninger og komplikationer, hvilket påvirker livskvaliteten i negativ retning. En ny behandling vil typisk forlænge livet med uger til få måneder, hvilket sker på bekostning af en nedsat livskvalitet. Det kræver en målrettet forskning at vurdere en mulig livsforlængende effekt i forhold til øgede udgifter for samfundet og nedsat livskvalitet for patienten. Dette kan involvere forskningsmetoder, som læger normalt ikke beskæftiger sig med (fx sundhedsøkonomisk og kvalitativ forskning), ligesom det formentlig kan give udfordringer med finansieringen af visse projekter. Medicinalindustrien vil typisk være interesseret i

en vurdering af den livsforlængende effekt af medicinen, mens omkostningsfordyrende undersøgelser af livskvalitet og omkostninger ved den nye medicin versus overlevelse ikke er så interessante. Hertil kommer, at der kan være et stort pres fra medier og medicinalindustri for at få udmøntet mange års (dyr) forskning i en ændret klinisk praksis.

Tiden, til det første tilbagefald diagnosticeres, er i tiltagende grad blevet accepteret som et primært endemål for lodtrækningsforsøg. Der behøver imidlertid ikke at være en sammenhæng mellem tid til tilbagefald og overlevelsen af en kræftsygdom. Det er særdeles velbeskrevet, at der kan være stor forskel i tiden til tilbagefald ved to forskellige behandlinger, mens den sygdomsspecifikke overlevelse er fuldstændig ens. En vurdering af livskvalitet spiller også her en central rolle.

Lodtrækningsforsøg lider yderligere af den svaghed, at det kun er de stærkeste patienter, der kan indgå i undersøgelsen. De gamle og de svært syge vil således ofte være afskåret fra at deltage. Ligeledes er mange af de nye, dyre medicinske kræftbehandlinger kun afprøvede i meget snævre behandlingssituationer (fx 1. tilbagefald af en kræftsygdom, hvor den primære medicinske behandling blev afsluttet for mere end 6 måneder siden og bestod af et eller flere navngivne kemoterapeutika). De snævre inklusionskriterier i lodtrækningsforsøg gør det vanskeligt at vurdere den kliniske effekt af en given medicinsk behandling, når den tages i anvendelse i hele befolkningen. Patientgrupper (fx patienter, der er ældre end 75 år eller svært hjertesyg), som ikke kunne inkluderes i lodtrækningsforsøget, må antages at reagere anderledes på medicinen. De kan udvikle flere komplikationer, kræve mere støtte i eget hjem og måske have en kortere overlevelse end gennemsnitspatienten i lodtrækningsforsøget. Effekten på overlevelsen i denne gruppe bliver således mindre samtidig med, at samfundets udgifter i forbindelse med behandlingen stiger. Det er herudover en økonomisk og faglig udfordring, at det i USA er vist, at der over tid sker et ret udtalt skred i de terapeutiske indikationer. Dvs. at der gives medicinsk behandling til grupper af kræftpatienter eller til patienter i specielle kliniske situationer, hvor effekten af behandlingen ikke er vist.

Det må konkluderes, at lodtrækningsforsøget er den faglige Gold Standard indenfor lægeverdenen, men det kan i sin nuværende udformning kun vanskeligt anvendes til økonomisk prioritering. Hertil har vi brug for en bedre beskrivelse af sammenhænge mellem livsforlængelse, tid til tilbagefald, livskvalitet og økonomi. Resultaterne af et lodtrækningsforsøg kan ikke altid generaliseres til den gruppe af samfundsborgere, undersøgelsens resultat tænkes anvendt i. Sidst men ikke mindst kommer man ikke uden om en nærmere undersøgelse af de incitament, der ligger bag store, dyre randomiserede undersøgelser. Her vil en signifikant forskel i overlevelsen være et meget eftertragtet primært endemål, hvorimod oplysninger, der er til brug for en økonomiske prioritering, vil være lavt prioriterede.

Livskvalitet og livsforlængende behandling

Forholdet mellem patient og læge bygger på tillid, og i en diskussion af økonomi må det prioriteres, at der ikke kan sættes spørgsmål ved dette tillidsforhold. Det er imidlertid vigtigt åbent at diskutere, hvor længe man skal fortsætte en kostbar behandling, som udelukkende giver kortvarig livsforlængelse, og som ofte har betydelige bivirkninger. Det er beskrevet, at en meget betydelig del (ca. 30%) af udgifterne til medicinsk behandling i det sidste leveår anvendes til behandling i løbet af livets sidste måned. Dette synes paradoksalt, idet der ikke er vist en sammenhæng mellem høje behandlingsudgifter i denne periode og længere overlevelse. Der er derimod vist en sammenhæng mellem høje behandlingsudgifter og fysisk stress/lidelse ("distress") samt dårlig døds-kvalitet.

Disse forskningsresultater har næppe en entydig forklaring. Udenlandske undersøgelser har imidlertid sandsynliggjort, at samtaler med patienten om afslutningen på livet mindsker forbruget af dyre sundhedsydelse (fx respiratorbehandling og indlæggelse på intensivafdeling) samtidig med, at livskvaliteten øges. Det er således tankevækkende, at en optimeret kommunikation mellem læge og patient om afslutningen på livet medfører færre udgifter til behandling samtidig med, at patienten oplever en øget kvalitet. Sådanne samtaler er ikke højt prioriterede i det danske sundhedssystem, og det synes umiddelbart nærliggende at undersøge, om de udenlandske forskningsresultater også er gældende i Danmark.

International enighed nødvendig

Danmark er en del af det internationale samfund, og med de moderne kommunikationsredskaber er nyheder om nye behandlinger kun få minutter undervejs. Danske kræftpatienter har ret til en second opinion, og hvis det skønnes, at der findes en behandling, som er bedre i udlandet, kan man kræve at få udført behandlingen dér. Det er således ikke kun i Danmark, vi skal blive enige om, hvad god terminal behandling og pleje er – og ikke mindst hvad den må koste.

Andre behandlingsformer

Synsvinklen for dette indlæg har været sundhedsudgifter til medicinsk behandling. Det må dog ikke glemmes, at der er andre, dyre behandlingsmodaliteter, som også anvendes i den terminale del af kræftbehandlingen. Operation og stråleterapi ligesom avancerede diagnostiske billedmodaliteter (MR, CT, PET-CT scanning) er dårligt belyst i denne sammenhæng, men spiller uden tvivl en rolle i sundhedssystemets udgifter til terminal cancerbehandling.

Sammenfatning

Sammenfattende må man sige, at når man taler om sundhed, er det altid svært, når alle ikke kan få alt. Det er ekstra svært, når man som læge er tæt på de mennesker, der skal prioriteres, når man ser og fornemmer sygdom og lidelse, og når man er den, der skal komme med det dårlige budskab. Det kan desuden være svært at bevare overblik og rimelighedsbetragtning i en tiltagende subspecialiseret verden, hvor lige præcis den patient, man har i behandling, skal have imødekommet sit behov. Det er imidlertid udfordringer, som må adresseres, når stigningstakten i sundhedsudgifterne skal bremses. Lægers rolle i fremtidens sundhedsprioriteringer kræver debat og ændring i kultur. For at bevare det fortrolige forhold mellem patient og læge er det også nødvendigt åbent og klart at beskrive, hvem der prioriterer hvad.



DYR MEDICIN

”

Hvad der i tidligere tider var uomgængelige vilkår for mennesket – at man måtte leve med sygdom, lidelser og tidlig død – har det moderne hospitalsvæsen gjort til problemer, der kan løses og bekæmpes. Den sundhedsvidenskabelige succes har genereret et forventningspres om, at der da altid må kunne gøres noget.

”

At afstå fra meningsløs behandling

Af Henning Nabe-Nielsen, hospitalspræst på Rigshospitalet

Prioriteringer handler om meget andet end økonomi. Det handler også om, hvilke muligheder der er tilgængelige for os, og hvilke ideer der styrer vores valg.

Mit udgangspunkt for at skrive det følgende er praktikerens. Jeg er hverken historiker, filosof eller etiker, og endnu mindre økonom, men teolog, der reflekterer over de erfaringer, som mødet med patienter, pårørende og personale har givet mig gennem 15 års arbejde som præst på Rigshospitalet i København.

Et af de temaer, der jævnligt dukker op i mødet med patienter og pårørende, kredser om begreberne mening og meningsløshed. Det kan være pårørende, der siger: *"Det sidste halve år gav ikke mening. Hverken vores syge mor troede på det mere, vi gjorde heller ikke, og jeg tror heller ikke, personalet troede på det mere. Alligevel fortsatte behandlingen. Måske skulle vi have prioriteret anderledes?"* Eller det kan være personalet, der siger: *"Det kan være svært at prioritere. På den ene side var der en chance for helbredelse, på den anden side vidste vi godt, at der var stor risiko, mange gener og stærke bivirkninger ved behandlingen. Og når behandlingen er gået i gang, og man har sagt A, så er det, som om bordet fanger, og man også er nødt til at fortsætte og sige B. Det kan være svært at prioritere, så man undgår meningsløs behandling".*

Der er ingen grund til at tro andet, end at alt, hvad der gøres på et hospital, gøres i den bedste mening. Men vi kender vel alle til det, at man midt i en travl hverdag pludselig finder sig selv i stuen med et brev i den ene hånd og en hammer i den anden, og man kan ikke huske, hvad det var, man havde så travlt med. Så hjælper det somme tider at gå tilbage i sit eget spor for at blive mindet om, hvad det var, der var meningen med al travlheden.

Den samme glemsomhed kan utvivlsomt forekomme i store, velsmurte og travle institutioner som fx sundhedsvæsenet. Så man i de innovative bestræbelser på at gøre det bedste bliver grebet af systemets egen logik og dermed kan komme til at ende i det meningsløse. Det er en risiko, som sundhedsvæsenet altid har levet med, og som vi kender fra de bestandige selvopgør, der afslører tidligere tiders fejlbehandlinger, overgreb og blinde vinkler.

Det følgende er et forsøg på at gå tilbage i sygehusvæsenets historie for at spore noget af det tankegods, de ideer og de mytologier, der ligger som en udtalt klangbund under den travle hverdag, der udfolder sig på et moderne hospital. Efter min opfattelse rummer myter i fortællingens form bearbejdnings af vores menneskelige grundvilkår og vores omgang med dem, og derfor kan der stadig være pejlemærker at finde i de gamle mytologier, som muligvis påvirker – måske indirekte – vores tanker og holdninger som behandlere og patienter.

Symboler og mytologier

Skal man finde et hospital, kan man i reglen følge skiltene med det røde samraritkors. Det er det umiskendelige symbol for hospital, og referer til en af de kristne grundfortællinger, nemlig lignelsen om den barmhjertige samaritaner, der hjalp det nødstedte menneske. Tidligere var der over hovedindgangen til Rigshospitalet - først over Frederikshospitalet i Bredgade og siden over den gamle hovedindgang fra Blegdamsvej - et relief, der forestillede den barmhjertige samaritaner, som dermed tydeliggjorde, at grundmyten for hospitalsdriften er at finde i denne fortælling. Relieffet med den barmhjertige samaritaner er for længst havnet som byggeaffald i Nordhavnen.

Når jeg nu møder på arbejde på Rigshospitalet og går ind ad opgang 4, mødes jeg der af et af de andre symboler, der henviser til en af de grundlæggende myter om sygdomsbekæmpelse. Det er eskulapstaven, der forestiller en slange, der snor sig om en stav, og som er symbolet på lægevidenskab og medicin. Somme tider vokser eskulapstaven sammen med symbolet på Hygieas skål, der også forestiller en slange, der snor sig op ad en stav og spytter sin gift i en skål. De to sidstnævnte symboler har deres rødder i den græske mytologi og henviser til den lægende gift, *farmacia*. Selv om de fleste af os vel ikke tænker nærmere over, hvad de to symboler på hospitalet betyder, mener jeg dog, de kan repræsentere to forskellige måder at møde patienten på i hospitalsverdenen og dermed også to forskellige måder at prioritere på.

Den barmhjertige samaritaner

Den første organiserede omsorg for syge udsprang af klostervæsenet, der voksede frem i Europa fra 1000-årene og fremefter. I klosterreglerne havde man gerne en form for "hospitalsforpligtelse" (*hospital* er afledt af det latinske ord *hospes*, der betyder fremmed el. gæst), dvs. en forpligtelse til gæstfrihed. Desuden havde man, under henvisning til Jesu fortælling om "Den barmhjertige samaritaner", en kristen pligt til at tage sig af den syge og nødstedte og yde omsorg og behandling.

Alle klostre har i forskelligt omfang beskæftiget sig med sygepleje, og nogle havde et særligt hospital til at tage sig af syge og nødlidende mennesker, men der var ikke tale om målrettet helbredende behandling, men alene om pleje og omsorg af mennesker uden andre muligheder.

Ved reformationen, der i Danmark blev indført i 1536, blev klostervæsenet afskaffet og munke og nonner "fyret". En del fik dog lov til at føre deres virksomhed videre under forudsætning af, at de antog den nye, reformerte lære. Havde datidens hospitaler for størstedelen været usle asylter for elendige mennesker uden andre muligheder, så blev det ikke bedre efter reformationen. Sjællands første reformerte biskop, Peder Palladius, beskriver i sin visitatsbog *Københavns Hospital*, der lå i Helligåndshuset (sidebygningen til Helligåndskirken på Strøget): "- men vilt du se, hvem du giver din Almisse, da naar du kommer til København og haver der noget at gøre, gik ind i Helliggæstes Hus (Helligåndshuset) midt i Byen! Der skalt Du finde en aaben Dør for Dig; gik der op ad den ene Side og nær(ned) ad den anden, og se, hvilke mange arme Almissehoveder der ligger på de Senge, indført af ganske Sjællands Land, der Næse, Øjne og Mund er afædet af Pokker og Værk og Kræft, der Arme og Ben er afrunden (rådnet af), og endnu ligge og rynde (rådne) af Orme og Madiker og staa ikke til at læge udi deres livstid. Ikke ligger Du derinde, og jeg ej heller, end dog vi have det så vel fortjent, som de have, og at de skulle se dem i Spejl på os, som vi nu må se os på dem." (Peder Palladius's Visitatsbog, v. E. Rosenberg 2. udg. Københ. 1911 - sproget tilpasset.)

Det "Hospital", som Peder Palladius beskriver, har kun navnet til fælles med et moderne hospital. Der er alene tale om et herberg/asyl, og helbredelse var helt uden for horisonten. Sygdom var et livsvilkår, som intet menneske kunne ændre. Patienterne "stå ikke til at læge udi deres livstid". Og sygdom og død var som livsvilkår hævet over forklaring og moralsk fordømmelse; "vi have det så vel fortjent, som de have." Prioriteringen var alene at tilbyde patienterne gæstfrihed (hospitality) i form af omsorg og lindrende pleje.

Hospitaler i mere moderne forstand - det, man senere kaldte sygehuse for at adskille dem fra de gammeldags hospitaler - begyndte først at vokse frem i de europæiske storbyer i 1700-tallet, og i forbindelse hermed opstod en mere systematisk videnskabelig medicinsk viden, der var begyndelsen på den medicinske universitetsuddannelse, der opstod i begyndelsen af 1800-tallet.

Da Frederik V i 1757 byggede Danmarks første moderne hospital i Bredgade, var det kirkelige sprogspil og den traditionelle sammenhængen mellem kirke og hospital stadig tydelig, både i hospitalets arkitektur og fundats.

I arkitekturen afspejledes sammenhængen derved, at hospitalskirken lå centralt i komplekset (den blev i øvrigt også brugt som operationsstue/kirurgisk teater i hverdagene) og over hovedindgangen var det førmtalte relief, der forestillede den barmhjertige samaritaner. Kirken leverede værdigrundlag og ideologisk overbygning til hospitalet; man var under Guds varetægt og omfattet af den kristne tanke om næstekærlighed overfor den nødstedte.

Det særlige ved det nye sygehus var en helt ny og anderledes prioritering, for det nye sygehus var forbeholdt patienter, der kunne helbredes eller i hvert fald genvinde deres arbejdsduelighed.

I fundatsen for hospitalet hedder det, at hospitalet skal være: " - et Hielpe-Middel for de syge, som ikke formåe i deres armelige og nødlidende tilstand at komme sig selv til Hjielp, og dog ved Guds Naadige Bistand og Lægens Hielp, samt en god og tilbørlig Underholdning kunde forhielpes til deres Førlighed igjen, saa de kunde igjen fortjene deres Leve-Brød."

Guds nådige bistand og lægens hjælp forudsættes at skulle arbejde sammen. Den barmhjertige samaritaner skulle samarbejde med farmacia, kirurg og medici.

Pharmacia

Søger man efter grundbetydningen bag farmacia-mytologierne, støder man på navneordet "pharmakos", der egentlig betyder "syndebuk". Det optræder i den græske verden i forbindelse med pharmakos-ritualet, der mest fyldestående er beskrevet hos Hipponax fra Kolophon (sjette århundrede f. Kr.) (Jan Bremmer: Scapegoat Rituals in Ancient Greece).

Ritualet gik ud på, at samfundet i tilfælde af katastrofer, som fx hungersnød, invasion eller pest, udvalgte et menneske - ofte en slave, en handicappet eller en kriminel - som pharmakos/syndebuk, og på forskellig vis ofrede syndebukken for at afværge, at katastrofen ramte fællesskabet. Lignende ritualer er fundet i utallige andre kulturer, bl.a. hos romere, hetitter, indere og tibetanere, og også fra vores breddegrader kendes beretninger om syndebuks-ofringer, der skulle afværge katastrofer, fx så sent som i

fortællingen om *Huru pesten upphörde* (ca. 1710,) der findes i *Halländska Folkminnen, Ur Johan Kalens skrifte* s. 208.

Det er meget voldsomme ritualer og handlinger, der ligger tæt op ad mobnings- og lynchnings-scenarier; men de er ikke til at afvise, for de er massivt til stede og lurker under ethvert samfunds tynde, kulturelle fernis, sådan som det i ekstrem form viste sig i Nazi-tysklands anvendelse af syndebugke-mekanismen.

Logikken i farmakos-ritualerne og farmacia-symbolerne er enkel og ligefrem. For at afværge "den store vold" - dvs. epidemiens eller hungersnødens opløsning af samfundet, samledes man om "den lille vold" og ofrede et enkelt medlem for at redde hele samfundet. "Det er bedre for jer, at ét menneske dør for folket, end at hele folket går til grunde", som det udtrykkes i forbindelse med processen mod Jesus (Johs. 11,50). Den samme logik gør sig gældende, når man som samfund uddelegerer retten til at udøve "den lille, gode vold" til politi og militær for at hindre, at "den store, onde vold" skal ødelægge hele samfundet, og når man uddelegerer retten til at skære, brænde, ætse og anvende gift til en autoriseret lægestand, der ved at anvende "den lille, gode gift", dvs. medicinen, kan forhindre "den store, onde gift", dvs. sygdommen i at ødelægge hele legemet.

Farmacia-symbolerne repræsenterer den side af sundheds- og sygehusvæsenet, der er aktivt agerende og kæmpende imod sygdom, lidelse og forfald.

For at undgå den store vold i form af sygdom og lidelse tillader man lægestanden at anvende den lille, gode vold i patientens tjeneste. Det må man som patient - det betyder egentlig "lidende, tålmodig" - underkaste sig. Og selv om man godt ved, at det er til ens eget bedste, kan det være skræmmende nok. For at helbrede eller hindre fx en kræftsygdom i at ødelægge hele legemet, må man lade lægen skære, brænde og ætse - det, der i medicinsk terminologi hedder kirurgi, strålebehandling og kemoterapi.

Fra "næste-hjælp" til "førstehjælp"

Siden den urgamle farmacia-tænkning blev lægevidenskabelig, har den gjort de gamle hospitaler til moderne, helbredende sygehuse. Succesen har været overvældende til gavn for patienters helbredelse, mindsket dødelighed og øget folkesundhed.

De moderne sygehuse er både blevet velfærdsstatens katedraler og arenaer, hvor det truende onde bekæmpes med den nyeste videnskab og ypperste teknologi. Og kampen genererer helte og ofre, myter og moral. Helten er det sunde, atletiske menneske, der ikke spiser mad, men afmålte proteiner, fedtsyrer og antioxidanter. Det gode er det, der fremmer helbredelse og sundhed. At synde er blevet til et spørgsmål om at gøre eller spise noget usundt. Og hvor man tidligere kunne se dødsannoncer, der handlede om at afdøde "var gået hjem til Gud", der kan man nu se, at den døde "tabte kampen mod kræften".

Hvad der i tidligere tider var uomgængelige vilkår for mennesket - at man måtte leve med sygdom, lidelser og tidlig død - har det moderne hospitalsvæsen gjort til problemer, der kan løses og bekæmpes. Den sundhedsvidenskabelige succes har genereret et forventningspres om, at der da altid må kunne gøres noget. Den moderne patient er ikke et lidende menneske henvist til andres barmhjertighed, men en kritisk forbruger af de sundhedsydelser, der udbydes. Hvis ikke det etablerede system kan gøre noget, så må der findes muligheder på det alternative marked.

Men succesen med at gøre vilkår til problemer har været så stor, at man måske ind i mellem er blevet grebet af systemets logik og har glemt, at der faktisk er vilkår, mennesket må leve med, og at dødsstatistikken i sidste instans stadig ender på 100%. Når glemsomheden indtræffer, kan hospitalsvæsenet risikere at blive blændet af sin egen succesfulde aktivitet og det store forventningspres, og dermed komme til at overløbe - og overbehandle - den patient, der måske snarere havde behov for hjælp til at leve med lidelsens og dødens uafvendelige vilkår. For den prioritering, der ligger lige for, og som så at sige er indbygget i systemets grundmytologi, er at handle eller behandle sig ud af enhver situation. Også selv om man måske slet ikke står overfor et problem, men netop et vilkår.

Den gamle hospitalstanke, der byggede på den barmhjertige samaritaner, og som prioriterede lindring og pleje og overlod helbredelsens mulighed til Vor Herre og den enkelte, er i den grad blevet overskygget af det farmacia-orienterede hospitalsvæsen, der prioriterer helbredelse og den aktive bekæmpelse af sygdom og lidelse.

Den barmhjertige samaritaner på hospice.

Hospicebevægelsen, der for 20 år siden førte til oprettelsen af det første hospice i Danmark, udsprang vel af en voksende erkendelse af, at man i et hospitalsvæsen, der prioriterede problemløsning og aktiv, helbredende behandling, risikerede at overbehandle den patient, der i stedet havde behov for lindring og pleje.

Nogle kritikere frygtede, at hospicetanken blot ville medføre, at man udviklede et tostrengt sygehusvæsen. Et primært system, man arbejdede med helbredende behandling, og hvor man kunne fortsætte det farmacia-orienterede behandlingssystem mere eller mindre uanfægtet. Og så et sekundært system, hvor man kunne parkere dem, der var døende og opgivet af det primære system. De kunne komme over til den barmhjertige samaritaner på hospicet, så han dér - sammen med den længe pensionerede Florence Nightingale - kunne tage sig af den uheldredeligt syge patient.

Men bekymringen er ikke rigtig gået i opfyldelse. For hospicebevægelsen har i stedet ført til, at man i hospitalsverdenen har fået rettet opmærksomheden på, at man ikke blot må prioritere den kurative (med helbredende sigte) behandling, men også den palliative (lindrende/plejende) behandling. Og det palliative speciale er inde i en kraftig udvikling både kvalitativt, altså læge- og sygeplejevidenskabeligt, og kvantitativt, hvor flere og flere hospitaler får palliative afdelinger og udgående teams af palliative eksperter, der kan give højt specialiseret lindrende behandling i hjemmet eller på andre hospitalsafdelinger. Samtidig er der en voksende erkendelse af, at det palliative speciale ikke blot skal aktiveres i livets slutfase, men at den lindrende/plejende behandling langt tidligere skal ledsage anden behandling.

Min pointe er, at vores hospitalsvæsen hviler på to grundmyter. Firkantet opstillet kunne man sige, at det handler om førstehjælp og næstehjælp. "Samaritaner-ideologien" prioriterer det at hjælpe mennesket til at leve med og være i lidelsen - det, man kunne kalde hjælp til næsten eller næstehjælp. Medens "farmacia-ideologien" prioriterer det at bekæmpe og fjerne sygdom og lidelse - det man kunne kalde førstehjælp. Og begge dele er uundværlige og indbyrdes afhængige.

Historisk set har farmacia-ideologien de sidste 250 år haft så stor succes - og det skal ikke beklages, for det har været til alles fælles bedste - at den stærke prioritering af det kurative har givet samaritaner-ideologien trange kår.

For mig at se er udfordringen at få det moderne hospitalsvæsen til at balancere på de to grundmytologier. Således at man ikke ud fra en form for ideologisk forblændelse og stort forventningspres alene prioriterer sygdomsbekæmpelse, og enten kommer til at overbehandle patienten in absurdum, eller opgiver enhver behandling med henvisning til manglende kurativt sigte. Samaritaner-ideologiens rolle i det moderne hospitalsvæsen er hele tiden at holde spejlet op og indskærpe, at patienten skal behandles med den respekt, som vi selv gerne vil behandles med. Således at patient og pårørende aldrig kommer i tvivl om, at den behandling, som patienten udsættes for, er meningsfuld, ikke blot med henblik på livskvantitet, men også med henblik på den enkeltes livskvalitet.

Det betyder vel bl.a., at sundhedsvæsenet i endnu højere grad end i dag er nødt til at inddrage patienten og de pårørende i en dialog, ikke mindst når vi støder på livets ultimative begrænsninger. For det forhold, at næsten alt er blevet medicinsk muligt, betyder ikke, at alt nødvendigvis er gavnligt for den enkelte patient.

Det tvinger den lægefaglige ekspertise ud i overvejelser over og prioritering af, hvilke handlemuligheder der er til gavn for patienten - og også over, hvornår det er gavnligest ikke at handle.

Og det tvinger os som kritiske forbrugere af sundhedsydelser til at erkende, at vi kan ende som patienter - som dem, der ikke altid kan handle os ud af livets vilkår, men som må lide, bære og være tålmodige. Når vi sidder overfor den farmaciakyndige behandler, som vi har overdraget magten til at bruge den "gode vold" imod det onde, som angriber os, så er det vigtigt, at vi ikke blot ser en højtuddannet, specialiseret ekspert, men også et ansvarsfuldt menneske, der kan spejle sig i vores situation, og som vil indgå i en værdig og kompetent dialog med os om, hvilke prioriteter der kan give vores liv indhold og kvalitet.

For mig at se vil en prioritering af grundig og ligeværdig dialog og forventningsafstemning mellem brugere og udbydere af sundhedsydelser gøre sig gældende med stigende nødvendighed. Så må økonomer regne på, om det øgede tidsforbrug til samtaler kan opvejes af de besparelser, der kan opnås ved mindre brug af forprogrammerede udrednings og behandlingsforløb. Der vil under alle omstændigheder være en gevinst at hente - økonomisk og menneskelig - ved at reducere de tilfælde, hvor man ender med at komme i tvivl om, hvad meningen med behandlingen var.



DYR MEDICIN



Samtale mellem Ester Larsen og Jacob Birkler om dyr medicin

Jacob: Prioritering foregår – og bør efter min mening også foregå – mange forskellige steder. Prioritering involverer både det lands- og regionalpolitiske niveau, en række forskellige institutioner og råd som fx Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin, ledelsen på de enkelte sygehuse, de enkelte afdelinger og mange flere aktører. De beslutninger, der træffes ét sted, virker ind på de beslutninger, der træffes andre steder. Det er et meget sammensat system, som er svært at gennemskue. Nogle af prioriteringerne foretages også på det kliniske niveau af den enkelte læge eller sygeplejerske. Det er vigtigt, at beslutningerne på alle niveauer er forbundet med økonomiske prioriteringer. Det gælder dog ikke på det kliniske niveau, hvor udgangspunktet altid bør være patienten og dermed etableringen af en bærende og tillidsfuld relation.

Ester: Prioriteringsprocesserne er virkelig komplicerede. Men når det gælder prioritering på det kliniske niveau, er det afgørende, at den ikke underminerer patientens tillid til lægen. Det er vigtigt, at enhver patient kan stole på, at den behandling, lægen foreslår, er den bedst mulige. Patienten må ikke bringes i en situation, hvor han eller hun nages af mistanke om, at den tilbudte behandling er en discountbehandling, fordi patienten er gammel, eller fordi afdelingens budget er truet af et underskud eller lignende. Hvis der opstår sådanne mistanker, så vokser presset på sundhedsvæsenet i sidste ende, fordi patienterne efterspørger ret til second opinion og flere klagemuligheder.

Jacob: Lægen kan også prioritere på andre måder end ved at tilbyde den næstbedste behandling. Prioritering drejer sig også om, hvor lægen har sit fokus. Jeg mener, lægen kan eksempelvis fokusere mere på at yde omsorg og tage en samtale med patienten end på den rent medicinske behandling. Nogle gange kan dette føre til en bedre behandling for patienten og samtidig rumme besparelser. Det gælder efter min mening i forbindelse med de meget dyre medicintyper, der kan forlænge patientens liv, men sjældent er egentligt helbredende. Det er ikke altid i patientens egen interesse at få denne behandling, hvis den ekstra levetid er forbundet med meget lav livskvalitet. Det kan en samtale måske nogle gange tydeliggøre, så patienten selv vælger medicinen fra.

Ester: Det er jeg helt enig med dig i. Lægen skal påtage sig den svære samtale med patienten om situationens alvor. Behandlingen skal være meningsfuld, og erfarne læger beretter netop, at mange patienter frasiger sig behandling, når de ærligt får beskrevet deres livssituation. Men hvis man politisk beslutter, at der er dyr medicin, der ikke skal kunne tilbydes, så bør sådanne beslutninger efter min mening træffes på europæisk niveau. EU kan fx stille krav om, at meget dyre lægemidler skal have en tilstrækkelig forøget levetidsforlængelse sammenlignet med eksisterende præparater for at opnå godkendelse for at sikre en rimelig sammenhæng mellem pris og effekt. Men man skal

dog her være opmærksom på risikoen for at bremse udviklingen af lægemidler, som ofte foregår step by step.

Jacob: En anden mulighed kunne være at etablere et dansk prioriteringsinstitut, som både kunne udforme overordnede principper for prioritering og tage stilling til mere konkrete prioriterings spørgsmål. På den måde ville instituttet kunne udstikke en retning, som kunne være til støtte for den enkelte sundhedsperson og samtidig give sundhedspersonens prioriteringer en form for legitimitet. Hvis der blev etableret et sådant institut, ville det efter min mening være helt oplagt, at det indgik i et samarbejde med Det Ethiske Råd.

Ester: Hvis sådan et institut kunne bidrage til at sikre en vis synlighed i forbindelse med sundhedsvæsenets prioriteringer og måske også til en mere ensartet praksis, ville det givetvis være godt. Som jeg allerede har været inde på, er det vigtigt, at patienterne har tillid til sundhedsvæsenet. Undermineres tilliden, kan det meget let føre til, at der opstår et endnu mere omfattende marked for sundhedsforsikringer, end tilfældet er nu. Mange vil nemlig gerne forsikre sig mod, at det i høj grad er den enkelte læges vurdering, om man modtager den optimale behandling. Men hvis markedet for sundhedsforsikringer udvides, så kommer den lige adgang til sundhedsydelserne for alvor i fare – og dermed er en af grundpillerne i velfærdssamfundet faldet.

Jacob: Jeg er også fortalere for et solidarisk sundhedsvæsen. Netop derfor mener jeg også, at det er vigtigt, at prioriteringerne ikke kun afgøres ud fra den nytteetiske tænkning, der har vundet mere og mere indpas både i sundhedssektoren og mange andre steder. Ud fra den drejer det sig kun om at få mest mulig livskvalitet ud af pengene. Etik bliver med andre ord reduceret til ét stort regnestykke. Ud fra den måde at tænke på, kan det virke irrationelt at bruge penge på dyr medicin til døende mennesker, men efter min mening bør økonomien kun sjældent være begrundelsen for ikke at tilbyde en behandling. Den kan være en af begrundelserne, men der er mange andre etiske principper, det er lige så vigtigt at tage med i betragtning. Det kunne fx være et princip om, at jo mere alvorlig sygdommen er, desto større krav har patienten på at få behandling.

Ester: Måske skulle man gøre mere ud af det informerede samtykke, så det sikres, at patienten i samråd med den behandlingsansvarlige læge kan træffe et valg, der forholder sig realistisk til patientens livssituation. Det er faktisk lægens opgave at sikre, at behandlingen er meningsfuld. Antagelig udsættes en række patienter for behandlinger, som nok virker, men som ikke nytter, fordi de medfører større ubehag og flere begrænsninger – og som dermed ikke har den effekt, patienten ønsker. Det er et alvorligt dilemma, som nok bør inddrages mere i prioriteringsdebatten.

Jacob: Det er jeg fuldstændig enig i. Der vil altid være tale om en sammensat og kompliceret vurdering, hvor mange faktorer indgår. I nogle tilfælde er det måske rigtigst og bedst for patienten at få tilbudt dyr medicin med et livsforlængende sigte, mens dette ikke gælder i andre situationer. Derfor synes jeg også, at et prioriteringsinstitut skal have som en af sine mest fremtrædende opgaver at ruste sundhedspersonerne på det kliniske niveau til at træffe beslutningerne. Det kan ske på mange måder, både ved at udstikke rammer, at udvikle frugtbare processer og ved at bidrage med perspektiver og principper, sundhedspersonen kan trække på i dialogen med patient og pårørende.

Ester: Under alle omstændigheder er den samlede prioriteringsproces med til at afgøre, hvilke beslutninger det overhovedet er muligt for klinikerne at træffe. Af den

grund kan man ikke diskutere spørgsmålet om brugen af dyr medicin helt løsrevet fra problemstillingen om, hvordan prioriteringsprocessen fungerer og bør fungere.

Jacob: Rigtigt, det er i høj grad den samlede prioriteringsproces, der er med til at give de konkrete beslutninger legitimitet. Men derfor kan man jo godt have en mening selv. Jeg vil da gerne melde ud, at jeg ikke er ubetinget modstander af at benytte dyr medicin med livsforlængende sigte til terminale patienter, hvis de stadig ønsker det efter en grundig samtale med lægen.

Ester: Jeg taler på ingen måde for, at man skal undlade at tilbyde dyr, livsforlængende medicin. Men jeg gør alene opmærksom på, at ønsker man at forlade den nuværende bløde prioritering, hvor alle godkendte lægemidler kan benyttes efter lægens skøn, men hvor der udstikkes faglige retningslinjer, så bør det ske på en måde, der ikke antaster vores største velfærdsgode, den lige adgang til sundhedsydelse.

BETRIEBLICHES BETRIEBLICHES



Indledning om brugerbetaling

Brugerbetaling på bestemte ydelser kan forekomme at være et effektivt middel til at løse problemerne med at finansiere det danske sundhedsvæsen i fremtiden. Hvis patienten selv skal betale en del af omkostningerne til en given ydelse, er det nærliggende at antage, at dette vil bidrage til at forbedre samfundets økonomi. Brugerbetaling synes også at have den klare fordel, at det er en synlig og gennemskuelig form for prioritering. Man er ikke i tvivl om, hvad der foregår, når man selv skal have tegnebogen op af lommen. Derfor er der også grund til at antage, at den overflødige brug af sundhedsvæsenets ydelser kan nedbringes væsentligt.

Ifølge et forslag fra Kjeld Møller Petersen, Michael Bech og Karsten Vrangbæk¹ kan en forholdsvis beskeden brugerbetaling (fra 20 til 150 kr.) på bestemte ydelser hos den alment praktiserende læge, vagtlægen, den specialpraktiserende læge, ved skadestuebesøg samt ambulans behandling og hospitalsindlæggelse tilsammen bidrage med en besparelse på ca. 3,3 milliarder kroner årligt svarende til ca. 2,5 % af de samlede sundhedsudgifter. En del af denne besparelse – ca. 2 milliarder – skyldes selve brugerbetalingen, mens de resterende 1,3 milliard stammer fra et forventeligt lavere forbrug af ydelserne. Den sidstnævnte besparelse skal ses på baggrund af, at et helt gratis system fremmer et overforbrug af sundhedsydelser forstået på den måde, at patienten efterspørger ydelsen uden egentlig at have behov for den, fordi den er gratis for ham eller hende selv. I en ideel verden vil patienten derfor heller ikke komme til at lide under, at ydelsen koster penge, da det blot vil sikre, at patienten kun efterspørger ydelsen, når behovet er reelt.

På det seneste er brugerbetaling ofte sat på den politiske dagsorden. Men meget tyder på, at problematikken er alt andet end enkel – og verden alt andet end ideel. Dette gælder i forbindelse med faktuelle spørgsmål som fx: Gavner brugerbetaling samlet set samfundets økonomi? Men også i forhold til etiske spørgsmål som fx: På hvilke områder er det mest acceptabelt at indføre brugerbetaling?

Artiklerne i denne blok demonstrerer til fulde de forskellige typer af komplikationer, som spørgsmålet om brugerbetaling er forbundet med.

Praktiserende læge, Michael Dupont, giver et bud på, hvordan brugerbetaling må forventes at påvirke konsultationen hos den praktiserende læge. En markant ændring vil være, at patienten forventer at få noget for sine penge, når han eller hun selv skal betale et beløb på fx 300 kr. Derfor vil det være svært at sende patienten hjem med besked om at se situationen lidt an og komme igen, hvis det ikke bliver bedre. Det kan få afsmittende effekt i ordinationsmønstrene af fx antibiotika. Noget lignende vil gælde henvisningsmønstret til speciallæge eller videre undersøgelse, hvilket i sidste ende kan føre til overbehandling. Af disse og andre grunde håber forfatteren, at den dag, hvor man

¹ Se "En analyse af det danske sundhedsvæsen og 10 løsningsforslag" – The Consensus Report

kan finde et gavekort til tre konsultationer hos den praktiserende læge, ligger ude i en fjern fremtid.

Troels Kristensen, ph.d., Line Bjørnskov Pedersen, ph.d., og Kim Rose Olsen, ph.d., alle adjunkter ved Forskningsenheden for Almen Praksis og Center for Sundhedsøkonomisk Forskning (COHERE), Syddansk Universitet, belyser brugerbetaling ud fra økonomisk teori og empiri. Artiklen gør det klart, at det er vanskeligt at vurdere de samfundsmæssige konsekvenser af at indføre brugerbetaling hos den praktiserende læge. Dette skyldes blandt andet de såkaldte sideeffekter ved lægebesøg. Eksempelvis er det ikke kun patienten, der får glæde af en behandling som fx en influenzavaccination. Det gør familien, arbejdskolleger og dermed i sidste ende hele samfundet også. Derfor er det uheldigt, at brugerbetaling tilskynder den enkelte til at undgå lægebesøg, som han eller hun ikke selv anser for at være nødvendige. Problemet forstærkes af, at den enkelte ikke altid er i stand til at afgøre, om en behandling er nødvendig eller ej og dermed kan ende med at fravælge væsentlige konsultationer. Det konkluderes, at det ikke er givet, at indførelse af brugerbetaling på besøg hos den praktiserende læge samfundsmæssigt set vil have positive økonomiske konsekvenser. Derimod må det forventes at føre til større ulighed i sundhed.

Lone Schmidt, lektor, dr. med. og Søren Ziebe, klinikchef, dr. med., fremlægger og diskuterer den debat om brugerbetaling for kunstig befrugtning, der i en årrække har stået på i Danmark. Artiklen illustrerer, at diskussionen om brugerbetaling må tage udgangspunkt i de helt specifikke forhold, der knytter sig til et givent område. Diskussionen har fire hovedtemaer. Det første er, hvilke argumenter der ud fra et samfundsmæssigt perspektiv kan anføres for og imod brugerbetaling for kunstig befrugtning. Det andet er, hvordan det indgår i diskussionen, om infertilitet betragtes som en sygdom eller ej. Det tredje er, om kunstig befrugtning meningsfuldt kan sidestilles med adoption. Og endelig diskuteres brugerbetaling i forbindelse med enlige kvinder og lesbiske par. Sammenfattende lægger forfatterne vægt på, at infertilitet normalt må betragtes som en kronisk sygdom, der ikke kan kureres. I diskussionen om brugerbetaling må kunstig befrugtning derfor sammenlignes med andre kroniske sygdomme som fx diabetes.

Thomas Søbirk Petersen, lektor, ph.d. og Frej Klem Thomsen, forskningsadjunkt, ph.d., begge fra Institut for Kultur og Identitet, Roskilde Universitet, diskuterer, hvilke områder der bør være brugerbetaling på, givet at der skal være en vis brugerbetaling. Der argumenteres for, at det er vanskeligt at pege på moralsk relevante forskelle, der kan begrunde, at vi har brugerbetaling ved fx besøg hos tandlæge og fysioterapeut, men ikke hos praktiserende læge. I forlængelse heraf nævnes det som en mulighed, at brugerbetaling bør spredes ud over mange områder, hvilket ikke svarer til den nuværende praksis. Et andet tema er, hvordan det kan undgås, at brugerbetaling forøger den allerede eksisterende ulighed i sundhed. En mulighed er her, at der etableres et skråt loft for den procentvise udgift til sundhedsydelser, fx 2% for personer med høj indtægt og ½% for personer med lav indtægt.

Efter de fire artikler er der en samtale om brugerbetaling mellem Gunna Christiansen, tidligere medlem af Det Ethiske Råd (udtrådte i slutningen af 2012), og Lillian Bondo, medlem af Det Ethiske Råd.



BETALING- BRUGER-

”

Så den dag, hvor man kan finde et gavekort under juletræet til 3 konsultationer hos lægen, ligger forhåbentlig ude i en fjern fremtid.

”



Et stk. konsultation – så gerne

Af Michael Dupont, praktiserende læge

Konsultationen som en vare, som en tjenesteydelse, man køber og betaler for, er en tanke, der ligger de fleste læger fjernt. Men det vil være den realitet, der sniger sig ind i kliniklokalerne, hvis der skal være egenbetaling på denne ydelse. Og det er jo ikke rent tankespind. Vi har brugerbetaling i forvejen på adskillige sundhedsydelser, men primær lægehjælp og hospitalsbesøg har altid været unddraget.

Det har været udlagt som en tilfældighed af forskellige politikere, men det har nu en solid historisk forklaring i Sygekasseloven fra 1892, hvor det blev stadfæstet, at lægehjælp og hospitalsbehandling skulle være gratis.

Det var dengang – om muligt – en endnu mere dominerende del af det sundhedstilbud, der var. Medicinudgifter fyldte ikke rigtig noget i modsætning til nu, hvor udgiften til medicin overstiger udgiften til lægehjælp i primærsektoren.

Tandlæger, fysioterapeuter og kiropraktorer var ikke-eksisterende i 1892. Jo, tandlæger var der vel, men de tilbød næppe andet end tandudtrækninger til den almindelige dansker.

Så det var primært lægehjælp – i praksis og på sygehuse – der var efterspørgsel efter. Derfor var det politiske fokus også at gøre dette tilgængeligt for alle dele af den voksende befolkning.

Hvis man anlægger en ren markedsorienteret betragtning på sundhedsvæsenet, forekommer det jo som om, at det er et marked uden begrænsninger. Der kommer bestandigt nye varer på hylderne, og en stadig mere veluddannet befolkning stiller stadig større krav til sundhedsvæsenet.

Dertil kommer, at det stadig i stor udstrækning er gratis ydelser. Konsekvensen er, at man næsten uundgåeligt får et ukontrollabelt marked med en stadig stigende efterspørgsel på sundhedsydelser. Som konsekvens heraf dukker spørgsmålet om brugerbetaling på lægehjælp op med en fuldstændig regelmæssighed. Som regel i god afstand fra det næste valg, for der er lige så mange – eller rettere lige så få – stemmer i brugerbetaling som i afskaffelse af monarkiet.

Eller som en politiker engang smagfuldt udtrykte det: "Det er svært at få bananer op af abegrotten."

Men vil brugerbetaling gøre en forskel i den daglige kontakt med patienterne for eksempel i en almindelig lægepraksis? Ingen ved det. Jeg har ikke kunnet finde noget videnskabeligt arbejde, der påviser adfærdændringer mellem patient og læge før og efter en brugerbetaling, så der er frit spil for hypoteser.

En ting er dog sikker. Det vil påvirke efterspørgslen, hvis der bliver indført brugerbetaling. Her er markedet ikke anderledes end andre steder, og de få gange, hvor der har været brugerbetaling på ydelserne i almen praksis – under konflikter med sygesikringen – har det da også været et gennemgående træk.

Antallet af patienter i venteværelset falder fra første dag, og lægerne bekymrer sig over, hvordan de nu skal få økonomien til at hænge sammen.

De ældre kolleger, der var involveret i konflikten i 1984, fortæller, at efter en periode nærmede forbruget sig det normale. Men der var jo heller ikke 100% brugerbetaling, idet patienterne kunne få refunderet udgifterne af kommunen.

At forbruget af ydelser i primærsektoren er lavere i fx Sverige, hvor der er en vis egenbetaling, taler jo også for påvirkning af efterspørgslen. Situationen i vores naboland er dog også præget af et meget dårligt udbud af lægehjælp i primærsektoren i store dele af landet. Og så søger folk jo andre steder hen efter hjælp.

Og svenske patienter og læger kikker misundeligt over Øresund. Patienterne fordi der er adgang til læger og tilmed gratis, og lægerne fordi det danske system sikrer lægerne større indflydelse på deres arbejde og dermed arbejdsglæde.

Det første, der vil ske, hvis vi indfører brugerbetaling i almen praksis uden samtidigt at gøre det på skadestuer, ambulatorier eller for den sags skyld i kommunale sundhedstilbud som fx i forbindelse med sårbehandling, er jo, at folk søger derhen, hvor det er gratis. Man søger derhen, hvor ydelserne er gratis forudsat at kvaliteten holder og måske endda også, hvis den ikke holder. Det behøver man vist ikke at påvise videnskabeligt.

Så hvis konsultationen skal være en vare, skal den være det over hele linjen. Ellers nedbringer man hverken omkostningerne eller antallet af konsultationer.

Så når patienten kommer ind til mig i min klinik efter at have afleveret fx 300 kr. i skranken, hvilke forventninger har hun mon så?

Som udgangspunkt nok at få noget substantielt for sine penge. I mange tilfælde vil substansen være tid, men netop derfor vil det nok være begrænset, hvor mange hurtige konsultationer, vi kan have i vores dagligdag. Derfor vil det være svært at få plads til de meget tidskrævende konsultationer og få en kalender med mange kontakter til at hænge sammen.

Medmindre man ligefrem fakturerer pr. minut, vil patienten forvente et vist minimumsforbrug af tid. Vi har en del korte konsultationer, hvor vi primært beroliger patienterne og afkræfter alvorlig sygdom. Som oftest med den sikkerhedsventil, at patienten kan komme igen, hvis der sker en uventet udvikling til det værre i symptomerne. Den ekstra konsultation vil nu være omkostningsforøgende for patienterne, og det vil de jo gerne undgå, så der vil være en forventning om, at alt kan klares indenfor denne ene konsultation, også de eventuelle forværringer, der måtte komme i tilstanden.

Det er ikke svært at forestille sig, at det kan få afsmittende effekt i ordinationsmønstrene af fx antibiotika. Den afventende holdning, som jo legitimeres af bl.a. tilbuddet om en ny gratis konsultation, vil blive afløst af en mere rundhåndet ordination, hvor det så overlades til patienten at tage medicinen ved evt. forværring. Medmindre man da for

en sikkerheds – og for patientens pengepungs – skyld vælger at sænke tærsklen for ordination af antibiotika. Stik imod de intentioner, som bl.a. antibiotikarådet står for. Det er måske et skræmmebillede, men mon ikke mange ældre kolleger, der har oplevet tider med mange selvbetalende gruppe-2 patienter, kan genkende lidt af billedet. Henvisningsmønsteret vil også ændre sig. Vi har nu en rolle som visitatorer, hvor vi skal afbalancere patientens behov med det udbud, der nu er af speciallæger eller diagnostiske tilbud på sygehuse eller klinikker. Mange ting har rigtig godt af at vente lidt med at blive videreundersøgt. Meget falder til ro af sig selv, og det accepterer patienterne da også i vid udstrækning.

Men næppe i samme udstrækning, hvis der er penge mellem læge og patient ved hver konsultation. Vi har en situation, der minder om det, når vi sidder med en patient, der vil bruge sin private sundhedsforsikring i forbindelse med udredninger. De har ofte næsten bestilt MR-scanningen inden konsultationen, for det "har de ret til" i deres egen selvforståelse, når de – eller arbejdsgiveren – nu har betalt for forsikringen. Forsikringsselskaberne er så ikke helt enige, men det er en anden sag.

I en stor spørgeskemaundersøgelse, hvor over 60% af landets praktiserende læger svarede, var det helt tydeligt, at flertallet af lægerne følte et pres fra patienternes side om at blive henvist til udredning eller behandling i en udstrækning, der ifølge lægerne ikke altid var strengt indicerede.

Og som i sidste instans kan føre til overbehandling, fordi tingene ikke når at gå over af sig selv – en bekymring lægerne også gav udtryk for i undersøgelsen.

Men er lægerne da stik imod brugerbetaling og så konservative, at de ikke vil flytte sig en millimeter fra det nuværende system? Det tror jeg egentlig ikke. Rigtig mange giver udtryk for, at den begrænsning, det ville give i henvendelserne ved brugerbetaling, den kunne man godt bruge. Specielt i en tid hvor ressourcerne – tid og penge – ikke følger med i en udstrækning, der matcher den stadig stigende efterspørgsel. Men samtidig spores en frygt for, hvilke konsultationer der sorteres fra. Vil det blive JOKerne (jævnt overflødige konsultationer), eller vil det blive de socialt belastede og risikotunge patienter, der udebliver. At overse noget – specielt i den tungere ende af sygdomsspektret – er enhver læges mareridt. Utrygheden ved, at patienter bliver væk af økonomiske årsager, vil ligge som en slags skygge over dagligdagen.

Et betalingssystem vil selvfølgelig tage sociale hensyn. Måske bliver pensionister, arbejdsløse og børn fritaget, og så vil det problem blive minimeret. Det vil ordningen til gengæld også, for hvis den kun skal gælde arbejdsføre mennesker, taler vi jo om et mindretal af befolkningen og oven i købet det mindretal, der går mindst til læge. Og så mister en egenbetaling næsten sin adfærdsregulerende virkning og bliver en ren ekstraskat på arbejde. Det er vist ikke politisk gangbart for tiden.

Vil det blive en stor markedsplads, hvis der kommer brugerbetaling? Det er der næppe noget ønske om, og ingen af de forslag, der er set indtil videre, lægger op til det. Så skulle man gå hele vejen og lave en amerikansk præ-Obama model med et helt frit marked, hvor man kunne shoppe frit mellem de forskellige udbydere – og så betale via sin private forsikring. Der er vist enighed om, at det ikke genererer mere sundhed og har en social slagside, som er uforenelig med en dansk tankegang.

Og da et af formålene – selvom det ikke bliver udtalt helt klart fra politisk side – er en begrænsning af forbruget, så er de modeller, som fx Velfærdskommissionen bragte i

spil jo baseret på, at det nuværende listesystem, hvor hver enkelt borger er tilknyttet en bestemt praksis hos en praktiserende læge, bibeholdes. Blot skal forbruget monitoreres via sygesikringskortet, og så får man sin ekstra sundhedsskat, når året er omme. Et udspil, der jo blev opfattet som en udhuling af skattestoppet, som den tidligere regering havde som erklæret grundlag. Det ellers meget interessante udspil nåede derfor aldrig nogensinde at blive seriøst diskuteret, da regering og opposition kappedes om at skyde det ned inden, det overhovedet kom i luften.

Lægeforeningen har altid haft det som erklæret politik, at der ikke skal være brugerbetaling på basale lægelige ydelser. I mine stille – nej i mine travle – stunder, når jeg ser et venteværelse, hvor der ikke er stole nok til alle patienterne, kunne jeg såmænd godt ønske mig en udrensning via brugerbetaling.

Men når der så kommer en patient, der insisterer på en lægelig velsignelse af en overflødige undersøgelse, så vinder konservatismen, og jeg sværger til vores nuværende system. Det kan fx være en patient, der har forudbestilt en MR-scanning af sit knæ, fordi han fik en lille skade på skiferien i sidste uge – og som på ingen måde er til sinds at lytte til mit råd om at "se tiden an."

For i det store spil: Vi har stadig en af de mest veldrevne og økonomisk ansvarlige primærsektorer i verden. Der skal være tungtvejende grunde til at sætte det på spil. De lande, der har velfungerende primærsektorer, der ligner vores som fx Holland og England, har samme grundlæggende koncept: Fri og gratis adgang til primærsektoren, men til gengæld en fagligt stram og økonomisk ansvarlig visitering af ydelserne fra lægernes side.

Jeg tror – men ved det ikke – at det giver mest sundhed for pengene.
Jeg tror – men ved det ikke – at det giver den bedste læge-patient relation.

Så den dag, hvor man kan finde et gavekort under juletræet til 3 konsultationer hos lægen, ligger forhåbentlig ude i en fjern fremtid.




BETALING- BRUGER-

”

Det er ikke kun patienten, der får glæde af behandlingen, men også familien, arbejdskollegaer og dermed hele samfundet. En influenza-vaccination har ikke kun den værdi for samfundet, som patienten betaler, men også værdien af, at patienten ikke smitter andre borgere.

”



Brugerbetaling i almen praksis: Hvad vil der ske, hvis vi indfører brugerbetaling for besøg hos den praktiserende læge?

Af Troels Kristensen, adjunkt, cand.oecon., ph.d.,
Line Bjørnskov Pedersen, adjunkt, cand. oecon., ph.d.,
Kim Rose Olsen, adjunkt, cand. polit., ph.d.
- alle fra Forskningsenheden for Almen Praksis og Center for Sundhedsøkonomisk
Forskning (COHERE), Syddansk Universitet

1. Hvorfor er det relevant at se på effekten af brugerbetaling?

Brugerbetaling er et instrument blandt flere mulige sundhedspolitiske virkemidler, som kan bruges til at bidrage til finansiering og regulering af sundhedsvæsenet. Som følge af den finansielle krise har der bl.a. været fremsat forslag om øget brugerbetaling på lægebesøg [1;2]. Både for at få flere indtægter til finansiering af sundhedssystemet og for at gøre sundhedsydelse mere økonomisk effektive via en mere optimal fordeling af ressourcerne. KV-regeringen indførte brugerbetaling på tre typer hospitalsbehandling: Fertilitets-, sterilisations- og refertilitetsbehandlinger [3]. Flere af vores nabolande har indført brugerbetaling på besøg i almen praksis [2,4]. En ny dansk undersøgelse viser, at fremtidens praktiserende læger er mindre negative over for brugerbetaling end de nuværende [5].

Brugerbetaling er af sundhedspolitisk interesse, fordi brugerbetaling vedrører spørgsmål om omkostninger, adgang og lighed i sundhed. Eksempelvis kunne man hævde, at brugerbetaling vil sænke omkostningerne til sundhedsvæsenet, øge adgangsmuligheden fordi efterspørgslen falder, men øge uligheden i sundhed, da brugerbetaling har diskriminerende effekter. Disse effekter kan være i konflikt med den ideelle sundhedspolitik, som bl.a. gerne skulle sikre, at alle patienter får den nødvendige behandling, samt at tvivlsom og unødvendig behandling elimineres.

Det er kapitlets formål at bidrage til mere klarhed, viden og debat om emnet ud fra økonomisk teori og empiri. Afslutningsvist perspektiveres der til andre fagområder, og der gives et bud på, hvordan økonomi kan benyttes til at inddrage etiske overvejelser i beslutningsprocessen.

Fastsættelse af det optimale omfang af brugerbetaling kræver meget både teoretisk og empirisk – og kan ikke foretages uden, at der foretages en række antagelser og kompromisser. Derfor indledes med en økonomisk forståelsesramme [1;2].¹

¹ En mere omfattende analytisk ramme om brugerbetaling er nærmere beskrevet i [6].

2. Økonomisk forståelsesramme: Om brugerbetaling ved besøg hos den praktiserende læge

I sammenligning med private markeder, hvor formålet med prissætning af serviceydelser alene er profitmaksimering, så er fastsættelsen af priser på lægebesøg i form af brugerbetaling mere kompleks. Det skyldes bl.a. imperfektioner på markedet for lægebesøg, som kræver politisk regulering. Ved imperfektioner forstås, at ressourcerne ikke bliver fordelt optimalt som følge af bl.a. manglende konkurrence, utilstrækkelig information, manglende adgang til sundhedsydelser, positive sideeffekter ved lægebesøg og markedsuligevægt [7].

Offentligt fastsatte brugerbetalingstakster vil ofte være bestemt af en kombination af flere faktorer som fx behovet for balance i den offentlige økonomi og modsatte krav om etik og lighed i sundhed [8;9].² Desuden vil konkrete beslutninger om brugerbetaling på lægebesøg være påvirket af politiske overbevisninger og præferencer blandt politikere og beslutningstagerne i fx Sundhedsministeriet og Finansministeriet. Der er samtidigt et behov for, at beslutningerne om brugerbetaling er transparente og rationelle for borgerne [8]. Manglen på et klart rationale bag brugerbetalingen i sundhedsvæsenet er også med til at gøre myndighedernes prisfastsættelse på brugerbetaling til en udfordring [2;10].

2.1 Sideeffekter ved lægebesøg

Man kan begrunde tilskud til besøg i almen praksis med, at der forekommer såkaldte sideeffekter ved lægebesøg. Begrebet sideeffekter henviser til, at et lægebesøg ikke kun har betydning for den enkelte patient, men eksempelvis også kan bidrage til at skabe viden om sygdomme, der kan bruges til at forebygge eller lindre sygdom hos andre. Prissætningen på et frit marked tager ikke højde for disse sideeffekter [11]. Markedskræfternes manglende hensyntagen til lighed i sundhed og fx etiske overvejelser om fordelingen af sundhedsydelser, som ikke indgår i markedets prissætning, er årsagen til, at regulering af markedet er nødvendig for samfundet.

Generelt vidner den nuværende regulering i form af tilskud til "gratis" lægebesøg om en tiltro til, at der samlet set er positive samfundsmæssige sideeffekter ved lægebesøg. Det er ikke kun patienten, der får glæde af behandlingen, men også familien, arbejdskolleger og dermed hele samfundet. En influenza-vaccination har ikke kun den værdi for samfundet, som patienten betaler, men også værdien af, at patienten ikke smitter andre borgere. Der kan også opstå negative sideeffekter ved lægebesøg. Fx kan et besøg være med til at skabe ventelister hos lægen, som minimerer andres værdi af et lægebesøg. Utilsigtede hændelser er et andet eksempel på en negativ sideeffekt, som markedet heller ikke direkte kan håndtere. I sidstnævnte situation suppleres markedet af patient- og kvalitetssikringsinstitutioner og evt. retsvæsenet, da tilskud ikke kan løse dette problem. De samfundsmæssige netto-sideeffekter ved lægebesøg forventes at være positive. Samfundet er eksempelvis villig til at betale mere for den samme mængde lægebesøg eller betale for flere lægebesøg end den enkelte borger. For at sikre samfundsmæssige velfærdsgevinster ved lægebesøg i form af en større efterspørgsel end borgernes private efterspørgsel efter lægebesøg er det derfor nødvendigt at benytte offentlige tilskud til lægebesøg.

2 Andre faktorer er jf. [8-9]: Myndighedernes kapacitet til og ansvar for at påvirke og ændre borgernes adfærd ved at skabe incitamenter og dis-incitamenter i overensstemmelse med politiske beslutninger, pres på myndighederne for at lægebesøg skal ligestilles med et offentlig gode uden brugerbetaling, myndighedernes ansvar for at kunne retfærdiggøre prissætningen over for brugere/interessenter, national konkurrencelovgivning, myndighedernes monopol ved prissætningen.

2.2 Hvad vil der ske med mængden af lægebesøg, hvis man indfører brugerbetaling?

Antallet af lægebesøg forventes generelt at falde med stigende brugerbetaling [11-14], selvom man ikke kan afvise, at nogle grupper vil komme mere.³ Spørgsmålet er, hvor meget antallet af lægebesøg må forventes at falde, hvis brugerbetaling indføres. Hvis en evt. brugerbetaling kommer til at ligge på et relativt lavt niveau og udgøre en lille andel af borgernes budget, vil brugerbetalingen – alt andet lige - tale for en relativt lille mængdevirkning. På samme måde vil det, at et lægebesøg betragtes som en nødvendighed, være et argument for en relativt lille nedgang i antallet af lægebesøg. Derudover forventes der at være forskel på den kortsigtede reduktion i antallet af lægebesøg og reduktionen på længere sigt. For eksempel er det sandsynligt, at borgerne på længere sigt vil reducere efterspørgslen mere, end det vil være tilfældet på kort sigt, fordi de har haft tid til at tilpasse deres adfærd til brugerbetaling.

2.3 Den optimale mængde lægebesøg og brugerbetaling

Det samfundsmæssigt optimale antal lægebesøg kan i princippet bestemmes som det antal besøg, hvor samfundets efterspørgsel (betalingsvilje) svarer til samfundets omkostninger til et ekstra lægebesøg [1,11]. Den tilhørende optimale brugerbetaling findes dernæst som den pris, samfundet er villig til at betale, minus de positive nettosideeffekter. Udfordringen er at afdække, hvad denne brugerbetaling skal være i praksis. Den samfundsmæssigt optimale mængde lægebesøg og den tilhørende brugerbetaling er bestemt af flere faktorer, som har indflydelse på effekten af at indføre brugerbetaling: Omfanget af netto-sideeffekter ved lægebesøg, de forventede mængdemæssige adfærdseffekter ved prisændringer (prisfølsomhed), størrelsen af borgernes offeromkostninger (transportomkostninger + omkostninger til tabt arbejdsfortjeneste mv.) og omkostningerne ved ekstra lægebesøg (driftsomkostninger til lægeløn, løn til praksispersonale og husleje mv.). Herunder omkostninger til opkrævning og administration af en evt. brugerbetalingsordning, provenu-virkningen og metoden til fastlæggelsen af tilskuddet, virkningen af, at der forventes et forsikringsmarked til dækning af gebyrer [2]. Herunder omfanget af en eventuel stigning i efterspørgslen.

2.4 Effekten af rejseomkostninger og tabt arbejdsfortjeneste

Selvom besøg hos lægen pt. er "gratis", vil der være nogle omkostninger til lægebesøg i form af direkte rejseomkostninger og omkostninger til tabt arbejdsfortjeneste/fritid (offeromkostninger) mv. Hvis summen af en eventuel brugerbetaling + offeromkostninger ligger over den optimale pris, vil den samlede pris indebære et underforbrug og et samfundsmæssigt velfærdstab. Modsat vil en samlet pris (brugerbetaling + offeromkostninger) under den optimale pris bevirke et overforbrug og et tilhørende samfundsmæssigt velfærdstab. En eventuel brugerbetaling bør fastsættes således, at summen af brugerbetalingen og offeromkostningerne til lægebesøget medfører det samfundsmæssigt optimale antal lægebesøg.

2.5 Andre forhold

Forståelsesrammen skal ses som en illustration af forhold, der er afgørende for effekten af brugerbetaling. Der kan bl.a. også være sideeffekter ved ændringen af omfanget af brugerbetaling på tværs af sektorer. For eksempel kan brugerbetaling medføre stigninger i efterspørgslen efter hospitalsbehandling, som bør indgå i en fuldstændig analyse af

³ Med stigende brugerbetaling kan det tænkes, at nogle patientgrupper ønsker at differentiere sig ved at komme relativt mere end andre og demonstrere økonomisk formåen og/eller særlig stil mv.

effekterne [12,15]. Andre betalingsordninger end et fast beløb i form af en enhedstakst kan være en mulighed. For eksempel kan brugerbetalingen fastsættes som en andel af borgernes omkostninger, eller den kan afhænge af borgernes indkomst [2]. Det er vanskeligt at sammenligne effekterne af brugerbetaling på antallet af lægebesøg på tværs af landegrænser som følge af forskellig organisering af praksissektoren mv. For eksempel er en stor del af nogle landes praksissektor offentligt ejet og aflønningssystemerne er forskellige.

3. Er brugerbetaling økonomisk effektivt jf. litteraturen?⁴

Vil den samfundsmæssige velfærd blive forbedret ved at erstatte skattefinansiering med patientbetaling?

3.1 Brugerbetaling og effektiv udnyttelse af offentlige finanser

Et argument for at indføre brugerbetaling er, at den kan være med til at løse problemer med aftagende mulighed for offentlig finansiering [1;2]. En forudsætning er, at provenuet ved at indføre brugerbetaling på lægebesøg er større end omkostninger til administration af ordningen. Velfærdscommissionen fremsatte i 2005 forslag om begrænset brugerbetaling på besøg i almen praksis. En standardkonsultation skulle fx koste 75kr. Skønnet over brugerbetalingens årlige provenu (0,8 mia.) samt besparelser som følge af færre besøg (0,6 mia.) var i alt 1,4 mia. kr. Rapporten indeholdt dog ikke skøn over omkostninger til administration af ordningen. Provenuet var baseret på en antagelse om en efterspørgselsreduktion på 25 %. Rapporten fremhæver, at skønnet på 25 % var usikkert [2]. Det skyldes bl.a., at vurderingen af efterspørgsels-prisfølsomheden er baseret på udenlandsk evidens fra før 1990. Det er usikkert og vil kræve nye antagelser at beregne, hvad effekten og dermed provenu-virkningen i dag vil være i en dansk kontekst [12]. Andre kritiske faktorer for provenu-virkningen er, at de borgere, som bruger almen praksis mest (børn, gravide, kronikere og pensionister), ofte bliver helt eller delvist fritaget for brugerbetalingen, og at der typisk er et loft over brugerbetalingen [4,14]. Sidstnævnte medfører, at brugerbetalingen primært rammer dem, der går mindst til læge.

3.2 Fører brugerbetaling til effektive valg af sundhedsydelser?

Det kan hævdes, at brugerbetaling gør borgerne mere bevidste i deres valg af velfærdsydelser. Brugerbetaling vil tilskynde folk til at undgå besøg, som har lav værdi for den enkelte. Hvis udgangspunktet er et overforbrug ved gratis lægebesøg, så giver brugerbetaling mulighed for at opnå en velfærdsgevinst ved reduktion af hele eller en del af overforbruget. Evidens fra den overenskomstløse periode i dansk almen praksis i 1984 bekræfter, at det totale ydelsesantal falder. Dengang faldt ydelsesantallet med 47 % for kvinder og 44 % for mænd og faldet ramte næsten alle aldersgrupper bortset fra børn i alderen 0-4 år. En mulig konsekvens er, at værdien af den sundhed, som almen praksis-sektoren producerer, vil vokse i forhold til de tilgængelige ressourcer [16]. For at denne forbedring af den økonomiske effektivitet skal holde, er der imidlertid flere antagelser, som skal være opfyldt [1]: A) Borgerne skal have den nødvendige viden til at foretage de korrekte valg/fravalg af lægebesøg; B) Borgerne skal være i stand til at forstå de informationer, de har, og de skal kunne foretage rationelle valg baseret på denne information.

4 Med effektivitet menes, at det ikke er muligt at ændre på fordelingen af ressourcer til fordel for en borger uden at stille en anden borger dårligere. Foranstående fodnote 2) angiver årsager til ineffektivitet på markedet for lægebesøg.

Men litteraturen indikerer, at borgerne ikke er i stand til at adskille behandling med høj værdi fra behandling med lav værdi [1;14;17-18]. Det betyder, at disse antagelser ikke nødvendigvis er opfyldt i almen praksis. På tværs af indkomstgrupper vil borgerne måske reducere den effektive behandling i samme omfang som den ineffektive. Der lader således ikke til at være nogen klar dokumentation for, at det er lav-værdi-behandlingen, som patienterne vil holde op med at gå til lægen med. Litteraturen fra den overenskomstløse periode bekræfter, at brugerbetalingen kan repræsentere en helbredsrisiko, da faldet i efterspørgslen omfattede alle sygdomsgrupper og ikke kun mindre betydende tilstande [16]. Borgerne synes dermed ikke i stand til at vurdere egne behov korrekt. Samtidigt viste et andet studie, at antallet af henvendelser til skadestuer steg i samme periode [19]. Sidstnævnte tyder på, at noget af efterspørgslen blot blev overført til hospitalssektoren. Om behandlingen er af høj eller lav værdi for patienten afgøres imidlertid ikke af patientens egen vurdering, men af lægens faglige vurdering. En indførelse af brugerbetaling vil således medføre, at nogle patienter ikke vil modtage nødvendig behandling. Det kan føre til stigende omkostninger på længere sigt pga. fremskredet sygdom, som evt. kræver behandling i sekundærsektoren frem for den tidligere behandling i primærsektoren. På den anden side kan en symbolsk brugerbetaling måske minimere omfanget af patienter, som ikke modtager nødvendig behandling, selvom den negative effekt principielt forsat kan forekomme.

3.2.1 Er værdibaseret eller såkaldt intelligent brugerbetaling løsningen?

Selvom litteraturen indikerer, at generel brugerbetaling ikke er økonomisk effektivt, så er der andre muligheder for at konstruere et effektivt system [1]. Værdibaseret brugerbetaling går ud på at indføre en differentieret betaling, hvor man nøjes med at indføre brugerbetaling på områder med lav værdi for patienten. En sådan ordning forudsætter, at administratorene af ordningen er i stand til at vurdere, hvilke lægebesøg der repræsenterer henholdsvis behandling med høj værdi og behandling med lav værdi for patienten. Eksempelvis kunne behandlingen uden brugerbetaling indføres på udvalgte kroniske sygdomme, som det er vigtigt at behandle for at minimere progressivt stigende omkostninger på længere sigt. Områder med behandling med høj værdi (uden brugerbetaling) kunne også være forebyggende behandlinger eller vaccinationer, som udover fordelene for patienten kan have positive indirekte effekter på folkesundheden ved fx at mindske smitterisiko for andre borgere. Et problem ved et værdibaseret system, foruden at det kan være dyrt at administrere, kan være, at der er risiko forbundet med at tage stilling til, hvad der er behandling med lav værdi og høj værdi. Især hvis alternativet til et værdibaseret system er et system uden brugerbetaling. At undgå stigende fremtidige omkostninger og risici vil kræve viden om patient-karakteristika, som ofte kun kan opnås via en "face-to-face" kontakt eller lignende som fx telemedicinske konsultationer. Introduktion af værdibaseret brugerbetaling til fx blodtryksskontrol i almen praksis kan få efterspørgslen på dette område til at falde. Imidlertid kan blodtryksskontrol være af høj værdi, hvis man forebygger en blodprop. Nedgangen i efterspørgslen kan således skyldes, at man udelader nødvendig høj-værdi-behandling, ophører med igangværende behandling eller går efter skadestuebehandling, som er gratis for patienten, men dyr for samfundet. Resultatet kan være højere omkostninger på langt sigt, hvis patienterne kommer senere i behandling og behandles på sygehuse i stedet for i primærsektoren.

3.3 Brugerbetaling og lighed/diskriminering i sundhed

Et andet karakteristika ved brugerbetaling er, at den kan medvirke til ulighed i sundhed. Dette skyldes, at nogle borgere ikke har betalingssevnen eller betalingsviljen, selvom de har behov for at besøge eller få besøg af deres læge. Det er ofte sårbare og/eller

multisyge patienter, som ikke er i stand til at stille de samme krav som ressourcestærke patienter. For eksempel viser en ny dansk undersøgelse, at fattige danskere med bopæl i Odense Kommune har 1,5 færre årlige kontakter med almen praksis end de næstfattigste (lavindtægtsgruppen), selv om de formentlig burde gå til lægen oftere [20]. Man burde således undersøge, om der er noget, man kan gøre for at sikre, at også fattige får undersøgt helbredet. Med den nuværende gratis adgang til sundhedsvæsenet mener sundhedsøkonomerne og lægerne bag undersøgelsen, at det er bekymrende, at fattige ikke benytter muligheden i tilstrækkelig grad [20]. Med en evt. fremtidig udifferentieret brugerbetaling kan det ifølge forfatterne tænkes, at problemet bliver endnu mere udtalt [20]. Det kan fx betyde, at brugerbetaling kan få fordelingsmæssige konsekvenser, som strider mod principperne om let og lige adgang til sundhedsbehandling.

Magten til at fastsætte brugerbetaling kan rejse vigtige etiske spørgsmål [21]. Eksempelvis om det i yderste konsekvens er rigtigt, at det er regeringen eller et forsikringssselskab frem for lægen, der bestemmer, hvilken behandling en given patient skal have. På den anden side skal en evt. indførelse af en mindre brugerbetaling ses i sammenhæng med andre velfærdsøkonomiske aspekter.

Både ud fra en økonomisk betragtning og et lighedssynspunkt kan man argumentere for, at brugerbetaling ikke skal reducere adgangen til behandling med høj værdi for patienten. Herunder kan man evt. argumentere for, at det danske samfund er relativt velstillet, og at man har adgang til mange andre alternative finanspolitiske instrumenter end brugerbetaling.

Perspektivering og etik

Den økonomiske forståelsesramme illustrerer, at det ikke er uproblematisk at vurdere effekterne af at indføre brugerbetaling på besøg hos den praktiserende læge. Sammenfattende vil det økonomisk optimale omfang af brugerbetaling især være påvirket af følgende forhold.⁵

- Omfanget af samfundsøkonomiske nettosideeffekter ved lægebesøg.
- Forventede mængdemæssige adfærdseffekter ved ændring af besøgsprisen (prisfølsomhed).
- Størrelsen af borgernes offeromkostninger (transportomkostninger + omkostninger til tabt arbejdsfortjeneste mv.).
- Omkostningerne ved ekstra lægebesøg.
- Provenu-virkningen ved brugerbetaling og metoden til fastlæggelsen af tilskud til lægebesøg.
- Virkningen af et forventet forsikringsmarked til dækning af borgernes egenbetaling.
- Indflydelsen på omfanget af effektive valg af sundhedsydelse.
- Virkningen på lighed/diskriminering/etik i sundhed.

Det er eksempelvis ikke sikkert, at den økonomiske effektivitet forbedres ved brugerbetaling, og det er sandsynligt, at brugerbetaling på lægebesøg vil medføre negative effekter på ligheden i sundhed.⁶ Til gengæld forventes brugerbetaling at give et positivt nettoprovenu på de offentlige finanser på kort sigt, selvom de administrative omkostninger ikke er estimeret i den seneste analyse [2].⁷ "Sparede" tilskudsmidler til gratis lægebesøg kan muligvis anvendes bedre på andre områder inden for

5 Andre mere tekniske forhold, som fx kort- og langsigteffekter har naturligvis også betydning.

6 Omfanget af disse negative effekter afhænger naturligvis af udformningen af en konkret brugerbetalingsordning.

7 De langsigtede effekter af brugerbetaling udover ca. 10 år er ikke kendte/aldrig undersøgt [1].

sundhedssektoren. De langsigtede økonomiske konsekvenser af brugerbetaling er dog ukendte. Metoder som cost-utility eller cost-effectiveness analyser kan anvendes til at afdække, hvor ressourcerne anvendes bedst muligt målt på fx antal reddede liv eller kvalitetsjusterede leveår. Sammenfattende er de samlede økonomiske konsekvenser af at erstatte skattefinansiering med patientbetaling således ukendte på kort og især længere sigt.

Der vil være mange forskellige og konkurrerende principper, som kan være argumenter for eller imod brugerbetaling. Forståelsesrammen og betragtningerne i dette essay afspejler en økonomisk tilgang til brugerbetaling som en del af sundhedspolitikken. Denne tilgang kan suppleres med studier af andre forhold som medicin, politologi, sociologi og etiske forhold. Selvom økonomi er et vigtigt værktøj til valg af politik, så har økonomi en række begrænsninger. Den økonomiske disciplin giver ikke nødvendigvis brugbare løsninger pga. de særlige markedsvilkår, som gælder på markedet for sundhedsydelser. Den økonomiske tilgang kan kritiseres for ikke at være velegnet til at guide beslutninger om valg af, hvilke værdier eller hvilket værdigrundlag, man skal benytte ved formulering af sundhedspolitikken. Eksempelvis viser nyere økonomisk forskning, at den optimale brugerbetaling vil være meget afhængig af lokale forhold, som begrænsningerne på det nationale sundhedsbudget, epidemiologi og politiske præferencer [22]. Sådanne lokale forhold og etiske spørgsmål er formentligt en central grund til vedvarende og tilsyneladende inkonklusive diskussioner om effekterne af brugerbetaling. Det er et komplekst område, hvor mange af svarene på spørgsmål om brugerbetaling ikke er kendte. Tværtimod lader det til at være umuligt at løse problemerne med logiske argumenter. I stedet bliver spørgsmålet om brugerbetaling ofte overladt til læseren af litteraturen ved, at analytikeren konkluderer, at man må finde et kompromis, eller at der skal findes en balance mellem rivaliserende etiske argumenter. Denne uklarhed er en ulempe, når det handler om at hjælpe politikere med at tilvejebringe begrundelser for deres beslutninger. Der findes konkrete bud på, hvordan det økonomiske fagområde i praksis kan bidrage til at løse etiske værdisætningsproblemer. Det kan ske ved at afdække den kvantitative afvejning, som borgerne vil være villige til at acceptere i forhold til fx lighed, effektivitet og præferencer for brugerbetaling [20]. Et nyt studie viser eksempelvis, at befolkningens betalingsvilje samt lægernes vurdering af et rimeligt niveau for et lægebesøg ikke ligger langt fra hinanden (mellem 74 og 85 kr. for en konsultation) [5].

En sådan viden vil give kontekst-specifik rådgivning om, hvor meget vægt myndighederne bør lægge på et princip i forhold til et andet. Myndighederne vil med denne type analyser have en god begrundelse for at foretage de afvejninger, som borgerne skal vælge imellem, når de afgiver lidt af en god ting, fx lighed for at få lidt mere af en anden god ting fx effektivitet. Sidstnævnte "løsningsforslag" illustrerer, at opdateret viden om effekterne af brugerbetaling i en dansk kontekst vil kræve yderligere dansk forskning.

Litteratur

1. Thomson S, Foubister T, Mossialos E. Can user charges make health care more efficient? *BMJ* 2010; 341:c3759.
2. Velfærdskommissionen. Kapitel 15 Brugerbetaling og forebyggelse i analyserapport: Fremtidens velfærd - vores valg. Velfærdskommissionen, editor. 809-826. 2005.
3. Olejaz M, Juul Nielsen A, Rudkøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernandez-Quevedo C. Denmark: Health system review. Mossialos E, editor. 12[2], 1-192. 2012. European Observatory on Health Systems and Policies. Health Systems in Transition.

4. Anell A, Glenngård AH, Merkur S. Sweden: Health system review. 14 (5), 1-159. 2012. Health Systems in Transition.
5. Pedersen LB. Præferencer for brugerbetaling i almen praksis og nedsættelse i yderkantsområder. Ugeskrift for læger 2012; 174(47):2940-2943.
6. Andersen P, Christiansen, T(red.) Brugerbetaling i sundhedssektoren. Teori, viden, holdninger. Odense Universitetsforlag 1990.
7. Mirmirani S, Spivack RN. Health-Care System Collapse in the United-States - Capitalist Market Failure. Economist 1993; 141(3):419-431.
8. Carnegie GD, Baxter C. Price setting for local government service delivery : An exploration of key issues. Australian Journal of Public Administration 2006; 65(3):103-111.
9. Carnegie GD, West B. A Conceptual Analysis of Price Setting in Australian Local Government. Australian Accounting Review 2010; 20(2):110-120.
10. Carnegie GD, Tuck J, West B. Price Setting Practices in Australian Local Government. Australian Accounting Review 2011; 21(2):193-201.
11. McPake B. User charges for health services in developing countries: a review of the economic literature. Soc Sci Med 1993; 36(11):1397-1405.
12. Chandra A, Gruber J, McKnight R. Patient Cost-Sharing and Hospitalization Offsets in the Elderly. American Economic Review 2010; 100(1):193-213.
13. Cockx B, Brasseur C. The demand for physician services. Evidence from a natural experiment. Journal of Health Economics 2003;22: 881-913.
14. Kiil A, Houlberg K. Adfærdsmæssige effekter af brugerbetaling: En systematisk forskningsgennemgang af danske og internationale undersøgelser på sundheds- og ældreområdet fra 1990-2011. 1-70. 2012. AKF, Anvendt KommunalForskning.
15. Nolan A. An extension in eligibility for free primary care and avoidable hospitalisations: A natural experiment. Social Science & Medicine 2011;73:978-985.
16. Pedersen SPC, Damgaard Pedersen NE, Pedersen PA. Den overenskomstløse periode 1.10.1984-6.1.1985 i en almen praksis. Ugeskrift for læger 1988; 150(31):3190-3195.
17. Sirgy MJ, Lee DJ, Yu GB. Consumer Sovereignty in Healthcare: Fact or Fiction? Journal of Business Ethics 2011; 101(3):459-474.
18. Doherty C, Stavropoulou C. Patients' willingness and ability to participate actively in the reduction of clinical errors: A systematic literature review. Social Science & Medicine 2012; 75(2):257-263.
19. Wolthers OD, Stellfeld M. Skadestuehenvendelser i en periode med patientbetaling for lægeydelser i almen praksis. Ugeskrift for læger 1986; 148(16):975-978.
20. Nilsen Arendt J, Toftgaard Jensen B, Nexø J, Müntzberg G, Sørensen J. Lavindkomst og antal kontakter med almen praksis. Ugeskrift for læger 2012; 172(21):1591-1597.
21. Maharaj SR, Paul TJ. Ethical Issues in Healthcare Financing. West Indian Medical Journal 2011; 60(4):498-501.
22. Smith PC. User charges and priority setting in health care: balancing equity and efficiency. J Health Econ 2005; 24(5):1018-1029.
23. Williams A. How economics could extend the scope of ethical discourse. Journal of Medical Ethics 2001; 27(4):251-255.



BETALING- BRUGER-

”

Det er vores opfattelse, at den manglende anerkendelse af infertilitet som en reproduktiv, kronisk sygdom fører til en kategorisering af infertilitet som helt forskellig fra kroniske sygdomme andre steder i kroppen.

”

Diskussion om brugerbetaling for assisteret befrugtning

Lone Schmidt, lektor, dr.med., ph.d., Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

Søren Ziebe, klinikchef, dr.med., Fertilitetsklinikken, Juliane Marie Centeret, Rigshospitalet

WHO er den organisation, der udarbejder de sygdomsklassifikationer, der anvendes globalt. WHO kategoriserer infertilitet (nedsat frugtbarhed) som en sygdom i det reproduktive system, og infertilitet defineres som udeblivende graviditet efter igennem mere end 1 år med regelmæssigt, ubeskyttet seksuelt samliv (1). I Danmark er mellem 16% og 26% af alle par, der har forsøgt at få børn, infertile (2). Omkring 3-6% af alle 45-årige kvinder er ufrivilligt barnløse pga. egen og/eller partners nedsatte frugtbarhed. Yderligere 4-6% har pga. infertilitet ikke været i stand til at få så mange børn, som de har forsøgt at få. Infertilitet er en kronisk sygdom, hvilket betyder, at det, undtagen i ganske enkelte tilfælde, ikke er muligt at helbrede infertilitet. Der eksisterer således fx ikke behandlinger, der kan gøre mænd med forringet sædkvalitet frugtbare igen, ligesom der ikke eksisterer behandlinger, der kan genetablere frugtbarheden hos kvinder, der har lukkede æggeledere.

Der er en lang række kendte medicinske årsager og risikofaktorer for infertilitet hos kvinder og mænd, foruden endnu ukendte faktorer. Det drejer sig for kvinder fx om endometriose (vævsklumper af livmoderslimhinde i bughulen), polycystisk ovariesyndrom (PCOS) med bl.a. forhøjet testosteron niveau og ændret insulinfølsomhed, seksuelt overført infektion med klamydia, reproduktionsskadede stoffer i arbejdsmiljøet og det omgivende miljø bl.a. pesticider og phatalater, arvelige sygdomme, kræftsygdom og behandling for kræftsygdomme. For mænd er årsagen til en forringet sædkvalitet oftest ikke kendt, men forskellige reproduktionsskadede stoffer i miljø og arbejdsmiljø er risikofaktorer, ligesom sygdomme som fåresyge i voksenalderen og testikelkræft samt behandling for andre kræftformer medfører forringet eller helt ophævet frugtbarhed. Endvidere er stigende alder, overvægt og rygning risikofaktorer for nedsat frugtbarhed både blandt kvinder og mænd. Generelt har det i undersøgelser vist sig, at fertilitetspatienter på en lang række parametre *ikke* adskiller sig som gruppe fra gruppen af frugtbare par. Fertilitetspatienter har således samme socialgruppedeling som den øvrige befolkning. De påbegynder familiedannelsen i samme alder som de frugtbare, de har samme fordeling mht. normalvægt og overvægt, og en mindre andel af dem er rygere sammenholdt med jævnaldrende i den øvrige del af befolkningen.

Som nævnt er helbredende behandling af infertilitet, bortset fra i ganske få tilfælde, ikke mulig. I stedet behandles følgerne af sygdommen infertilitet – her barnløsheden. I Danmark tilbydes fertilitetsbehandling både i det offentlige sundhedsvæsen og ved private fertilitetsklinikker, hvor patienterne selv betaler for behandlingen. Ved de offentlige fertilitetsklinikker er målet, at flest mulige patienter bliver forældre inden for

de begrænsede økonomiske ressourcer, der er til rådighed. Dette betyder, at tilbuddet om fertilitetsbehandling ved offentlige klinikker ofte må begrænses af ikke-medicinske årsager. Som eksempler kan nævnes, at behandling udelukkende tilbydes, når kvinden er under 40 år, og at par ikke må have et fælles barn i forvejen. Hvis det drejer sig om en enlig kvinde i behandling, må hun ikke være mor i forvejen. Endelig er der en øvre grænse for det antal behandlingsforsøg, der tilbydes på de offentlige klinikker – også for par, hvor det kunne være medicinsk indiceret at fortsætte behandling. På private fertilitetsklinikker tilbydes behandling til kvinder under 45 år og til par/kvinder med et barn i forvejen, og man kan købe det antal behandlinger, man har råd til. Samlet set betyder dette, at godt halvdelen af fertilitetsbehandlingerne i Danmark foregår i det offentlige sundhedsvæsen, og at den resterende del, som er selvbetalt af patienterne, foregår på private fertilitetsklinikker. Omkring 8-10% af alle nyfødte i Danmark er et resultat af en eller anden form for assisteret befrugtning (3).

En opfølgingsundersøgelse blandt 1338 par, der var påbegyndt fertilitetsbehandling 5 år tidligere, viste, at blandt kvinder, yngre end 35 år ved påbegyndelse af behandlingen, havde 75% opnået mindst et levendefødt barn. For de kvinder, der var 35 år eller ældre, da de påbegyndte behandlingen, havde 52% født mindst et barn. Derudover havde 6% adopteret mindst et barn (4).

I gennem mange år har der med jævne mellemrum været diskussioner om brugerbetaling eller ej inden for det reproduktive område. Som oftest er det assisteret befrugtning, der har været diskuteret. Men også områder som sterilisation, fødselsforberedelse, svangreomsorg og provokeret abort har været genstand for diskussioner om det offentlige ressourceforbrug og beslutninger om enten brugerbetaling (sterilisation og assisteret befrugtning) eller kraftig reduktion af tilbuddet (fødselsforberedelse og svangreomsorg). Som eksempel på ønsker om brugerbetaling mere generelt på det reproduktive område kan nævnes, at det fremgår af Dansk Folkepartis Ungdoms sundhedspolitiske program, at de mener, der skal indføres brugerbetaling "ved tredje og efterfølgende abort(er), ved tredje og efterfølgende forsøg på kunstig befrugtning, sterilisation og re-sterilisation" (5), ligesom brugerbetaling på abort har været diskuteret i Grønland.

I det følgende gives et overblik over argumenterne igennem de seneste 10-15 år i de offentlige diskussioner om brugerbetaling for assisteret befrugtning i det offentlige sundhedsvæsen. Overblikket over argumenterne er tematiseret i forhold til 1) samfundet og brugerbetaling; 2) infertilitet - sygdom eller et problem; 3) assisteret befrugtning og adoption; og 4) heteroseksuelle par versus enlige kvinder og lesbiske par.

Samfundet og brugerbetaling for assisteret befrugtning i det offentlige sundhedsvæsen

I år 2000 forlangte det Konservative Folkeparti i forbindelse med den kommende finanslov, at betalingsstrukturen i det danske sundhedsvæsen blev kulegravet, fordi den eksisterende brugerbetaling var historisk og præget af tilfældigheder. På daværende tidspunkt var det ikke hensigten at spare penge eller indføre mere brugerbetaling. I debatten blev assisteret befrugtning nævnt som et potentielt område, hvor man kunne indføre brugerbetaling. Folketinget stemte om brugerbetaling på dette område, men pga. det indførte skattestop trak Venstre sit eget forslag om brugerbetaling for assisteret befrugtning tilbage. I 2002 udtalte Sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen, at han ikke havde "nogen planer om at indføre brugerbetaling for barn nummer ét" (6). Men i 2003, da et af sundhedsminister Lars Løkke Rasmussens rådgivende ekspertudvalg afgav

rapport om reformer og ændringer i sundhedsvæsenets struktur, finansiering og styring, var konklusionen, at den stramme samfundsøkonomi gjorde det nødvendigt at finansiere flere sundhedsydelser via brugerbetaling. I 2010 besluttede den daværende regering sammen med Dansk Folkeparti, som en del af Genopretningsplanen fra 1. januar 2011, at indføre brugerbetaling også i det offentlige sundhedsvæsen på assisteret befrugtning og sterilisation. Denne beslutning brød med Sundhedslovens princip om "let og lige adgang" til behandling ved landets offentlige sygehuse, da ikke alle vil have lige mulighed for at selv at betale og dermed ikke længere lige adgang til behandlinger ved landets offentlige sygehuse. Fra 1. januar 2012 ophævede den nuværende regering brugerbetalingen på assisteret befrugtning i det offentlige sygehusvæsen. Ifølge beregninger, baseret på nationale tal for antallet af udførte fertilitetsbehandlinger i det offentlige og private sundhedsvæsen i perioden 2009-2011, medførte brugerbetalingen for offentlig fertilitetsbehandling i år 2011 et markant fald i behandlinger svarende til 868 færre fødte børn (7). Landets offentlige fertilitetsklinikker rapporterede i 2012, efter ophævelsen af brugerbetalingen, om et mærkbart stigende antal patienter. De endelige behandlingsantal for 2012 er i skrivende stund (februar 2013) endnu ikke rapporteret. For det offentlige sundhedsvæsen betød brugerbetalingen i 2011 en dertil svarende besparelse i direkte behandlingsudgifter.

De samfundsmæssige argumenter for brugerbetaling for assisteret befrugtning er, at disse behandlinger ikke er et kerneområde i sundhedsvæsenet. Et af de argumenter, nogle medlemmer af Det Ethiske Råd har fremført, er, at der "ikke kan fremføres tvingende etiske argumenter for nogen af finansieringsmåderne, da behandlingen med kunstig befrugtning ligger i en gråzone mellem, hvad det offentlige bør betale, og hvad den enkelte selv må finansiere" (8, s. 19). Andre i Rådet argumenterede for, at det hverken er muligt eller ønskeligt, at samfundet afhjælper alle de problemer, mennesker støder ind i gennem livet, og at der ikke bør udbydes "kunstig befrugtning som behandlingsmulighed i det offentlige sundhedsvæsen, når der er venteliste til behandling for alvorlige sygdomme" (8, s. 18). Blandt andre argumenter fremført i den offentlige debat er, at mennesker med behov for assisteret befrugtning nok skal være i stand til at finde pengene selv, hvis de virkelig ønsker sig et barn; at der i forvejen er andre områder belagt med brugerbetaling inden for sundhedsvæsenet; og at en stram samfundsøkonomi gør det nødvendigt at indføre yderligere brugerbetaling for udvalgte sundhedsydelser.

De samfundsmæssige argumenter imod brugerbetaling for assisteret befrugtning er, at vi i Danmark igennem mere end 30 år har fået færre børn end svarende til opretholdelse af befolkningens antal, og dermed har vi i samfundet en ubalance mellem personer, der er ældre end 65 år og yngre personer. Der argumenteres for, at vi som samfund har brug for, at alle de mennesker, der ønsker sig børn, får mulighed for at få dem. Endvidere argumenteres imod brugerbetaling i det offentlige sundhedsvæsen med, at brugerbetaling vil medføre social ulighed i muligheden for at blive forældre; at de offentlige sundhedsudgifter til assisteret befrugtning er forsvindende små i forhold til den gennemsnitlige nettoindtægt til samfundsøkonomien over et livsforløb fra hvert født individ; at brugerbetaling vil medføre genindførelse af forældede behandlingsmetoder med lav succesrate (disse var ikke belagt med brugerbetaling) og dermed uhensigtsmæssig anvendelse af sundhedsvæsenets ressourcer; at brugerbetaling vil medføre, at flere patienter insisterer på flerfoldsgraviditeter og dermed øget risiko for for tidlig fødsel, lav fødselsvægt, indlæggelse på neonatal afsnit, øget risiko for handicap og dermed samlet øgede samfundsudgifter per fødte barn; at brugerbetaling vil medføre, at færre patienter vil deltage i forskningen inden for området, hvorfor den høje kvalitet af fertilitetsbehandlingerne ikke vil kunne opretholdes og videreudvikles.

Infertilitet – sygdom eller et problem?

Det er et centralt argument i debatten om brugerbetaling, at infertilitet ikke er en sygdom. Det Ethiske Råd beskriver, at ufrivillig barnløshed ”i mange tilfælde kan udgøre en stor belastning for de involverede parter” (8, s. 15). Andre steder i rapporten omtales ufrivillig barnløshed som ”stort problem” (8, fx s.17). I den offentlige debat omtales infertilitet ofte som et ”luksusproblem”, og som et problem, de infertile selv er skyld i. Nogle medlemmer af Det Ethiske Råd har argumenteret for, at det offentlige sundhedsvæsen kun bør tage sig af ufrivillig barnløshed ”i den udstrækning, den er et resultat af sygdom eller medfødte handicaps. I dette tilfælde bør det offentlige stille behandlingsmuligheder til rådighed, som sigter mod at (gen)etablere den manglende funktionsduelighed på det reproduktive område, således at en naturlig forplantning eventuelt muliggøres” (8, s. 18).

Argumenterne imod brugerbetaling går ud på, at det er et faktum, at infertilitet er kategoriseret som en reproduktiv sygdom af WHO. Endvidere, at der ikke eksisterer behandlinger, der kan (gen)etablere menneskers frugtbarhed. At vi i Danmark har valgt, at det offentlige sundhedsvæsen tilbyder vederlagsfrie ydelser inden for hele det reproduktive felt - fødsler, aborter, sterilisationer (undtagen i 2011) samt præventionsrådgivning. Der argumenteres således for, at det er besynderligt, at netop de reproduktivt syge skal pålægges brugerbetaling i det offentlige sundhedsvæsen, men ikke de reproduktivt raske som fx de fødende.

Assisteret befrugtning eller adoption?

I 2010 blev der her i landet født 6790 børn efter assisteret befrugtning (3). Samme år søgte 606 par om godkendelse til at adoptere, og der blev i alt adopteret 419 børn til Danmark (9).

I forbindelse med debatterne om brugerbetaling for assisteret befrugtning har der også fra politisk side været et ønske om i højere grad at styre de barnløses håndtering af deres reproduktive sygdom. I 2003 udtalte Charlotte Dyremose (K), at der skulle være brugerbetaling fra første fertilitetsbehandling, og at beløbet skulle anvendes til at nedsætte prisen for adoption. Dansk Folkeparti foreslog, at man fjernede retten til det tredje fertilitetsbehandlingsforsøg i det offentlige sygehusvæsen, og de dermed sparede midler skulle bidrage til at øge det offentlige tilskud til adoption (10). I 2010 anførte Henriette Kjær (K), at brugerbetaling for assisteret befrugtning er en borgerlig mærkesag, og når man betaler for adoption, kan man også betale for fertilitetsbehandling (11). Der blev i interviewene ikke viderebragt uddybende argumenter for, hvorfor brugerbetaling for kunstig befrugtning blev betragtet som en borgerlig mærkesag. Senere har Hans Andersen (V), næstformand i Folketingets Sundhedsudvalg, udtalt, at da brugerbetalingen ”blev indført, var den et led i genopretningen af den offentlige økonomi. Men vi synes ikke, at der er brug for mere brugerbetaling i det danske sundhedsvæsen, og den vil derfor ikke komme igen” (12). Det Ethiske Råd har i 2001, på Sundhedsministerens anmodning, taget stilling til, om udgifter til kunstig befrugtning og adoption bør udjævnes (8, s. 19-20). Argumenter for en udjævning af udgifterne var, at adoption ud fra ”en etisk betragtning er en god måde at få børn på, fordi et forældreløst og som oftest dårligt stillet barn derved gavnnes” (8, s. 20), og at det fremmer de barnløses selvbestemmelse i forhold til måden at stifte familie på. Sammenfattende fandt Det Ethiske Råd ikke de etiske argumenter tvingende i en sådan grad, at de kunne danne udgangspunkt for en anbefaling om, at udjævning af udgifterne burde finde sted (8, s. 21).

Argumenterne imod, at brugerbetaling for assisteret befrugtning skulle anvendes til at nedbringe prisen på adoption, var, at man ikke indenfor andre sygdomsgrupper beder de

syge selv finansiere andre former for løsninger. For eksempel beder man ikke nyresyge dialysepatienter om brugerbetaling for at reducere udgifterne til nyretransplantationer. Endvidere er argumentet, at fertilitetspatienter og adoptanter hovedsageligt omfatter den samme gruppe af mennesker. Det er således den samme gruppe, der først skal finansiere egen fertilitetsbehandling, og derefter vælger en andel af de behandlede, der ikke har opnået at få barn, at søge adoption. Brugerbetaling også på fertilitetsbehandling – udover den eksisterende på adoption – vil samlet medføre et meget stort beløb og dermed øget social ulighed i adgangen til at blive forældre blandt mennesker med nedsat frugtbarhed. Fertilitetsbehandling og adoption er ikke et enten/eller, men hyppigst et både-og, da kun ganske få heteroseksuelle par søger adoption uden forudgående at have afprøvet deres egen fertilitet. I stedet argumenteres modsat for at nedsætte brugerbetalingen på adoption uden at pålægge behandling med assisteret befrugtning brugerbetaling, således at den sociale ulighed i adgangen til adoption formindskes. Afsluttende må det understreges, at antallet af børn, der er tilgængelige til adoption, på ingen måde ville kunne dække behovet. Adoption er allerede med det nuværende niveau behæftet med betydelig ventetid.

Heteroseksuelle par versus enlige kvinder og lesbiske par

I loven om kunstig befrugtning fra 1997 blev det indført, at læger ikke måtte behandle enlige kvinder eller lesbiske par med assisteret befrugtning. Siden har det været diskuteret, om denne diskrimination i forhold til at modtage en ydelse i det offentlige sundhedsvæsen fortsat skulle opretholdes, da disse kvinder gerne måtte modtage fertilitetsbehandling udført af andre end læger. I 2007 blev loven revideret, og også læger fik nu tilladelse til at behandle enlige kvinder og lesbiske par med assisteret befrugtning. Ved de offentlige sygehuse blev der i 2011 udført 318 fertilitetsbehandlinger på enlige/ lesbiske kvinder, svarende til 6,2% af det samlede antal behandlinger (13).

Undervejs blev der argumenteret for, at enlige og lesbiske ikke var infertile, og de derfor selv skulle betale for fertilitetsbehandling i det offentlige sundhedsvæsen. Det Ethiske Råd har i den forbindelse tidligere udtrykt tre forskellige standpunkter: 1) at enlige kvinder og lesbiske kvinder i parforhold må tilbydes offentligt finansieret kunstig befrugtning, da "disse kvinders behov for at få børn og stifte familie kan være lige så store som infertile pars tilsvarende behov" (8., s. 27). 2) at enlige kvinder og kvinder i lesbiske parforhold, der er infertile i medicinsk forstand, "fortsat (bør) være berettiget til lægelig behandling med sigte på at (gen)etablere deres fertilitet" (8, s. 27). 3) at enlige kvinder og lesbiske kvinder i parforhold bør have mulighed for kunstig befrugtning, men da "kvindernes fysiologiske reproduktionsevne i disse situationer som oftest vil være ganske intakt, er det imidlertid ikke givet, at det bør være en offentlig opgave at finansiere behandlingen" (8, s. 26-27).

Efter man også i det offentlige sundhedsvæsen er begyndt at behandle enlige kvinder og lesbiske kvinder i parforhold, har det vist sig, at en ikke ubetydelig del af disse kvinder er infertile fx pga. endometriose og/eller tidligere underlivsinfektioner. En del af disse fertilitetspatienter har således nedsat frugtbarhed af medicinske grunde og har således behov for andre behandlinger end insemination med donorsæd.

Argumenterne imod brugerbetaling for enlige kvinder og lesbiske par er, at man ikke i det øvrige offentlige sundhedsvæsen diskriminerer i adgang til behandling i forhold til menneskers seksualitet og samlivsstatus. Denne forskelsbehandling bryder således med det helt grundlæggende princip om lige adgang til behandling i det offentlige sundhedsvæsen; et princip der betragtes som af væsentlig samfundsmæssig værdi. Der

argumenteres for, at det er et ønskeligt lighedsprincip, at der er adgang til en behandling i det offentlige sundhedsvæsen for de mennesker, der har brug for en specifik behandling, uanset om årsagen er nedsat frugtbarhed eller manglende mandlig partner. Yderligere argumenter er, at samfundet har brug for, at alle, der gerne vil have børn, får børn – vi får for få og ikke for mange børn. Desuden er der argumentet om, at der heller ikke for enlige og lesbiske par bør indføres social ulighed i adgang til fertilitetsbehandling i det offentlige sundhedsvæsen.

Afsluttende

Forfatterne er eksperter inden for infertilitet og fertilitetsbehandling, og vi har igennem 20 år deltaget i de offentlige debatter inden for området. Sammenfattende er det vores vurdering, at der er to grundlæggende faktuelle udgangspunkter, som af mange opfattes som diskussionspunkter og ikke som fakta: 1) at infertilitet er en reproduktiv kronisk sygdom, og 2) at sygdommen kun i sjældne tilfælde kan helbredes. Det er således for næsten alle infertile udelukkende følgerne af infertilitet, dvs. barnløsheden eller manglen på endnu en søskende, der kan behandles. Dermed deler infertilitet vilkår med andre kroniske sygdomme som fx diabetes, slidgigt, astma og kronisk obstruktiv lungesygdom, hvor behandlingerne heller ikke er kurative, men udelukkende afhjælper følgerne af sygdommen.

Vi finder det overraskende, at reproduktiv sygdom i diskussionerne ofte behandles som en helt særlig entitet. For eksempel er man almindeligvis ikke i tvivl om, at en person, hvis celler i bugspytkirtlen ikke er i stand til at producere insulin, har en sygdom (diabetes). Det er heller ikke almindeligt at argumentere for, at behandlingen af diabetikere i det offentlige sundhedsvæsen skal sigte mod at genetablere bugspytkirtlens funktion. I modsætning hertil vil en mand, hvis celler i testiklerne ikke producerer de sædceller, de skal, af mange ikke blive betragtet som havende en reproduktiv sygdom. I forlængelse heraf vil nogle endvidere mene, at behandlingen i det offentlige sundhedsvæsen af mænd med manglende sædceller udelukkende må foretages med henblik på at (gen)etablere produktionen af sædceller - hvilket som nævnt ikke er muligt.

Danskernes nedsatte evne til at få børn er så udbredt, at der er tale om en folkesygdom. Derfor finder vi det overraskende, hvor fraværende spørgsmålet om forebyggelse af infertilitet har været i hele diskussionen. Det er vores opfattelse, at den manglende anerkendelse af infertilitet som en reproduktiv, kronisk sygdom fører til en kategorisering af infertilitet som helt forskellig fra kroniske sygdomme andre steder i kroppen. Dette medfører, at der ofte argumenteres for brugerbetaling af assisteret befrugtning med anvendelse af en lang række argumenter, det ikke ville være gyldigt at overføre til andre kroniske sygdomme.

Afsluttende mener vi, det er væsentligt at fremhæve, at halvdelen af al fertilitetsbehandling i Danmark allerede er overvejende brugerfinansieret direkte qua behandlingerne ved de private fertilitetsklinikker, og at behandlingerne i det offentlige sygehusvæsen ofte ophører grundet ikke-medicinsk betingede økonomiske begrænsninger.

Referencer

1. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K et al. on behalf of ICMART and WHO. The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization

(WHO) Revised Glossary on ART Terminology, 2009. Human Reproduction 2009; 24:2683-2687.

2. Schmidt L. Infertility and assisted reproduction in Denmark. Epidemiology and psychosocial consequences [Disputats]. Lægeforeningens Forlag, 2006.
3. Dansk Fertilitetsselskab, Årsrapporter fra 2005-2011. www.fertilitetsselskab.dk
4. Pinborg A, Hougaard CO, Nyboe Andersen A, Molbo D, Schmidt L. Prospective longitudinal cohort study on cumulative 5-year delivery and adoption rates among 1338 couples initiating infertility treatment. Human Reproduction 2009;24:991-999.
5. DF Ungdoms sundhedspolitiske program. www.df-ungdom.dk/politik/politisk-program/10-politik/51-sundhedspolitik. 13. februar 2013.
6. Methling I, Steensbeck B. Opgør om kunstig befrugtning. Politiken, 2002.
7. Dansk Fertilitetsselskab. www.fertilitetsselskab.dk. 14. marts 2012
8. Det Ethiske Råd. Ethiske problemer vedrørende kunstig befrugtning. Del 1. Ret til børn? = Ret til hjælp til at få børn? København: Det Ethiske Råd, 2001.
9. Adoptionsnævnet, 2010.
10. Politiken, 27. juli 2003.
11. Politiken, 29. maj 2010.
12. Berlingske Tidende, 7. december 2012.
13. Dansk Fertilitetsselskab, beregninger for 2011.

BRUGER- BETALING

”

Brugerbetaling har i udgangspunktet en social slagside, dels fordi et identisk beløb til brugerbetaling udgør en større økonomisk byrde for mindre velstillede personer end for mere velstillede personer, og dels fordi de grupper, som oftere har brug for behandling, vil blive belastet hårdere end grupper med bedre helbred.

”

Brugerbetaling – en god ide?

Nogle etiske overvejelser

Af Thomas Søbirk Petersen, ph.d., lektor,
Frej Klem Thomsen, ph.d., forskningsadjunkt,
- begge Institut for Kultur og Identitet, Roskilde Universitet

Udgifterne til det danske sundhedssystem stiger år for år, og det er der mange grunde til.¹ For eksempel bliver der løbende introduceret nye og ofte omkostningskrævende behandlingsmetoder og medicinske præparater i det danske hospitalsvæsen. At vi bliver flere ældre borgere, der i sagens natur har mere brug for sundhedsydelser end en yngre befolkning, er en anden vigtig grund til de øgede udgifter. Endeligt er manglen på sundhedspersonale med til at øge udgifterne - på kort sigt når manglen på personale skal kompenseres ved at betale for dyre vikarer og overarbejdstimer - men også på lang sigt, da mangel på arbejdskraft kan øge prisen på denne arbejdskraft. Læg hertil, at finansieringen af sundhedsvæsenet er presset på grund af den nuværende lavkonjunktur, det faldende skattegrundlag på grund af de seneste års skattnedsættelse, og at skattegrundlaget generelt vil være faldende, da den demografiske udvikling i Danmark betyder, at der i de kommende år vil være færre individer i den erhvervsaktive alder. De stigende udgifter medfører et pres på de sundhedsydelser, som sundhedsvæsenet leverer. Hvis udgifterne løber løbsk, risikerer vi i bedste fald, at der vil være ønskede forbedringer af det eksisterende system, fx i form af nye behandlingsformer, som ikke kan indføres og i værste fald, at der vil være ydelser, herunder livgivende og livsforlængende behandlinger, som det offentlige sundhedsvæsen i dag leverer, men som det ikke vil have råd til at tilbyde i fremtiden.

For at modvirke dette pres og undgå, at kvaliteten af sundhedsydelserne overordnet forringes, kan man enten øge effektiviteten eller finansieringen af sundhedsvæsenet. Den første mulighed er således, at forbedre effektiviteten af de ydelser der bliver leveret i sundhedsvæsenet, således at vi får mere sundhed for pengene, – fx ved hjælp af moderne IT, bedre organisering eller ved at indføre billigere men kvalitetsmæssigt lige så gode behandlinger og undersøgelsesmetoder. Vælger man i stedet at øge finansieringen, fx. fordi det viser sig, at det ikke kan lade sig gøre at effektivisere i en grad, som kompenserer for de stigende udgifter, så er der en række forskellige værktøjer til rådighed. Regeringen kan for eksempel beslutte at foretage en anderledes makroprioritering end den, vi har i dag, og overføre ressourcer fra andre områder. For eksempel kunne man skære i udgifterne til militæret, uddannelsessystemet eller de sociale ydelser og i stedet overføre disse midler til sundhedsvæsenet. Eller regeringen kan vælge at øge skatter og afgifter og benytte statens deraf øgede indtægter til at sikre, at de stigende omkostninger i sundhedsvæsenet kan vedblive med at blive finansieret af staten. En tredje mulighed er at øge brugerbetalingen i det danske sundhedssystem. I det følgende skal vi fokusere på brugerbetaling som en mulig løsning på de

¹ Pedersen, Bech og Vrangbæk s. 15-24.

udfordringer, de stigende udgifter i det offentlige danske sundhedsvæsen skaber. Vi skal først præsentere nogle argumenter for i det hele taget at have brugerbetaling, og derefter præsentere nogle udfordringer for disse argumenter. Herefter vil vi ganske kort sige noget om, hvilke sundhedsydelser det kan være en god ide at benytte brugerbetaling for. Især fokuserer vi på og udfordrer den forskel, der er mellem forskellige sundhedsydelser i dagens Danmark. Endelig vil vi kort beskrive og udfordre nogle modeller for, hvilke personer der kan være omfattet af brugerbetaling og hvor meget disse personer skal betale. Men allerførst en meget kort beskrivelse af den eksisterende brugerbetaling i det danske sundhedsvæsen og nogle af de lande, som vi ofte sammenligner os med.

Brugerbetaling i Danmark

En lang række sundhedsydelser er i Danmark helt eller delvist brugerfinansieret: medicin, tandlæge, briller (+ kontaktlinser), fysioterapi, kiropraktik, psykologhjælp, etc. Men blandt disse ydelser er der forskellige betalingsmodeller. For eksempel er der næsten fuld betaling for medicin op til et vist beløb (ca. 2500 kr. om året), og herefter skal man kun betale 15% af medicinens pris, mens der ikke er noget lignende loft i forhold til de omkostninger, man betaler hos fx tandlægen eller fysioterapeuten. Desuden er der ydelser i sundhedsvæsenet, som kun bliver dækket under visse omstændigheder, fx fordi behandlingen kun tilbydes dækket et vist antal gange, som det er tilfældet ved visse former for fertilitetsbehandling. Vi skal her undlade at gå i detaljer med, hvordan brugerbetalingen mere præcist foregår inden for hvert enkelt område, men blot påpege, at der er forskellige modeller i spil.

I forhold til en række af de lande, som vi normalt sammenligner os med, er brugerbetalingen koncentreret på færre områder i Danmark. De fleste nordiske lande har fx brugerbetaling for besøg hos praktiserende læge samt hospitalsindlæggelser per døgn. Alligevel udgør den eksisterende brugerbetaling en betydelig del af sundhedsvæsenets finansiering. Undersøgelser viser, at brugerbetalingen i 2008 beløb sig til omkring 21,8 mia. kr., hvilket i 2008 svarede til ca. 15% af de samlede sundhedsudgifter. Og fra politisk hold har man overvejet at øge brugerbetalingen. Den tidligere regering (Venstre/Konservative) i Danmark foreslog øget brugerbetaling, og Velfærdskommissionen har i sin rapport fra 2005 argumenteret for brugerbetaling på en række nye områder (fx konsultation hos praktiserende læge og speciallæge, telefon- og e-mail-konsultation, skadestuebesøg, hospitalsindlæggelse pr døgn etc.) varierende fra 20-150 kr.²

Derfor brugerbetaling

Der er især to måder, hvorpå brugerbetaling kan være med til at modvirke effekten af stigende omkostninger i sundhedsvæsenet. For det første giver den direkte indtægt fra brugerbetalingen naturligvis sundhedsvæsenet mulighed for at finansiere sine omkostninger. En måde at finansiere de stigende udgifter på er altså at indføre brugerbetaling på områder, hvor det i dag ikke er pålagt, eller øge brugerbetalingen på områder, hvor det allerede er. Hvis dette skal forbedre sundhedsvæsenets økonomi, forudsætter det naturligvis, at man ikke kompenserer for den øgede indtjening fra brugerbetaling ved fx at sænke den skattebaserede andel af finansieringen tilsvarende. For det andet kan brugerbetaling sænke udgifterne ved at reducere antallet af henvendelser. Sidstnævnte fordel bygger på det forhold, at nogle personer, som overvejer at søge kontakt til sundhedsvæsenet, vil undlade at søge henvendelse, hvis de skal betale for henvendelsen. Det kan være en fordel, når den potentielle henvendelse

2 Velfærdskommissionen (2005) Kapitel 15, 809-825.

drejer sig om et sundhedsproblem, som sundhedsvæsenet har begrænset mulighed for at hjælpe med, eller hvis lidelsen er trivial og forbipasserende, fx en almindelig forkølelse eller en let forstuvet finger, som går over af sig selv efter nogle dage. Velfærdskommissionens beregninger anslog, at de nye og øgede brugerbetalingsformer, som den foreslog at indføre, ville give et nettoindtægtsgrundlag på 2 mia. kr. samt en nedbringelse af forbrug svarende til 1,3 mia. kr. I alt ville Velfærdskommissionens model således angiveligt medføre en forbedring af sundhedsvæsenets økonomi på ca. 3 milliarder kr. årligt, når omkostninger i forbindelse med administrationen af den øgede brugerbetaling var fratrukket.³

Der er umiddelbart to centrale udfordringer for brugerbetaling som finansieringskilde i sundhedsvæsenet. For det første har brugerbetaling i udgangspunktet en social slagside, dels fordi et identisk beløb til brugerbetaling udgør en større økonomisk byrde for mindre velstillede personer end for mere velstillede personer, og dels fordi de grupper, som oftere har brug for behandling, vil blive belastet hårdere end grupper med bedre helbred. Det sidste er væsentligt, både fordi der er en statistisk sammenhæng mellem dårligt helbred og lav økonomisk status, og fordi de, som har dyre og behandlingskrævende kroniske lidelser, ofte i forvejen vil være økonomisk belastet deraf. Begge dele betyder, at brugerbetaling vil ramme mindre velstillede individer relativt oftere end mere velstillede individer. Brugerbetaling kan derfor være med til at øge uligheden mellem rig og fattig (og mellem kronisk syge og raske) i Danmark. Givet at lighed kan være både instrumentelt og intrinsisk værdifuldt (dvs. værdifuld i sig selv) - det første fx fordi der er indikationer på, at økonomisk og social lighed fremmer velfærd på et bredt spektrum af parametre, inklusiv sundhed, og det andet fordi, nogle vil tilskrive lighed moralsk værdi i sig selv - taler den resulterende ulighed imod at benytte brugerbetaling i sundhedsvæsenet. I afsnit 4 skal vi beskrive forskellige modeller for, hvorledes brugerbetaling kan etableres, så man forsøger at tage højde for denne ulighedsindvending.

Den anden centrale udfordring er, at de adfærdsændringer, som brugerbetaling forventes at medføre og som er med til at reducere omkostningerne, risikerer at have utilsigtede konsekvenser. For selv om brugerbetaling kunne mindske antallet af henvendelser, fx til egen læge, er der ifølge den nuværende formand for de praktiserende læger undersøgelser, der peger på, at det ikke kun er antallet af såkaldt unødvendige henvendelser, som falder. Det er også antallet af henvendelser om alvorlige tilstande, som falder, hvilket betyder, at færre individer får så god og hurtig behandling som muligt.⁴ Og fra brugerbetalingen på tandlægeområdet peger tal på, at det især er de dårligst stillede, der ikke kommer regelmæssigt til tandlæge eller får behandlet ofte alvorlige tandproblemer.⁵ Denne frasortering af visse henvendelser betyder, at den økonomiske besparelse, man opnår ved at frasortere henvendelser, risikerer at ske på bekostning af formålet med besparelsen. Hvis sundhedsvæsenets formål er at sikre eller fremme borgernes sundhed, og hvis nogle borgere ikke henvender sig, selvom de har lidelser, som skader deres sundhed, og som kunne behandles, så er den økonomiske besparelse opnået på bekostning af et tab af den sundhed, som det er sundhedsvæsenets formål at fremme. Endvidere er der en række lidelser, hvor den samlede udgift for sundhedsvæsenet vokser, jo længere tid der går, inden behandlingen indledes, da disse lidelser kan behandles relativt enkelt, hvis behandlingen igangsættes tidligt, mens de kræver mere omfattende og omkostningsfulde behandlingsforløb senere. Udsættelse af behandling risikerer derfor at blive mere omkostningsfuld på den lange bane. Hvorvidt

3 Ibid.

4 Dibbern (2011).

5 Juul JS & Hansen GR (2009) Arbejderbevægelsens Erhvervsråd (2009).

den mindskede efterspørgsel, som er konsekvensen af et givet niveau af brugerbetaling, samlet set vil udgøre en forbedring af sundhedsvæsenets mulighed for at fremme sundhed, bliver derfor et kompliceret empirisk spørgsmål.⁶

Man bør dog være opmærksom på, at selv hvis man er overbevist af de to ovenstående indvendinger mod brugerbetaling og mener, at brugerbetaling principielt set er problematisk, så kan der være pragmatiske grunde til ikke at afskaffe den eksisterende brugerbetaling i Danmark. I afsnit 1 så vi, at den eksisterende brugerbetaling udgjorde 22 milliarder kr. af sundhedsvæsenets finansiering i 2008.⁷ Hvis man afskaffer brugerbetaling, vil det være nødvendigt at finde denne finansiering et andet sted, fx via statens indtægter eller ved at ændre makrofordelingen af pengene forvaltet af den danske stat. Men dette er formentlig vanskeligt i dagens realpolitiske klima, som er præget af lavkonjunktur og besparelse på de offentlige finanser. Hvis man accepterer denne fortolkning af den politiske virkelighed og ikke er villig til at acceptere den dramatiske reduktion af sundhedsvæsenets muligheder for at behandle, som det ville være at fjerne brugerbetaling uden at sikre alternativ finansiering, så er brugerbetaling kommet for at blive – i alle tilfælde for den nærmeste fremtid. Hvis dette er udgangspunktet, bliver spørgsmålet ikke om, men hvilke ydelser, der skal være brugerbetaling for og yderligere, hvordan man skal regulere brugerbetalingen – dvs. hvem der skal betale, og hvor meget folk skal betale?

Brugerbetaling for hvilke ydelser?

Som vi argumenterede for ovenfor, kan der være både økonomiske og pragmatiske grunde til at have brugerbetaling. Men hvis vi accepterer brugerbetaling, hvilke ydelser skal det så gælde? Skal sukkersygepatienter være fredet for brugerbetaling? Eller hvad med infertile, der ønsker assisteret befrugtning? Og hvad med psykologhjælp til forældre af børn med autisme?⁸ Dette er vanskelige spørgsmål. Undersøgelser viser, at de færreste (8%) i Danmark mener, at velfærdsydelser i højere grad end i dag bør finansieres ved brugerbetaling.⁹ Og der er formentlig endnu færre, der vil mene, at alle typer sygdomme og henvendelser skal involvere brugerbetaling. Livstruende og stærkt invaliderende sygdomme, som cancer og hospitalskrævende hjertekarsygdomme, er områder, hvor forslag om brugerbetaling stort set er fraværende i den offentlige såvel som den politiske diskussion.

Det vil her føre for vidt at præsentere og systematisk udfordre de forskellige argumenter, der er i debatten for og i mod brugerbetaling på bestemte områder. Et generelt argument taler dog for at sprede brugerbetalingen ud på flere snarere end færre ydelser. Argumentet baserer sig på, at det er vanskeligt at pege på en moralsk relevant forskel, der kan begrunde, at vi har brugerbetaling ved fx besøg hos tandlæge og fysioterapeut, men ikke ved besøg hos en praktiserende læge.¹⁰ Helbredsproblemer i

6 Bemærk at man også kan forestille sig, at selv hvis brugerbetaling mindsker antallet af henvendelser, så kunne de resterende henvendelser blive mere tidskrævende og undersøgelseskrævende – 'nu da man har betalt for sit besøg hos lægen'. Men dette er igen et empirisk spørgsmål og bør fx afdækkes ved videnskabelige undersøgelser, fx fra Norge og Sverige, der har disse typer brugerbetaling.

7 Jf. bemærkningerne ovenfor vil beløbet formentlig være endnu højere, da den eksisterende brugerbetaling lægger en dæmper på efterspørgselen af disse ydelser. Desuden skal hertil lægges administrative omkostninger for at afskaffe den nuværende brugerbetaling.

8 For en diskussion af brugerbetaling fx i forbindelse med kunstig befrugtning se kapitlet Brugerbetaling og assisteret befrugtning i denne antologi af Lone Schmidt og Søren Ziebe.

9 Geckler S & Hansen H (2011).

10 Velfærdskommissionen (2005) s. 809.

tænderne og kroppens bevægeapparat kan være lige så alvorlige og invaliderende som helbredsproblemer i resten af kroppen, og at koncentrere brugerbetaling på enkelte sundhedsydelser kan derfor synes at udgøre en urimelig forskelsbehandling mellem patienter med behov for forskellige ydelser og mellem forskellige sundhedsprofessioner. Umiddelbart er der to løsninger på denne forskelsbehandling. Enten har vi brugerbetaling på alle områder, eller også har vi ingen brugerbetaling overhovedet. Men givet, at ingen brugerbetaling er pragmatisk vanskelig at realisere, så peger pilen på, at vi bør

sprede brugerbetalingen ud på alle områder. Ved at fordele brugerbetalingen på flere ydelser vil vi bedre end ved at opretholde status quo undgå at forskelsbehandle og bedre understøtte idealet om lige adgang til sundhedsydelser uafhængigt af årsagen til helbredsproblemer. For eksempel vil man kunne forvente, at folk med dårligere tænder vil være mere motiverede til at opsøge tandlægen, hvis brugerbetalingen falder, fordi den samlede brugerbetaling fordeles på flere områder.¹¹ Bemærk, at denne løsning ikke betyder, at den samlede brugerbetaling behøver at stige. Man kan, såfremt man ikke ønsker at øge brugerbetaling, foretage en udligning mellem de pågældende ydelser, således, at det samlede beløb inkasseret af staten ved brugerbetaling forbliver nogenlunde det samme som i dag.

Brugerbetaling: Hvem og hvor meget?

Lad os antage, at der er pragmatiske grunde til at bevare brugerbetaling, og at det er afklaret, hvilke ydelser der skal være omfattet af brugerbetaling i sundhedsvæsenet. Selv hvis disse vanskelige spørgsmål er afklaret, så er der stadigvæk et vigtigt etisk spørgsmål, vi må forholde os til, nemlig hvordan brugerbetalingen skal reguleres. Skal alle betale? Skal alle betale det samme beløb for en behandling, og/eller skal der være et loft for denne betaling? Som vi så i afsnit 2, er en af de centrale bekymringer i forhold til brugerbetaling, at individer med lav indkomst eller kronisk syge ikke vil ikke have råd til eller vil blive urimelig hårdt ramt af betaling for vigtige sundhedsydelser. Brugerbetaling vil dermed øge uligheden i samfundet, hvad angår sundhed, livskvalitet og økonomisk råderum. Der er en række forskellige forslag til løsning af dette problem, og vi vil her blot nævne et par stykker. Velfærdscommissionen har foreslået, at man indfører et øvre loft for brugerbetalingen svarende til 1% af personens indkomst, således at brug af sundhedsydelser efter denne grænse er gratis.¹² Et problem ved dette forslag er, at der stadigvæk kan være tale om en social slagside, da 1% af en indkomst, hvis man tjener 100.000 kr. (1000 kr.), på grund af princippet om faldende marginalnytte¹³ kan være en tungere byrde at bære, end hvis loftet er 1% af en indkomst på 1 million kroner (10.000 kr.). Et andet problem er, at disincitamentet til at henvende sig med trivielle sundhedsproblemer vil være lavt for personer med høj indkomst, hvis brugerbetalingen opleves som minimal (fx 75 kr. for et lægebesøg). En måde at løse det første problem på er ved at skabe et skråt loft, således at loftets procentsats varierer med indkomsten (fx 2% for personer med høj indkomst og ½% for personer med lav indkomst). En anden måde at løse problemet på vil være ved at lave fripladser til folk under en vis indkomst,

11 Som tidligere nævnt afhænger omfanget af dette problem af empiriske forhold om, hvor mange folk med symptomer på alvorlige sygdomme, der lade sig skræmme væk for at konsultere fx egen læge.

12 Ibid. De nævner også muligheden for at regulere dette loft således, at personer med meget høj indkomst skal have et højere loft på fx 2%, og at personer med den laveste indkomst skal have et loft på ½%.

13 Princippet om faldende marginalnytte siger, kort fortalt, at nytteværdien af en given sum penge (fx 100 kr.) falder, jo flere penge en person i forvejen besidder. Hvor nytteværdien af 100 kr. for en fattig kan betyde om vedkommende vil overleve eller ej, vil nytteværdien af 100 kr. for millionæren være som et slag i luften.

således som det er tilfældet med brugerbetaling på daginstitutionsområdet.¹⁴ En måde at løse både det første og det andet problem på er ved at indtægtsregulere brugerbetalingen efter indkomst, således at folk med høj indkomst betaler en højere brugerbetaling for hver enkelt ydelse end folk med lav indkomst. Derved kan de ulighedsskabende effekter mindskes og de motiverende effekter gøres identiske.

Sammenfatning

Brugerbetaling rejser især tre etiske problemstillinger. Bør vi overhovedet have brugerbetaling? Hvis ja, for hvilke ydelser bør der så være brugerbetaling? Og givet at det er afklaret, hvilke ydelser der bør være brugerbetaling for, bør alle så betale, og i så fald lige meget? I forhold til disse tre spørgsmål har vi blot kradset lidt i overfladen. Men et forhold vil vi gerne fremhæve. Hvis bekymringen for brugerbetaling (eller øget brugerbetaling) er, at det vil øge uligheden i Danmark og stille de dårligst stillede endnu dårligere, så afhænger det i høj grad af, hvem der skal betale, og hvor differentieret brugerbetaling i forhold til indkomstgrupper reguleres. Der er således ikke noget principielt i vejen for, at brugerbetaling kan være til gavn for de dårligst stillede, hvis de fx bliver fritaget for brugerbetaling og samtidigt kan nyde godt af, at skatter og afgifter ikke bliver sat i vejret for at finansiere de stigende udgifter på sundhedsområdet.¹⁵

Litteratur

Dibbern H: (2011) "Brugerbetaling er ikke vejen frem" Politiken d. 6. september.
Jull JS & Hansen GR (2009) De fattige har ikke råd til tandlæge: Fattige går væsentlig mindre til tandlæge, end andre personer gør. Fire ud af ti fattige har slet ikke været ved tandlæge i løbet af de seneste tre år. Arbejderbevægelsens Erhvervsråd.
Pedersen KM; Beck M og Vrangbæk K: (2011) The Danish Health Care System: An Analysis of Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats, Copenhagen Consensus Centre
Velfærdskommissionen: (2005). Fremtidens Velfærd - vores valg: kapitel 15: "Brugerbetaling og forebyggelse".

14 Et problem med denne ordning vil selvfølgelig være, at der vil mangle finansiering fra de dårligst stillede, og at personer fra denne gruppe ikke vil være demotiverede til at undgå fx lægekonsultationer i forbindelse med såkaldte 'overflødige henvendelser'.

15 Tak til økonom Peter Billoft-Jensen for værdifulde kommentarer.



BETALING- BRUGGER-



Samtale mellem Gunna Christiansen og Lillian Bondo om brugerbetaling

Lillian: Jeg er meget stor tilhænger af en solidarisk finansiering af sundhedssektoren, så der er fri og lige adgang til sundhedsydelserne. Jeg ved godt, at det ikke helt er sådan, det er nu. For eksempel slår den sociale ulighed igennem på tandområdet, hvor nogle har langt sundere tænder end andre, blandt andet fordi de har råd til at gå til tandlæge. Men jeg er bange for, hvad der vil ske, hvis man fx indfører brugerbetaling hos den praktiserende læge. Måske vil nogle vælge en konsultation fra af økonomiske grunde, selv om de burde være kommet netop den dag!

Gunna: Efter min mening ville det også være bedst med et solidarisk finansieret sundhedsvæsen. Problemet er bare, om vi bliver ved med at have råd til at lave den forskning, der er nødvendig for at udvikle nye lægemidler og nye behandlingsformer i det hele taget, så sundhedsvæsenet kan opretholde et tilstrækkeligt højt niveau. Forskning og udvikling er et af de steder, hvor det på kort sigt er let at skære ned. Og meget tyder på, at det bliver sværere at finansiere velfærdsydelserne fremover, blandt andet på grund af den såkaldte "ældrebyrde" og den manglende vækst. Derfor er det nærliggende at indføre brugerbetaling for at tilføre flere midler til sundhedssektoren.

Lillian: Hvis der skal være brugerbetaling, kunne det være en gradueret takst, så personer med en høj indtægt betaler mere end personer med en lavere indtægt. Så ville brugerbetalingen have mindre social slagside. Men man risikerer så på den anden side, at de velstillede mister incitamentet til at bakke op om en solidarisk finansiering af velfærdssamfundets ydelser.

Gunna: Ja, så betaler de velstillede jo ekstra i to omgange, både via skatterne og gennem brugerbetalingen. Hvis sundhedsydelserne i det offentlige sundhedsvæsen samtidig er på et forholdsvis lavt niveau på grund af manglende forskning og udvikling, kan det ikke undgå at stimulere udviklingen af et privat forsikringssystem. Som situationen er nu, eksisterer der allerede et A- og et B-hold på grund af de private sundhedsforsikringer, som mange ansatte i det private erhvervsliv er dækket af. Med gradueret brugerbetaling ville det sikkert blive endnu mere markant.

Lillian: Du mener altså, at der eksisterer et ubehageligt dilemma her. Vi kan lade være med at indføre brugerbetaling, men så er det på længere sigt svært at opretholde et tilstrækkeligt højt niveau i det offentlige sundhedsvæsen, fordi velfærdsstaten og sundhedssektoren er under økonomisk pres af flere forskellige grunde. Det stimulerer private forsikringer, som skaber ulighed. Eller vi kan indføre brugerbetaling for at sikre ekstra finansiering, men det har også en social slagside, fordi de dårligst stillede måske vil fravælge behandling.

Gunna: Jeg tror, der er sådan et dilemma, ja. Sagen er, at rigtig mange mennesker ikke stiller sig tilfredse med de næstbedste ydelser i sundhedsmæssig sammenhæng. Om

nødvendigt tager de personer, der har råd til det, til udlandet og bliver behandlet, hvis de ikke kan få den optimale behandling i Danmark.

Lillian: Måske skal man også tænke alternativt på nogle områder. Jeg tænker fx på, at vi burde forpligte os til at teste, hvad forebyggelse kan bringe med sig. Det er ikke for alvor afprøvet. Men det kan måske have afgørende betydning for sundhedssektoren på længere sigt. Et eksempel er, at kun ca. 60 procent af kvinderne i Danmark ammer deres børn i fire måneder. Det er dog væsentligt højere end gennemsnittet på verdensplan. Men det er kun ca. ti procent, der ikke kan amme af fysiologiske grunde. Og amning har fantastisk mange positive effekter i forbindelse med tilknytning og modstandskraft overfor sygdomme, appetitregulering og meget mere. Hvis man turde satse mere på forebyggelse, kunne det have positive konsekvenser på langt sigt både for økonomien og for sundheden.

Gunna: Ja, det drejer sig i høj grad om oplysning. Hvis man ikke har gjort tilstrækkeligt for at oplyse befolkningen, kan den med rette føle sig snydt af et sundhedsvæsen, som man har fået at vide er et af verdens bedste!

Lillian: Ja, men tilbage til brugerbetaling. Jeg kan ikke forestille mig brugerbetaling for behandlinger i den dyre ende. Når vi taler om brugerbetaling, må det vel være brugerbetaling eller delvis brugerbetaling i den billige ende?

Gunna: Det ville være forfærdeligt, hvis man ikke kunne få en væsentlig behandling, fordi man ikke havde råd. Eller at man måtte gå fra hus og hjem for at blive opereret og helbredt fx for en kræftsvulst eller for at få en hjertetransplantation. Det er ikke sådan et samfund, vi ønsker os. Vi må hæfte solidarisk for, at nogle bliver mere syge end andre. Det er noget helt andet, at man skal give 100 kr. for at gå til den praktiserende læge.

Lillian: En model for brugerbetaling kunne måske være, at man lagde et grundbeløb ind for en del behandlinger og undersøgelser som en form for adfærdsregulering og også af økonomiske grunde. Det skulle ikke være graderet efter indkomst, men beløbet skulle til gengæld være så lavt, at det ville være overkommeligt for alle at betale. Egenbetalingen på tandbehandlinger skulle måske så sættes ned – og måske skulle det også være muligt for særligt dårligt stillede helt at undgå betalingen. Men forebyggelse som fx tandeftersyn skulle efter min mening være gratis, det ville være en slags investering i borgernes fremtidige sundhed. Jeg tror, at mange af de tidligere forebyggelsesordninger har haft stor effekt. Det gælder fx forebyggelsesindsatsen for tandpleje i skolerne og hjemmebesøg af jordemoder og sundhedsplejersker til nybagte forældre.

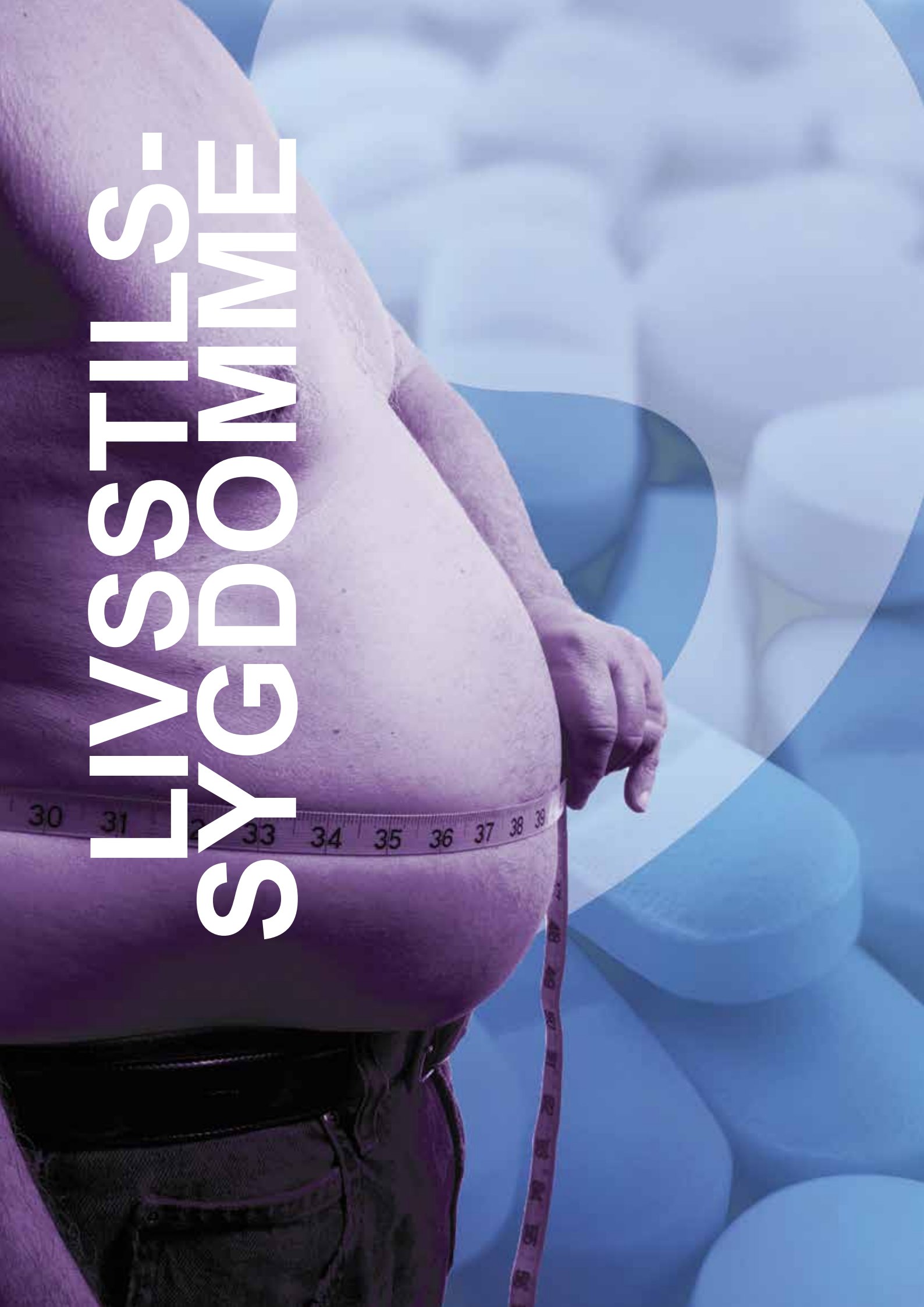
Gunna: Hvis man indførte sådan en model, ville det efter min mening være vigtigt at undersøge, hvilken virkning de forskellige forebyggelsestiltag faktisk har. Man er nødt til at have en viden om, hvad der virker på længere sigt. Mig bekendt har man ikke gjort meget ud af at måle effekten på den slags forebyggelsestiltag. Noget andet er så, at jeg er stor tilhænger af at oplyse befolkningen om, hvad den selv kan gøre for at aflaste presset på sundhedssektoren. Der er givetvis rigtig mange, der henvender sig til lægen, uden at det er hensigtsmæssigt eller nødvendigt. Det kunne man undgå gennem mere oplysning om, hvordan man skal forholde sig i forskellige situationer.

Lillian: Jeg tror, vi er enige om ganske meget. Vi går begge ind for et solidarisk sundhedsvæsen og er samtidig ikke ubetingede modstandere af brugerbetaling - i den forstand, at vi jo allerede har det. Men brugerbetalingen skal ikke være alt for høj, så vi

får amerikanske tilstande. Ingen skal afskæres fra nødvendig behandling af økonomiske grunde. Vi er også begge tilhængere af både oplysning og forebyggelse.

Gunna: Ja, men der er også en faktuel side af det her, som det er svært at tage stilling til. I hvilken grad vil brugerbetaling hos den praktiserende læge fx føre til, at nogle sygdomme ikke opdages og derfor ikke behandles tidligt nok? Hvis det kommer til at ske ofte, er det et godt argument imod brugerbetaling. Et andet spørgsmål er, i hvor høj grad brugerbetaling reelt vil give besparelser, som kan være med til at sikre et højt niveau af sundhedsydelse fremover? Og hvordan vil det påvirke befolkningens sundhed og økonomien at satse mere på forebyggelse? At det er vanskeligt at svare præcist på spørgsmål som disse er med til at gøre diskussionen om brugerbetaling meget vanskelig og mudret.

LIVSSTILS- SYGDOMME



Indledning om livsstilssygdomme



Livsstilssygdomme spiller en stor rolle i den offentlige debat og i forhold til de tiltag, der er på dagsordenen i sundhedsvæsenet. En del af disse diskussioner og tiltag er tæt knyttet til prioriteringsdiskussionen. Det gælder fx diskussionen om, hvad man skal prioritere højest: forebyggelse eller behandling. Det gælder også spørgsmålet om, hvad kriteriet for at få behandling for livsstilssygdomme overhovedet skal være. Bør man fx kunne få en fedmeoperation, alene fordi man har et tilstrækkelig højt BMI – og hvor højt skal det i så fald være? Et tredje tema er, i hvilken grad svarene på sådanne spørgsmål afhænger af, hvordan vi mere generelt taler om livsstilssygdomme og om de personer, der lider af dem. Hvis livsstilssygdomme opfattes som selvforskyldte, er det måske mere oplagt, at der skal være en form for brugerbetaling i forbindelse med behandling, end hvis sådanne sygdomme ikke anses for at være selvforskyldte. Men hvordan harmonerer dette i givet fald med vores viden om, at livsstilssygdomme har social slagside? Fx er der en klar sammenhæng mellem uddannelsesniveau og andelen af overvægtige. Generelt er folk med kort uddannelse og lavere indtægt overrepræsenteret i fedmestatistikkerne.

At de såkaldte livsstilssygdomme er et problem, der på længere sigt kommer til at udgøre en væsentlig, økonomisk udfordring, kan belyses ved at se på udviklingen i antallet af danskere, der er fede. Fedme defineres som BMI på over 30. I Danmark har man set en fedmeepidemi med en 60-70-dobling i forhold til tiden omkring 2. verdenskrig. I alt 46,7% af den danske voksne befolkning er overvægtige (BMI over 25). Hver 5. dansker – 800.000 – er svært overvægtig med et BMI på over 30.

Det er muligt at behandle overvægt kirurgisk. Der udføres to typer af operationer. 98% får gastrisk bypass og resten får "banding". En gastrisk bypass indebærer, at maden efter operationen går uden om mavesækken og tolvfingertarmen, så patienten kun kan spise små måltider og ikke kan drikke til måltider. Maden passerer hurtigere gennem fordøjelsessystemet, så kalorierne ikke bliver optaget.

Om kirurgisk behandling af fedme kan betale sig rent økonomisk for samfundet, kan ikke siges på nuværende tidspunkt. I 2004 blev der foretaget 80 operationer, i 2009 blev der foretaget 2700 operationer, og i 2010 blev der foretaget over 4000 operationer. I 2011 blev kriterierne for at lave fedmeoperationer i offentligt regi ændret, hvilket førte til, at færre patienter blev tilbudt operationen i offentligt regi. Det har ført til, at både danske og udenlandske privathospitaler tilbyder fedmeoperationer til patienter, der ikke kan få behandlingen på de offentlige sygehuse. Operation koster ca. 65.000 kr.¹

Fedme er en af de livsstilssygdomme, der er mest fokus på. Det Ethiske Råd har derfor bedt fire skribenter om at forholde sig særligt til netop fedme i deres bidrag, der også belyser temaer omkring livsstilssygdomme på et mere generelt niveau.

¹ Se fx <http://www.sygeforsikring.dk/Default.aspx?ID=1412> For udviklingen i antallet af operationer, se også: <http://www.dagensmedicin.dk/nyheder/antallet-af-fedmeoperationer-er-faldet-til-det-halve/>

Knud Jacobsen, praktiserende læge, tager skarp afstand fra den måde, begreberne om sundhed og forebyggelse benyttes på både i samfundet som helhed og i den sundhedsfaglige praksis. I daglig tale er det underforstået, at folk gerne vil være sunde, men sundhed er og bør ikke være et selvstændigt mål i menneskers liv. Derfor skaber det voldsomme fokus på sundhed ikke livsduelige mennesker. På tilsvarende måde tager forebyggelse udgangspunkt i spørgsmålet om, hvordan man kan undgå at komme i en tilstand, der på forhånd er defineret som ulykkelig. Et andet og bedre udgangspunkt ville være at se på, hvordan det enkelte individ bedst forvalter sin tilværelse ud fra sine værdier og mål.

Morten Ebbe Juul Nielsen, lektor i filosofi, beskriver den umiddelbare opfattelse vi normalt har af hinanden og ikke kan lade være med at benytte os af, nemlig at det enkelte menneske har en fri vilje og derfor er personligt ansvarlig for sine handlinger. Opfattelsen indebærer, at vi også er ansvarlige for vores helbred for så vidt angår de såkaldte livsstilssygdomme, der opstår på grund af personens livsstil. Ud fra en filosofisk betragtning er det imidlertid svært at give mening til den umiddelbare opfattelse af menneskets frie vilje. Hvis vi har gode grunde til at handle, som vi gør, er vores handlinger ikke frie i relevant forstand. Hvis der på den anden side ikke er en begrundelse for vores handlinger, må de være tilfældige og kan derfor dårligt være ansvarspådragende. Menneskers livsstilsvalg med hensyn til kost, rygning, alkohol, motion m.m. bør således forklares på andre måder end gennem henvisninger til individets egne valg. Derfor vil appeller til det individuelle ansvar kun have begrænset effekt og kan let i stedet føre til stigmatisering og manglende selvtilid hos dem, som man egentlig søgte at hjælpe til et sundere liv.

Bente Klarlund, professor ved Københavns Universitet og overlæge ved Rigshospitalet, diskuterer den vanskelige balancegang mellem respekten for individets frie valg og samfundets ønske om at påvirke det enkelte menneskes livsstil. Sundhedsfikseringen har ført til, at denne balance ikke altid indfinder sig. Det gælder fx i forbindelse med samfundets fokusering på væggtab, idet der ikke er videnskabelig evidens for, at væggtab nødvendigvis har den forventede sundhedseffekt. Det viser sig også ved, at tilsyneladende accepterer forskelsbehandling af personer, der ikke lever sundt. Særligt tyder meget på, at overvægtige diskrimineres, fx ved ansættelser. En blandt flere konklusioner er, at vi må stræbe efter at undgå at stigmatisere og diskriminere ved at satse på strukturelle sundhedstiltag i stedet for forebyggende kampagner rettet mod den enkelte. Sundhed skal tænkes ind i vores infrastruktur og arkitektur: Man skal fx kunne se trappen og ikke elevatoren, når man kommer ind i en bygning.

Gitte Meyer, journalist og lektor ved Aalborg Universitet, beskriver, hvordan tidligere tiders mobning af afvigere som fx overvægtige har fået nye former med det nye fokus på livsstilssygdomme. Overvægtige udelukkes fra det normale fællesskab, idet de med henvisninger til videnskaben karakteriseres som behandlingskrævende. Netop stigmatiseringen og udelukkelsen af den store gruppe af mennesker, der lider af de såkaldte livsstilssygdomme, udfordrer det princip om gensidighed, der historisk danner basis for velfærdssamfundet. Nogle er en økonomisk byrde og et problem for de andre. Det er vanskeligt at spå om, hvordan problematikken vil påvirke de fremtidige prioriteringer i sundhedsvæsenet. Det kan gå flere veje: De overvægtige kan blive mobbet ind i det offentlige sundhedsvæsen, fordi de automatisk bliver anset for at være syge, men de kan også blive mobbet ud af sundhedsvæsenet, fordi sygdommen anses som selvforskyldt, og det derfor ikke længere er et fælles ansvar, men folks eget problem.

Til slut i blokken om livsstilssygdomme er der en samtale mellem Edith Mark og Søren Peter Hansen, begge medlemmer af Det Ethiske Råd.



LIVSSTILS- SYGDOMME

”

I daglig tale er det underforstået, at folk gerne vil være sunde. Vi skal som fagpersoner fortælle folk, hvad der er sundt, og hvad der er usundt, så vil de selvfølgelig tilstræbe at opnå denne ønsketilstand. Men er folk virkelig styret af ønsket om sundhed, om velvære? Er det det, de vil?

”

Om begreberne sundhed og forebyggelse

Af Knud Jacobsen, praktiserende læge

De to begreber hænger tæt sammen, sundhed er en idealtilstand, og forebyggelse handler om, hvordan man undgår at miste denne.

Sundhed betyder egentlig ifølge Den Store Danske ordbog at være ved godt helbred, men WHO har udbygget begrebet til at betyde 'ikke bare at være fri for sygdom, men en tilstand af fysisk, psykisk og socialt velvære'.

Sundhed betragtes almindeligvis som et positivt begreb, noget efterstræbelsesværdigt, som bl.a. lægen skal hjælpe folk med at opnå. Begrebet er gået over i almindeligt sprog med betydningen god og velfungerende, jf. at man kan have en sund økonomi, og noget kan være sund fornuft. I daglig tale er det underforstået, at folk gerne vil være sunde. Vi skal som fagpersoner fortælle folk, hvad der er sundt, og hvad der er usundt, så vil de selvfølgelig tilstræbe at opnå denne ønsketilstand. Men er folk virkelig styret af ønsket om sundhed, om velvære? Er det det, de vil? Ja, narkomanen der sprøjter sig, søger væk fra besvær, smerter og depression ind i en tilstand af velvære. Men for den almindelige gennemsnitlige dansker er det jo rent nonsens.

Jeg kender mange, der står tidligt op om morgenen, selv om det bestemt er en overvindelse og ikke forbundet med velvære, men deres arbejde og familiens liv kræver det nu af dem. Jeg kender forældre, der står op om natten, fordi deres barn græder, eller udsætter sig for mange andre ubehageligheder for deres børns skyld. De fleste mennesker er styret af helt andre ting end at opnå velvære. De har nogle idealer og nogle mål, som er vigtige i deres liv, de indgår i forpligtende forhold som fx familie og arbejde, og disse forhold er langt mere styrende, end om personen selv lige føler velvære.

En svømmer fortalte mig, at hvis man vil være danmarksmester, og det ville han, skal man træne til man kaster op. Det giver ikke specielt velvære.

Normalt respekterer vi de mennesker, som vil noget, som gør en indsats for at nå deres mål, og som er i stand til at tilsidesætte den umiddelbare behovstilfredsstillelse for at kunne opnå noget, der er vigtigere for dem. Og vi tager afstand fra de mennesker, som ikke kan. Hallelujaordet SUNDHED indeholder ikke noget af det, som er det vigtigste i de fleste menneskers liv. Ordet er blevet tømt for egentlig mening og er i stedet blevet et tomt plusord. I min generation var det 'sundt' at gå med undertrøje. Det vidste vore mødre, og basta så var den diskussion ude. Og det er usundt at spise slik, og det er sundt at motionere. Og "Tidligt op og tidligt i seng / det er sundt for en lille dreng / man kan også godt sige / at det er sundt for en lille pige", som der stod i min barndoms læsebog.

Jeg forholder mig ikke til, hvornår børn skal op eller i seng, eller til slik og motion. Jeg vil bare fastholde, at hvis vi skal snakke meningsfyldt om vores arbejde i

'sundhedssektoren', så skal vi bruge ord, som har en nogenlunde entydig mening. Og for alt i verden må vi undgå hallelujaord, som er fyldt med underforståede værdiudsagn.

Ordet 'sundhed' er et eksempel på noget af det sproglige vrøvl, som er med til at forbistre vores samtale om, hvad den praktiserende læge egentlig skal beskæftige sig med. Lad mig bare give et lille eksempel. På et møde i mit parti blev WHO's definition trukket frem som målet for partiets sundhedsarbejde. Samtidig gik partiet ind for at bekæmpe rygning. Da jeg spurgte, hvordan det hang sammen med, at de fleste rygere ryger, fordi de derved opnår fysisk, psykisk og socialt velvære, var svaret fra den lovende politiker, at det er 'falsk velvære', mennesker opnår ved at ryge! Men hvis man definerer målet for sit arbejde som det, at folk skal opnå velvære, og bagefter tiltager sig retten til at definere, hvad rigtigt velvære for den enkelte er for noget, så er det ikke bare formynderi af værste gammeldags børneopdragelsestype. Det er vrøvl., og vrøvl umuliggør en fornuftig samtale.

Her må jeg for en gangs skyld fremhæve politikerne på Christiansborg, der på det sidste har gjort sundhedspolitik til et spørgsmål om livslængde. En god sundhedspolitik er en, der får den gennemsnitlige levealder til at stige. Jeg er uenig i, at det specifikt skulle være så ønskværdigt, men det er rart at få en klar definition, man kan forholde sig til. Og så kan vi pludselig snakke om tingene - og være uenige. Politikeren siger, at målet er et langt liv, og tobaksrygning forkorter livet, altså skal vi politisk arbejde på at få folk til at holde op med at ryge, og læger ansat af det offentlige skal tjene dette formål. Jeg kan så svare, at jeg er uenig i dette mål, idet jeg mener, at målet er at hjælpe folk med at få det, de selv anser for et godt liv, og det kan godt indeholde, at de ryger.

Jeg har en lidt overvægtig patient i 60'erne med type 2 diabetes. Hun har røget pipe i 40 år. For nogle år siden holdt hun op tilskyndet af Sundhedsstyrelsen, men savnede det voldsomt. Da hun senere fik Sjøgrens syge med mange mundsmerter, blev livet lidt for surt, og hun begyndte igen med sin elskede pipe. Det hjalp meget på mundsmerterne. Og da hun senere kom til halvårlig opfølgning på diabetes, var hgA1c normaliseret fra 6,8 til 5,6, og hendes total kolesterol var faldet fra 5,5 til 4,3. Hendes egen forklaring er, at hun spiser mindre, når hun ryger, og hun havde også tabt sig 5 kg.

Hun ved godt, at hun udsætter sig for den risiko, at hendes liv ikke bliver længere end mænds, men det har hun accepteret som en omkostning for at kunne få et godt og aktivt liv nu. Mennesket er bare mere kompliceret, end det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledninger.

Forebyggelse er det negative spejlbillede af sundhed, det handler om, hvad man skal gøre for ikke at miste sin sundhed. Derfor får begrebet også alle sundhedsbegrebets uklarheder, dels fordi det er uklart, hvad man lægger i begrebet, og dels fordi det i den almindelige diskussion er blevet et positivt begreb. "Hellere forebygge end helbrede" siger man, og hvem tør så gå imod det?

Begrebet forebyggelse definerer vores livsudfoldelse negativt. Forebyggelse tager udgangspunkt i spørgsmålet 'Hvordan skal jeg undgå en eller anden ulykkelig tilstand?' i stedet for 'Hvordan skal jeg opnå en eller anden ønsket tilstand?'

Det er sådan set ikke svært at forebygge. Man kan sagtens undgå at blive indblandet i trafikulykker, man skal bare holde sig væk fra trafikken. Men tanken er meningsløs, for vi vil jo alle sammen involveres i tilværelsen på en måde, så vi bliver nødt til at flytte os. Det relevante spørgsmål er altså ikke, hvordan man undgår trafikskader, men hvordan man kan flytte sig rundt til de ting, man gerne vil deltage i, med mindst mulig risiko.

Der kunne også forebygges rigtig mange knæ- og benskader, hvis folk holdt op med at tage på skiferie. Men sådan spiller klaveret ikke. Folk vil gerne udsætte sig for en vis risiko for at opleve glæden ved at glide ned ad de norske fjelde, og det er efter min mening fint nok. Og jeg vil gerne hjælpe dem, når de er kommet til skade, langt hellere end at behandle deres depressioner engang senere, fordi de aldrig turde tage del i livet. Eller hvad med elitehåndboldspillere? For disse mennesker handler det ikke om at undgå et eller andet, det handler om, at der er noget, de gerne vil, og hvordan de bedst muligt kan nå disse mål, altså hvordan kan de optimere deres muligheder for at blive en god håndboldspiller samtidig med, at de minimerer risikoen? For de er jo klar til at løbe en risiko, endda en betydelig risiko.

Eller hvad med at forebygge sorg ved at lade være med at knytte sig til nogen? Jeg har mødt mange med sorg, men aldrig nogen, der ville have været kærligheden til den mistede foruden. Sorgen er kærlighedens spor i sjælen, som en klog præst har formuleret det.

Og når 16-årige ryger, er det meningsløst at foreholde dem, at de kan risikere at miste 10 år af deres alderdom. De står midt i store eksistentielle problemer, som de selvfølgelig skal forholde sig til. Det er forudsætningen for, at de udvikler sig til selvstændige og stærke mennesker, der kan tage vare om deres liv. Hvis jeg så har den opfattelse, at rygning er skadeligt og bør undgås, må jeg som voksen prøve på at skabe betingelser for, at man kan have et godt ungdomsliv uden røg.

Jeg har i øvrigt altid undret mig over, hvor mange af disse forebyggelseskæmpere der bor i København. De kunne da forebygge megen sygdom hos sig selv ved at bo herude, hvor der er frisk luft og mindre trafik. Men det er måske også et udtryk for, at der er ting, der er så vigtige for dem, at de gerne vil udsætte sig for en vis risiko og accepterer et kortere liv?

Men en anden ting er, at ordene sundhed og forebyggelse er erobret af 'livsstilsfolkene', og når der tales om, at almen praksis skal styrke forebyggelsen, så fortsætter det næsten altid med, at vi skal få patienterne til at holde op med at ryge.

Jeg vil referere til et indlæg fra denne debat fra 2010.

I martsnummeret af Månedsskrift for almen praksis har redaktør Frede Olesen en leder om vores forhold til forebyggelse. Han fremhæver den gamle sætning om, at "ingen konsultation er afsluttet, før man har overvejet, om man kan forebygge den næste". Og når herfra hurtigt frem til, at vi ikke er gode nok til at tale om tobaksrygning med patienterne.

Men skal vi snakke tobak med patienterne, hvor det ikke direkte udspringer af symptomets art?

Jeg erindrer en aften på en vagt, hvor en midaldrende kvinde kom med flere dages smerter i fodledet. Da vi havde drøftet hendes problem, nævnte jeg, at det sådan set ikke var et vagtlægeproblem, hvortil hun fortalte denne lille historie.

Hun havde to gange opsøgt sin egen læge – en vikar – og hver gang fået et foredrag på 10 minutter om, hvor forkasteligt det var, at hun røg, og da lægen var færdig med sin dagsorden, var tiden brugt op, så hun skulle bede sekretæren om en ny tid til det, hun var kommet for!!

Jeg ved godt, at det ikke er dette, Frede lægger op til, men jeg synes alligevel, at han er et skridt ud ad denne vej.

Forebyggelse er for mig at se noget helt andet og meget mere end at få folk til at lade være med at ryge, spise kager og falde ned i sofaen. Forebyggelse har noget at gøre med vores livsduelighed. Lad mig forklare dette lidt nærmere.

Konsultationen har 3 lag:

1. Det konkrete, patienten henvender sig med (fx smerter)
2. Den betydning, som patienten tillægger symptomet (fx frygt for kræft)
3. Den livssituation, som symptomet opstår i (graden af magtesløshed)

Der er selvfølgelig ingen diskussion om, at vi skal afklare mistanken om kræft og om nødvendigt hjælpe med smertelindring. Her er ingen uenighed mellem Frede og mig. Men for mig er alfa og omega i forebyggelsen knyttet til menneskets følelse af magtesløshed eller omvendt, dets evne til at håndtere konkrete og eksistentielle problemer, dets livsduelighed. Vi ved fra gammel forskning, at der er en sammenhæng mellem, hvor ofte man søger læge, og hvor lidt selvtillid man har. For at nedsætte patientens behov for 'den næste konsultation' skal jeg altså øge hans tillid til, at han godt kan klare sine problemer selv. Og selvtillid opbygges ikke ved at fortælle folk, at de ikke duer! Jeg skal ikke træde i deres svagheder, men opmuntre dem på det, som de er gode til.

I den forbindelse er vi også nødt til at gøre os klart, at livet er svært. Alle mennesker har en 'fortvivelse' i sig, stor eller lille, og vi søger alle at leve med denne fortvivelse på den ene eller den anden måde. Nogle omsætter den positivt til gavn for andre, nogle spiser nervemedicin, nogle prøver at løbe fra den ved at have travlt med en mappe under armen, nogle drikker, nogle ryger, og nogle tager deres eget liv, fordi det hele bliver for svært. Og jeg skal ikke gøre mig til dommer over deres valg, jeg skal prøve at støtte dem, så de bliver lidt bedre til at leve med deres fortvivelse, og nogle får det så måske så godt, at de vælger at holde op med at ryge! Men det er ikke i sig selv noget mål for mig. Mit mål er at patienterne forlader enhver konsultation med følelsen af, at de er noget, at de dur til noget, at der er noget, de kan være stolte af. Hvordan vi giver patienten den oplevelse, se det er det, forebyggelse handler om, og det er det, der gør forskellen på en sygdomsfunktionær med en guideline og en almen mediciner.

Ord kan også få status. Sundhed er som nævnt et plusord, noget som man ikke kan være modstander af eller tale imod, og det vil også sige, at det bliver et jokerord, - det kan altid overtrumfe alt andet. Hvis man fx kan sige til en anden, at det, han gør, er usundt, så er videre diskussion udelukket. Eller hvis man kan sige, at det, man selv mener, skam er sundt, så er diskussionen også standset. Jeg er ikke i tvivl om, at der er former for adfærd, der er skadelig for helbredet og derfor må frarådes, såsom tobaksrygning. Det er bekræftet i store undersøgelser med statistik efter alle kunstens regler, men vores fag almen medicin handler om enkelte mennesker, og det er ikke på forhånd givet, at massesandheden også er det rigtige for den enkelte.

Mit anliggende i denne artikel har været sprogrenserens. Hvis vi vil have en ordentlig debat om almen praksis, bliver vi nødt til at bruge ord med en klar og entydig mening. Hvis vores anliggende er at få folk til at holde op med at ryge, så sig det i stedet for at dække det ind under vage plusord, der egentlig først og fremmest skal markere, hvem der er de gode og de rigtige. Jeg vil da gerne hjælpe folk med at holde op med at ryge, hvis det er det, de vil, men det er der faktisk mange, der ikke har noget ønske om. Men jeg har også ønsket at sætte en tyk streg under, at bare fordi noget er godt eller 'sundt',

er det ikke nødvendigvis almen medicin. Og jeg mener, det er vigtigt, at vi meget konkret forholder os til, hvad vi vil inddrage i vores daglige arbejde, så vi ikke bliver klempt på vores hovedopgave, den analytiske samtale.

Jeg indsætter til sidst endnu et indlæg fra debatten om rygning for at vise, hvor langt ude formynderiet fra eksperterne overfor os andre har været. Og så har den vist fået, hvad den kan bære.

Rygning igen, igen

Er der noget, der kan få mit pis i kog, er det alle de velmenende mennesker, der ved, hvad de alment praktiserende læger burde lave. Det er som regel efter opskriften, at profeterne har set lyset om, hvordan danskerne bør leve, og eftersom "85% af alle mennesker kommer til deres praktiserende læge" (i løbet af et år?), så synes de, at vi da lige kunne overtale folk til dit eller dat.

Igen skal vi i Månedsskrift for almen medicin fra 2006 s.1325 høre sangen fra de varme lande. Denne gang er det igen rygning, det gælder. Post doc-forskeren Charlotte Pisinger fra Forskningscenteret for Forebyggelse og Sundhed fortæller mig beredvilligt, hvordan jeg skal snakke med mine patienter:

"Gør det til en vane at snakke med de fleste patienter uanset helbred om rygning med et smil" (Ja hun skriver sgu, at jeg skal smile på det sted!), og så følger to sætninger, jeg kan fyre af. "Hvordan er det nu med dig og rygning? (og hvis hun ryger), "Overvejer du at holde op med at ryge?"

Jeg havde forleden dag en ung kone, der kom for at snakke om hovedpine. Nu er jeg ikke fokuseret på tobak, men på det, folk selv har hovedet fuld af, så vi snakkede om hovedpinen, og samtalen gled hurtigt over til, at hun få dage før havde måttet erkende, at hendes mand var alkoholiker.

Så er det, jeg godt vil vide, hvornår det er, jeg skal spørge om tobaksrygning?

Skal jeg starte med det efter modellen:

Hun (træt og trist): jeg vil godt snakke med dig om, at jeg den sidste tid har døjet sådan med hovedpine?

Jeg (med et smil): hvordan er det nu med dig og rygning? (og hvis hun ryger), overvejer du at holde op med at ryge?

Eller skal jeg putte det ind senere sådan her:

Hun (fortvivlet): i går fandt jeg 6 tomme flasker husholdningssprit i hans værksted (lang pause hvor hun kæmper med gråden). Jeg burde have set det for længe siden.

Jeg (med et smil): hvordan er det nu med dig og rygning?

Eller skal jeg putte det ind til sidst, efter at samtalen allerede har varet 15 min. mere end beregnet:

Jeg (med et smil): jeg skal lige spørge dig til sidst, hvordan er det med dig og rygning?

Nej! Selvfølgelig er alle konsultationer ikke som denne, men det ved man jo først bagefter, enhver konsultation er potentielt en eksistentiel samtale. Og hvis vi har en anden dagsorden end patienten, er den grundlæggende tillid beskadiget - den tillid, som er selve fundamentet for almen medicin.

LIVSSTILS- SYGDOMME

”

Vi bør være yderst varsomme med at appellere til individuelt ansvar, særligt hvad angår dem, der statistisk eller i de fleste politikere og sundhedsforvalteres øjne har mest brug for at få et løft i sundheden, nemlig de dårligere stillede.

”

Personligt ansvar for helbred

Af Morten Ebbe Juul Nielsen, ph.d., lektor i filosofi,
Institut for Fødevare- og Ressourceøkonomi, Københavns Universitet

1. Fri vilje og individuelt ansvar

Stort set alle har umiddelbart den opfattelse, at det enkelte menneske har en fri vilje, hvilket gør det personligt ansvarligt for sine handlinger. Uanset om vi ser indad eller udad – på os selv eller på andre – ser vi som oftest mennesker som ansvarlige og frit handlende agenter, der aktivt vælger mellem flere alternativer. For en hurtig betragtning er spørgsmålet om personligt ansvar simpelt: Givet fraværet af et lille antal undskyldende omstændigheder – sindssyge, hjernevask, umodenhed, tvang – er vi ansvarlige for vores handlinger.

Dermed er vi også ansvarlige for vores helbred, i hvert fald for så vidt angår såkaldte "livsstilssygdomme" – sygdomme, der siges at opstå som følge af personers livsstil. Det antages at være noget, personer *vælger*. Der kan naturligvis være forskelle i opfattelsen af detaljerne i dette regnestykke. Hvornår er nogen fx moden nok til at kunne holdes til ansvar, hvornår er man sindssyg og dermed ikke ansvarlig osv. Men den overordnede struktur er krystalklar: I udgangspunktet er vi ansvarlige for vores handlinger, kun nogle få og ret specifikke omstændigheder kan mindske eller helt tilsidesætte dette ansvar.

I modsætningen til denne umiddelbare opfattelse af ansvar og fri vilje er den filosofiske diskussion af ansvar en af de mest komplekse og frustrerende, der overhovedet findes. Det eneste, man kan udtale sig med skråsikkerhed om, er, at der ikke er enighed blandt diskussionens parter. Der er dog noget, der ligner en konsensus blandt filosoffer om dele af billedet, en konsensus, der er i direkte modstrid med den umiddelbare opfattelse. I dag mener stort set ingen filosoffer, at vi har en fri vilje i den *umiddelbare* forstand, som lige er blevet beskrevet.

Et hovedproblem for ideen om "fri vilje" er følgende: Enten er en begivenhed (fx en handling) et resultat af tidligere hændelser (det, der kendes som "determinisme"). Eller også er den tilfældig (det, der kaldes "indeterminisme"). Men "fri vilje" er svær at forene med begge dele. Hvis handlingen blot er et resultat af tidligere begivenheder, så er den ikke fri. Den er jo netop bestemt af tidligere begivenheder. Hvis den blot er tilfældig, er den ikke udtryk for en vilje. Noget kan ikke være et udtryk for en *fri* viljesakt, hvis det blot afspejler resultatet af en tilfældighed.

Udtrykt på en anden måde: Fri vilje må implicere, at vi *kunne have handlet anderledes*, og personen med fri vilje må *rent faktisk* vælge den handling, personen udfører. Dvs., handlingen kan ikke være blot tilfældig. Når en person vælger at drikke en øl, fx, har personen en fri vilje (i den umiddelbare forstand beskrevet ovenfor) og et ansvar for handlingen, hvis og kun hvis personen kunne have handlet anderledes – altså *valgt ikke* at drikke den øl – og hvis *personen selv* er herre over valget. Men determinisme udelukker, at personen kunne have handlet anderledes. Indeterminisme udelukker, at personen selv er herre over valget. Det er enten bestemt af tidligere handlinger, eller det

er rent tilfældigt. Med andre ord er "fri vilje" en illusion og dermed hører den til i teologiens verden. "Fri vilje" er ikke en del af verdens inventar.

Heraf følger imidlertid ikke, at filosoferne er enige om, at der ikke findes *ansvar*. En udbredt position i filosofien kaldes "kompatibilisme". Det, som er "kompatibelt", er, groft sagt, determinisme og ansvar. Kompatibilister argumenterer for, at determinisme ikke undergraver muligheden for ansvar. Det vil føre for vidt her at gå ind i en detaljeret diskussion af alle de ofte meget sofistikerede forslag, som kompatibilister kommer med for at forene determinisme og personligt ansvar. Vi kan nøjes med at se kort på to af de mest indflydelsesrige typer af kompatibilistiske argumenter. En udbredt variant af kompatibilisme kan kaldes "identifikations-kompatibilisme." Tankegangen er her, at det afgørende for ansvar er, om en person rent faktisk identificerer sig med en given handling. Hvis øldrikkeren i det ovenstående eksempel faktisk identificerer sig med det at drikke den øl, så er øldrikkeren ansvarlig. Hvis øldrikkeren derimod ikke identificerer sig med valget – hvis øldrikkeren fx er alkoholiker og ønsker at holde op med at være det, eller hvis en anden person tvinger øldrikkeren – så er personen ikke ansvarlig.

Identifikations-kompatibilisme giver ifølge mange et tilfredsstillende svar på spørgsmålet om ansvar: Den cigaretryger, der føler lede ved sin afhængighed, men gennem sin afhængighed er *tvunget* til at føle et behov for at ryge, er ikke ansvarlig for sin rygning. Omvendt er den ryger, der helt og holdent identificerer sig som fuldt ud tilfreds med sin rygning, ansvarlig for den.

En anden udbredt form for kompatibilisme kan kaldes "fornufts-kompatibilisme". Ideen er her, at vi er ansvarlige for noget, hvis og kun hvis vi kan *forstå og reagere fornuftigt* på (gode) grunde. Kan øldrikkeren forstå og reagere på (gode) grunde, fx en grund til ikke at drikke så mange øl, at vedkommende ikke kan leve en almindelig tilværelse, så er øldrikkeren ansvarlig for sin handling. Er øldrikkeren af forskellige årsager ikke i stand til at reagere fornuftigt på gode grunde, er vedkommende ikke ansvarlig. Fornufts-kompatibilisme tager udgangspunkt i, at vi som mennesker er udstyrede med en fornuft, og den fornuft er i vid udstrækning defineret ved, at vi *kan* reagere fornuftigt, når vi indser at vi har en (god) grund til at gøre noget eller lade være med noget. Denne fornuft har andre væsener ikke. Denne form for kompatibilisme giver ifølge dens tilhængere et tilfredsstillende svar på spørgsmålet om ansvar i en lang række tilfælde. Fx holder vi ikke børn, stærkt mentalt handicappede eller demente ansvarlige for deres handlinger, netop fordi disse personer ikke i tilstrækkelig grad *kan* reagere fornuftigt på (gode) grunde.

Imidlertid er begge former for kompatibilisme sårbare over for et meget stærkt argument, hvis grundtræk allerede er blevet berørt. Det kendes som "det grundlæggende argument" og er udformet af filosofen Galen Strawson. Argumentet kan gengives som følger:

1. Vi er, hvad vi er, på grund af arv og miljø – faktorer uden for vores kontrol.
2. Vi kan ikke være ansvarlige for det, vi ikke kan kontrollere.
3. Man kan ikke på et eller andet tidspunkt i ens tilværelse pludseligt træde ind og blive ansvarlige.
4. For uanset hvordan man opfører sig (tænker, handler), vil ens forsøg på at ændre sig, og den grad af held, man har med at prøve at ændre sig, være determineret af, hvordan man allerede er som resultatet af tidligere hændelser.
5. Måske er ikke alting determineret – der kan være indeterministiske (tilfældige) faktorer i spil også.
6. Men det er absurd at mene, at tilfældige faktorer, vi ikke kontrollerer, og som vi dermed ikke er ansvarlige for, kan give os ansvar.

Konklusionen er selvfølgelig, at ansvar er *umuligt*.

Man kunne her spørge: Er det ikke netop det argument, som begge former for kompatibilisme søger at besvare? Det er på sin vis rigtigt. Problemet er, at de i hvert fald ifølge en del teoretikere selv falder for det grundlæggende argument. De to former for kompatibilisme tager nemlig ikke hensyn til, at vi er determinerede "hele vejen igennem":

Identifikations-kompatibilisme falder, fordi vi ikke selv har valgt, *om* vi vil identificere os med en given handling. En ting er, om en ryger identificerer sig med sin rygning eller ej. Men hverken rygeren, der gerne vil af med sin afhængighed, eller rygeren, der glad identificerer sig med rygningen, kan siges at have valgt, *om* de vil af med afhængigheden, eller om de vil identificere sig med rygningen. Det er determineret af andre ting, af tidligere begivenheder. Altså er de til syvende og sidst ikke ansvarlige for deres rygning.

Der er desuden et særligt problem med at anvende identifikations-kompatibilisme i forbindelse med sundhed og (livsstils-)sygdom. Meget få identificerer sig med de *konsekvenser*, som såkaldte livsstilssygdomme har. Få identificerer sig med alkoholisme, med ekstrem overvægt etc. Her kunne man indvende, at mange i *udgangspunktet* identificerer sig med de praksisser, som *leder* til de uheldige konsekvenser. Alkoholikeren startede blot som en, der var glad for en lille rus i ny og næ. Overspiseren begyndte som en, der satte stor pris på mad. Men hvad har så bestemt, at disse uskyldige (med hensyn til maden endda nødvendige) praksisser for den givne person skulle udvikle sig til noget, der er risikabelt for helbredet? Har personen identificeret sig med *den* del af praksissen – næppe! Selv *hvis* identifikations-kompatibilisme kan siges at redde muligheden for en eller anden form for personligt ansvar, så kan man kun i yderst begrænset omfang sige, at personer er individuelt ansvarlige for deres eventuelle dårlige helbred. Kun i det (bizarre) tilfælde, hvor en syg person *identificerer sig* med sygdommen og dens konsekvenser, kan man ud fra identifikations-kompatibilisme begynde at tale om, at personen er ansvarlig. Men har den syge person egentlig selv valgt at identificere sig som syg?

Fornuftskompatibilisme er lige så sårbar over for det grundlæggende argument. *Om* vi er i stand til at reagere fornuftigt på grunde synes nemlig at afhænge af omstændigheder uden for vores kontrol. Vores gener, opvækst, omgivelser, tilbøjeligheder osv. påvirker vores måde at være fornuftige på – og determinerer i vidt omfang, om vi overhovedet er eller kan være fornuftige. Derfor er vi ikke selv ansvarlige for, om eller i hvilket omfang vi er fornuftige. Og hvis vi ikke er ansvarlige for det, synes det forkert at sige, at vi er ansvarlige for ikke at være fornuftige eller reagere ufornuftigt.

Hermed kan man selvfølgelig ikke konkludere, at kompatibilismen er en død sild, og at alle muligheder for at godtgøre eksistensen af personligt ansvar er lukkede. Men man *kan* konkludere, at vi har stærke grunde til at stille os skeptiske over for det individuelle ansvar i den klassiske (umiddelbare) forstand: At vi, fordi vi kontrollerer vores valg (har en fri vilje), kan stilles til ansvar for vores handlinger. Dermed er vi heller ikke ansvarlige for vores "livsstil" og de eventuelle negative følgevirkninger heraf.

I det hele taget er ordene "livsstil" og især "livsstilssygdomme" uheldige, fordi de indikerer, at det er noget, vi har valgt. Men det forudsætter en form for fri vilje eller ansvar, som ikke kan godtgøres.

2. Moralsk, ikke metafysisk ansvar?

De foregående argumenter var primært *metafysiske*. Det vil sige, at de drejer sig om, hvordan tingene er eller kan være. I dette tilfælde om, hvad en fri vilje overhovedet kunne være for en størrelse, og om betingelser for muligheden af ansvar. Argumenterne drejede sig ikke om, hvordan vi *bør* handle, tænke, indrette vores politiske institutioner osv. Der kan være gode grunde til at forfægte den ide, at vi – trods det individuelle ansvars *metafysiske* umulighed – *bør* handle og tænke, *som om* vi er eller kan være individuelt ansvarlige for i det mindste nogen af vores handlinger. Det kunne man kalde en diskussion af *moralsk* ansvar.

Det kan der være flere gode grunde til. Her skal blot nævnes en enkelt. Den umiddelbare forestilling om personligt ansvar har en række særdeles frugtbare konsekvenser: Følelsen af at være ansvarlig, at kunne tage ansvar for eget liv, er yderst værdifuld individuelt. Kollektivt set vil det utvivlsomt have store negative konsekvenser, hvis vi alle opførte os, som om vi ikke kunne tage og nogen gange løfte et ansvar. Der er med andre ord gode *moralske* grunde til at lade som om, vi kan være individuelt ansvarlige. Det er en nyttig konstruktion.

Men heraf følger ikke, at vi *bør* anskue det individuelle ansvar som noget, alle har *lige gode betingelser* for at løfte. Al forskning i sammenhængen mellem sundhed og socialklasse peger fx i retning af en stort set en-til-en sammenhæng mellem disse: Ikke alene er det bedre at være rig og rask end syg og fattig, dine chancer for at være sund afhænger i meget vidt omfang af, om du er rig eller fattig.

En del fremtrædende forskning argumenterer overbevisende for, at (social) *status* er et overset og afgørende element i fordelingen af helbredsmæssig tilstand i befolkningen. Der findes en såkaldt "social gradient" i sundhed: Jo lavere man er på stigen, desto dårligere helbred/forventet levealder har man, og omvendt. Det gælder uanset, om man bruger uddannelse eller indkomst som målestok. Det gælder endvidere også i samfund med fri adgang til sundhedsvæsenet, og det gælder hele vejen igennem den sociale rangstige: En ph.d. har således en højere forventet levealder end en kandidat, der har en længere forventet levealder end en med en mellemlang uddannelse osv.

Men den oplagte forklaring, at de fattigere "lever mere usundt" end de rigere, kan netop *ikke* forklare forholdet. Ifølge den engelske epidemiolog Michael Marmot kan forskelle i "sundhedsadfærd" højst forklare en tredjedel af forskellen mellem en rig og en fattig. Det er med andre ord mere usundt at leve usundt for en fattig, end det er for en rig. Og *den* forskel forklarer to tredjedele af forskellene i helbredstilstand mellem rig og fattig – ikke adfærden som sådan.

I kondenseret form kan man sige, at Marmots forskning peger på to faktorer, der tilsammen forklarer ens placering i det sociale statushierarki. Den ene er omfanget af *kontrol* over ens liv (ens sæt af muligheder og hvor sikker man er i sin position). Den anden drejer sig om ens sociale netværk og omfanget af ens *sociale anerkendelse*. Ens position i statushierarkiet hænger snævert sammen med omfanget af kontrol over ens liv og omfanget af den sociale anerkendelse, vi nyder.

Det turde være klart, at disse elementer (hvad end man fokuserer på status eller på dens komponenter, kontrol og anerkendelse) er svært ulige fordelt. Tilsvarende er det også klart, at dette ikke alene kan tilbageskrives individuelle, ansvarspådragende valg. Hvem ville *vælge* at have mindre, ikke mere kontrol over ens liv, eller mindre, ikke mere anerkendelse? Med andre ord er uligheden i status (etc.) *uretfærdig* (i hvert fald alt andet

lige), hvorfor de følger, lav status har, også må være uretfærdige, alt andet lige. Endnu mere uretfærdigt er det, at *holde* personer ansvarlige for konsekvenser, der ikke skyldes deres egen indsats, men skyldes deres indplacering i det sociale hierarki.

Sagt på en anden måde: Selv *hvis* man forudsætter, at vi har et individuelt ansvar, så bør man anerkende, at forskellige personer med forskellige forudsætninger – fx i form af forskellige slags indkomst, uddannelse, osv. – har forskellige *forudsætninger* for at *løfte* dette ansvar.

For så vidt muligheden for at løfte det "individuelle ansvar" er ulige fordelt, ikke mindst mht. mulighederne for at leve et statistisk set "sundt" liv, tvinger Marmots resultater nye former for overvejelser frem, når vi skal tænke over sundhed, forebyggelse og individuelt ansvar. For at gøre en lang og kompliceret historie kort, må det være tilfældet, at satsninger på *individuelle* løsninger på sundhedsproblematikker kun i yderst begrænset omfang kan støtte de dele af befolkningen, der står relativt dårligt. Det er muligt, at appeller til "individuel ansvar" er *effektive* for de ressourcestærke. De har overskud til at tage cyklen til arbejde, løbe tre eftermiddage om ugen, lave kompliceret sund mad som familien faktisk vil spise, følge rygestopkurser osv. Men pålægger man de dårligt stillede grupper at skulle løfte den slags ansvar, ender man med at belaste dem yderligere, give dem mere skyldfølelse, stigmatisere dem over for andre og yderligere uddybe den kløft, der er mellem dem, der har kontrol, godt socialt netværk og anerkendelse, og dem, der ikke har. Og det er faktisk rigtig dårligt for de dårligere stillede helbred!

De ressourcestærke er i forvejen sunde, lever længere og har flere gode leveår end de ressourcevage. Sundhed er i sig selv blevet en statusfaktor. Øgede statusuligheder er med til at gøre de dårligt stillede endnu dårligere stillede. Satsningen på individuelt ansvar – hvor pænt det end pakkes ind som "empowerment" osv. – gør de dårligt stillede endnu sygere. Vi bør derfor være yderst varsomme med at appellere til individuelt ansvar, særligt hvad angår dem, der statistisk eller i de fleste politikere og sundhedsforvalteres øjne har mest brug for at få et løft i sundheden, nemlig de dårligere stillede.

LIVSSTILS- SYGDOMME

”

Overvægt og vægttab har i mange år været det dominerende emne i sundhedsdebatten. Men det enorme fokus på overvægt og ikke mindst vægttab har kun delvis fæste i videnskaben. Det er ikke sundhed alene, der dikterer den ideelle vægt. Et historisk tilbageblik viser, at definitionen af den rigtige kropsform har ændret sig mange gange gennem tiderne.

”

Refleksioner over sundhed og etik

Af Bente Klarlund Pedersen, professor, overlæge dr. med.,
Rigshospitalet og Københavns Universitet

I dag er livsstil vedrørende Kost, Rygning, Alkohol og Motion, de såkaldte KRAM faktorer, årsag til ca. 40 pct. af alle sygdomme og tidlige dødsfald. Den usunde livsstil er mest udbredt i de mindre ressourcestærke grupper, hvilket kan aflæses i en markant forskel i levealder, *når man sammenligner grupper* med høj og lav indkomst eller kort og lang uddannelse. For kvinder er differencen 4,5 år, og for mænd er differencen 6 år, og især for mændenes vedkommende er den sociale polarisering i levealder øget markant gennem de seneste årtier.

Inden man dør, har man ofte en periode, hvor man skranter og ikke kan klare sig selv. Men et længere liv indebærer ikke nødvendigvis flere skranterår. For hvert år, man lever længere som resultat af sund livsstil, får man næsten dobbelt så mange år med god livskvalitet. Der er således ikke bare tale om en forskydning af skranterårene. En KRAM-venlig livsstil giver længere tid, hvor man er rask, og færre år, hvor man skranter, inden man dør. Derimod medfører en usund livsstil en risiko for at falde tidligt ud af arbejdsmarkedet og mange skranterår med behov for hjælp, medicin og anden behandling.

Livsstil er påvirkelig af genetiske, sociale, psykologiske og kulturelle sammenhænge samt af de ydre rammer i form af byplanlægning, transportsystemer, priser og tilgængelighed. Vi har forskellige forudsætninger. Men uanset hvad årsagen er til, at den enkelte har en given livsstil, så rækker konsekvensen af det enkelte menneskes livsstil langt ud over selvet. De valg, man træffer, eller som omstændighederne træffer for én, har vidtrækkende konsekvenser. Min livsstil bestemmer din skatteprocent. Hvis vi skranter, kan vi ikke arbejde. Sundhed er derfor en konkurrenceparameter og en forudsætning for vækst. Og sundhed handler derfor også om "det gode samfund" i videste forstand. Uagtet det forhold, at vi over tid har fået en større sum af sundhed og velfærd, målt i middellevetid, kan man med rette spørge, om det ud fra en overordnet etisk betragtning er i orden, at ikke bare sygdom og tidlig død, men også antal raske år, nærmest kan forudsiges af individets indplacering på den sociale rangstige.

Sundhed og krop er i de senere år rykket helt ind i centrum af diskursen om, hvad det gode liv er. Men også hvad det gode samfund er. Der er derfor klart, at sundhed fylder meget i debatten og i det politiske liv. Men det er lige så oplagt, at sundhed som tema indeholder store modsætningsforhold og enorme etiske udfordringer.

Hvornår skal samfundet blande sig?

Hvis samfundet ønsker at påvirke det enkelte menneskes livsstil, så er der en række betingelser, der bør være opfyldt. Man må som minimum forlange, at sundhedsudfordringen er væsentlig, dvs. berører mange eller afstedkommer en alvorlig byrde i form af sygdom og tidlig død. Det kan således synes mere rimeligt,

at det offentlige kører det tunge skyts frem i form af påbud og forbud, når det gælder forebyggelse af rygning blandt børn og unge end bekæmpelse af parfumeallergi. Men det er også væsentligt, at der er evidens for effekten af de metoder, man anvender, det være sig kampagner, lovgivning og infrastruktur. Når det gælder KRAM faktorerne, så er væsentlighedskriteriet opfyldt. Derimod er det mindre sikkert, hvilke interventioner der vil have effekt, og om der kan være skadevirkninger af disse. Og når vi dykker ned i de enkelte KRAM-faktorer, så er evidensen ofte begrænset. Det gælder fx detaljerede anbefalinger om kostens sammensætning. Og det gælder også begrebet overvægt, som denne antologi fokuserer mere specifikt på.

Overvægt

Overvægt og vægttab har i mange år været det dominerende emne i sundhedsdebatten. Men det enorme fokus på overvægt og ikke mindst vægttab har kun delvist fæste i videnskaben. Det er ikke sundhed alene, der dikterer den ideelle vægt. Et historisk tilbageblik viser, at definitionen af den rigtige kropsform har ændret sig mange gange gennem tiderne. I dag skal kroppen udstråle ungdommelighed og kontrol. Vi vil gerne være smidige, veltrænede og slanke.

Kropsidealet er en væsentlig årsag til, at mange mennesker ønsker at tabe sig, også selvom de ikke er overvægtige. Og selv for de mennesker, der rent faktisk tilhører kategorien overvægtig, altså har et BMI mellem 25 og 30, kan man i høj grad stille spørgsmålstegn ved, om det nu er sundt at tabe sig i vægt. Vi siger, at man er normalvægtig ved et BMI mellem 18,5 og 25. Men store studier viser faktisk, at det optimale BMI er på 24 til 25 eller måske snarere oppe omkring 25 til 27. En stor amerikansk undersøgelse viste den laveste dødelighed blandt dem, der havde et BMI på mellem 25 og 30. Disse tal holder tilsyneladende og gælder i hvert fald for midaldrende mænd og kvinder. Hvis man eksempelvis er 175 cm høj, så har man et BMI på 18,5, når man vejer 57 kg; et BMI på 25, når man vejer 77 kg og et BMI på 27, når man vejer 83 kg. Så ud fra en sundhedsvinkel har det "normale" BMI altså vide grænser.

Ved et BMI over 30 viser alle undersøgelser, at der er øget risiko for sygdom og tidlig død. Man skulle derfor forvente, at et tilsigtet vægttab ville gavne helbredet. Men selvom vægttab umiddelbart fører til forbedringer i risikofaktorer for hjertekarsygdomme og type 2-diabetes, er gevinsten for vægttab på længere sigt usikker. Hvis ovennævnte sygdomme allerede er til stede, vil vægttab formentlig have en vis gavnlig virkning. Men hvis man er rask og overvægtig, medfører et tilsigtet vægttab ikke den forventede reduktion i sygelighed og dødelighed. Det tilsigtede vægttab hos raske, overvægtige kan endda være skadeligt og øge risikoen for tidlig død, omend øget fysisk aktivitet i forbindelse med vægttabet synes at kunne modvirke dette. Dertil kommer, at personer, der er fysisk aktive og har en god kondition, ikke har en forøget sygdomsbyrde eller risiko for tidlig død selv ved betydelig overvægt.

Hos nogle kan overvægten være forbundet med problemer, der ikke har noget med dødelighed at gøre fx slidgigt, søvnbesvær og ikke-dødelige sygdomme. Vægttab kan i den forbindelse være gavnligt, og der er en vis evidens for, at vægttab blandt overvægtige kan forbedre det fysiske velvære.

Betydningen af vægttab for livskvalitet må antages at afspejle samfundets normer og kultur. Alene det forhold, at vi i den vestlige verden forbinder en slank krop med sundhed og succes, kan tænkes at have indflydelse på, om et vægttab påvirker velvære, selvtillid og dermed livskvalitet i bredeste forstand. Det er derfor overraskende, at der

er forholdsvis ringe støtte (eller: videnskabeligt belæg) for den antagelse, at vægttab generelt forbedrer det psykiske velbefindende. Selvom der eksisterer stor samvariation mellem fysisk og mental sundhed, så er der ingen enkel sammenhæng mellem vores BMI og vores lykkebarometer.

Ud fra et sundhedsaspekt er det sandsynligvis bedre at holde vægten stabil end at tabe sig, hvis man er overvægtig. En forklaring er måske, at den ideelle vægt har været defineret for lavt og/eller at omkring 80% af alle, der taber sig i vægt, vil tage de tabte kilo – eller flere – på igen i løbet af få år. En sådan yoyo-vægt er efter alt at dømme ikke sund.

Det er uomtvisteligt sundt at "kvitte smøgerne". Men den samme evidens findes altså ikke bag budskabet om at "kvitte overvægten". Med andre ord er det vanskeligt at finde videnskabelige argumenter for, at den meget store gruppe af raske, moderat overvægtige personer bør gå på slankekur. Der er således dårlig overensstemmelse mellem samfundets store fokusering på vægttab og den sundhedseffekt, man kan forvente. Når det gælder vores kropsvægt, bør der altså være langt større fokus på at forebygge overvægt og vægtstigning end på behandling af overvægt.

Bekymringsskabelse

En uheldig konsekvens af forebyggende indsatser er sygeliggørelse. Selv om et moderat forhøjet blodtryk er en risikofaktor for hjertekarsygdomme, så er det høje blodtryk ikke i sig selv en sygdom. Men hvis man bliver sat i behandling med medicin, så opfatter man måske sig selv som syg, og det kan have negative konsekvenser, både fysisk, psykisk og socialt. Det er mit indtryk, at mange sundhedsprofessionelle løbende gør sig disse etiske overvejelser, men det ændrer ikke på, at sundhedsindustrien kan profitere af at skabe bekymring hos og sygeliggøre raske mennesker.

Der er mennesker, der er nærmest besat af egen sundhed og har et fanatisk forhold til diæt og fitness. I dele af wellness- og sundhedskulturen er vi mennesker som udgangspunkt ikke længere raske, men potentielt syge. Med andre ord er en rask person defineret ved ikke at være tilstrækkeligt grundigt undersøgt. Den megen bekymring og fokusering på egen sundhed kan kamme over, så man får et tvangspræget forhold til mad og motion. Det er imidlertid ikke diætens strenghed eller antallet af timer i fitnesscenteret, der definerer den sygelige form for sundhed, men det er gået galt, når diæt og motion bliver vigtigere end familieliv og venner. Er det mon den megen fokusering på sundhed, der er årsagen til, at nogle udvikler et fanatisk forhold til deres krop? Jeg tror det ikke. Det forholder sig snarere sådan, at de mennesker, der lader sig opsluge af ekstreme sundhedskure, er på jagt efter et holdepunkt i tilværelsen. Det kan skyldes lavt selvværd og/eller dårlig livskvalitet. I nogle tilfælde er der givetvis tale om dødsangst. Ved at fastholde en streng diæt eller træningsplan kan man opleve kontrol over kaos. Sådanne ekstreme kure er symptomer på en søgen indad. Der er ligefrem tale om religiøse over- og undertoner i visse dele af sundheds- og wellness-kulturen. Man er sin egen frelser. Eller man har en sundhedsguru, der ved alt og har svar på alt. Årsagen til den sygelige sundhed ligger i menneskets sind, men tager farve af tidsånden. Løsningen er naturligvis ikke at droppe fokus på sundhed i samfundet. For hundrede år siden søgte man også efter værdiladede holdepunkter i tilværelsen. Dengang gik man ikke på diæt eller i fitnesscenter, men fandt fodfæste andre steder, fx i religionen. Der vil altid være mennesker, der har brug for ydre disciplin for at tøjle indre kaos. Men jeg mener, at det er berettiget at sætte spørgsmålstegn ved, hvorvidt sundhedsindustrien uimodsagt skal have lov til at profitere heraf.

Sundhedisme

Vi skal være fysisk aktive mindst 30 min. om dagen. Og vi skal derudover have pulsen op og sved på panden, i hvert fald engang imellem. Således lyder Sundhedsstyrelsens nyeste anbefalinger om motion. Det er indiskutabelt, at hvis man kan stimulere befolkningen til at dyrke mere motion, så vil det bidrage til at forbedre folkesundheden. Derfor er det også umiddelbart vanskeligt at se, at der skulle være negative virkninger forbundet med kampagnen om de 30 min. om dagen. Det er jo naturligt for os at være i bevægelse. Men risikoen for snæversyn ligger og lurder, hvis flere og flere aspekter af livet gøres til sundhedsproblemer eller kun fremstilles som midler til opretholdelse af sundhed.

Hvis motion udelukkende ses som et redskab til at sikre sundhed, så kan det føre til en forsimplet opfattelse af bevægelse. Det er sundt at gå eller løbe, så pulsen kommer op. Men hvis disse aktiviteter kun udføres for deres egen skyld, som et nødvendigt onde, så har vi et problem af mere eksistentiel karakter. Vi skal kunne gå en tur for at opleve nyt eller for at nyde det gode vejr, eller bare fordi vi skal fra det ene sted til det andet uden at skulle tænke på sundhedseffekten. Vi skal kunne spille fodbold, fordi det er sjovt, fordi vi vil være med på holdet, eller fordi vi vil vinde.

Man bruger af og til udtrykkene sundhedisme eller sundhedsfiksering. Hermed menes, at forebyggende og sundhedsfremmende indsatser fører til en ideologisk eller altdominerende fokusering på sundhed som den eneste eller den primære værdi i livet. Det er utvivlsomt et stort individuelt og samfundsmæssigt sundhedsproblem, at så mange mennesker er fysisk inaktive. Men det er ikke godt, hvis sundhedsperspektivet fortrænger andre måder at se livet på. Det er nemlig også et problem, hvis det at bevæge sig udelukkende bliver en ideologi i en anden sags tjeneste, altså sundhedens.

Stigmatisering

Hvis man lever i en kultur, hvor sundhed synes at være trumf, så kan en livsstil, der er ude af samklang med anbefalingerne, resultere i manglende selvtillid eller selvhad i tilgift til et helbred, der måske ikke er optimalt. Hertil kommer stigmatiseringen, der i sagens natur er noget, vi udsættes for af andre.

På den ene side er det et udtryk for kynisme, hvis man vil forholde borgerne viden om konsekvenserne af fysisk inaktivitet, et stort alkoholforbrug og rygning. Det er formynderisk, hvis man undlader at oplyse om sygdomsrisici af frygt for at skabe bekymring hos den enkelte. Men i en kultur, der er præget af sundhedisme, risikerer man, at de borgere, der trods oplysning ikke kvitter smøgerne og ikke motionerer, bliver mødt med stigmatisering.

Da Dansk Arbejdsgiverforening meget tidligt fik fokus på sundhed, så var det med et fast blik på bundlinjen. De livsstils-ramte har flere sygedage og flere førtidspensioner. Et debatprogram diskuterede om BMI burde fremgå af CV'et. Stigmatiseringen lurede lige om hjørnet.

Livsstil er en privat sag. Og dog har vi et solidarisk sundhedsvæsen, hvor jeg betaler for dine rygerlunger, og du betaler for min dovenskab. Ved sund livsstil lever man ikke bare længere, men man får færre år med sygdom, flere år på arbejdsmarkedet og flere år som selvhjælpen. Den sunde borger er omkostningseffektiv for samfundet. Hvem skal betale for den fede livsstil? Igen lurder stigmatiseringen lige om hjørnet. Fra tid til anden er der røster, der foreslår, at de overvægtige og rygerne skal bagerst i køen til sundhedsvæsenets ydelser. Det er rendyrket stigmatisering og afregning ved kasse 1.

Mens der er meget fokus på diskriminering af køn og etnicitet, så er det interessant, at vi tilsyneladende accepterer forskelsbehandling af personer, der ikke lever sundt. Både danske og udenlandske undersøgelser viser, at der især sker diskriminering af overvægtige personer ved jobansættelse. Der er hos nogle den opfattelse, at overvægt er udtryk for manglende disciplin, som kobles til dårlig arbejdsmoral. Overvægtige personer har som gruppe betragtet et lidt større sygefravær end normalvægtige personer. Men dels kan man ikke skære alle over en kam, og dels er det trist, hvis ledere med et fast blik på bundlinjen lader sundhedsperspektivet overskygge andre aspekter så som faglighed og samarbejdsrelationer. Det er sundhedisme, når den er værst.

Det frie valg og individets moralske rettigheder

I de senere år har den sundhedspolitiske debat været præget af en diskussion om, hvorvidt sundhed er et individuelt anliggende eller et fælles ansvar. Skal det offentlige indskrænke sig til kampagner, som opfordrer den enkelte til at kvitte smøgerne, drikke mådeholdent, spise sundt og motionere? Eller skal indsatsen i højere grad være strukturel, hvor det tunge skyts tages i brug i form af forbud og påbud, ændringer i skatter og afgifter m.m.? Debatten har åbenlyst ideologiske aspekter, men også etiske. For hvor går grænsen mellem det frie valg og formynderi?

Hvis man accepterer, at målet alene er den størst mulige sum af velfærd i samfundet, så vil man derved tilsidesætte de moralske rettigheder, der relaterer sig til individets suveræne ret til sin krop og sit liv. Kernen i tænkningen om moralske rettigheder er, at ethvert individ har ret til – eller ejer – sig selv, og at individet må gøre med sig selv, hvad det ønsker, når blot det ikke udfolder sig på en måde, der krænker andres moralske rettigheder.

Sidstnævnte passer godt med vores moralske intuition. Det er ikke i orden at køre i spirituspåvirket tilstand, for dermed kan man forvolde andre skade. Helt i analogi hermed har vi i dag en rygelov, for man må ikke udsætte andre for tobaksforurenede luft. Men denne lov blev af mange betragtet som et statsovergreb, i hvert fald i starten. Så grænserne for individets frihed er flydende.

En af de mere formynderiske love er påbud af sikkerhedsseler. Her sætter samfundet grænser for, hvilke farer man må udsætte sig selv for. Loven er retfærdiggjort af, at vi har defineret et samfund med en fælles kasse. Da fællesskabet betaler for de helbredsmæssige konsekvenser af bilulykker - også når skylden er hos den forulykkede - bør samfundet også kunne påbyde brug af sikkerhedsseler. Trods stor modstand, da loven i sin tid skulle indføres, så mener vi vel i dag, at når det gælder loven om sikkerhedsseler, så er indskrænkelsen af det enkelte individs frihed så lille, at den kan accepteres. Men spørgsmålet er, om man ud fra en tilsvarende betragtningsmåde og argumentation helt kunne forbyde rygning eller påbyde motion i frokostpausen for derved at reducere sundhedsudgifterne? Eller om man så netop ville overskride den usynlige grænse, der handler om individets moralske og etiske rettigheder.

Individets frie vilje skal ses i perspektivet af velfærdsmodellen, hvis eksistens er baseret på, at vi som individer er medlem af den samme klan. Hvis det går godt for et af klanens medlemmer, så går det godt for hele klanen – og omvendt. Velfærdsstaten har rødder tilbage til historien om "den barmhjertige samaritaner". Den bygger på menneskerettighedsprincippet om, at ingen er mindre værd end andre, og at alle skal have samme rettigheder, men er samtidigt også baseret på et princip om, at alle bidrager til fællesskabet.

Hvis disse værdier ikke længere binder klanen sammen, så smuldrer velfærdsmodellen. Når nogle mennesker opfører sig som om, velfærdsstaten er et stort tag-selv bord, så forbyder de sig mod klanen. Det er forklaringen på, at historierne om "Fattig Carina" og "Dovne Robert" har bragt sindene i kog. Danske politikere citerer i nyere tid Kennedys "Spørg ikke hvad dit land kan gøre for dig, spørg hvad du kan gøre for dit land" og anvender bedagede fagforeningsparoler som "Gør din pligt og kræv din ret". Dermed er individets uindskrænkede autonomi sat til diskussion: Fællesskabet skal forpligte, uden at den enkeltes moralske rettigheder dermed tilsidesættes.

I de forgangne år har vi hørt sundhedspolitiske ordførere udtale, at folkestemningen ikke var til fælles indsatser på sundhedsområdet i form af lovgivning. Disse udtalelser står i kontrast til en undersøgelse, udarbejdet af TrykFonden og Mandag Morgen, som viste, at 72% af danskerne ønsker, at det offentlige tager et større ansvar for at sikre sunde rammer for befolkningen. Størstedelen af den danske befolkning er parat til at betale over skatten for tiltag som sund skolemad og transportfradrag til cyklister og bifalder differentieret moms på sunde fødevarer og øgede afgifter på tobak. Meget få mente, at de overvægtige og rygerne skulle sendes bagerst i behandlingsskøen i sundhedsvæsenet. Danskerne bakker således op om en velfærdsmodel, hvor den enkelte tager ansvar for egen sundhed, og hvor samfundet både gør det nemmere for os at leve sundt, men også griber den enkelte, når det alligevel går galt, vel at mærke uden skelen til selvforskyldt elendighed. Det er derfor væsentligt at vurdere, om man ud fra en videnskabelig synsvinkel kan belyse, i hvilket omfang overordnede organisatoriske indsatser i form af lovgivning og infrastrukturelle tiltag har en effekt på menneskers sundhed i videste forstand.

Strukturelle tiltag

I efterkrigsårene var middellevetiden i Tyskland cirka fem år kortere end i Sverige, men fra omkring 1975 steg middellevetiden betydeligt i Vesttyskland, mens Østtyskland fortsat haltede bagefter. Sådan så udviklingen ud indtil 1989, hvor muren faldt. Derefter steg middellevetiden i det tidligere Østtyskland markant, således at der i år 2000 ikke var væsentlig forskel på middellevetiden i Sverige og Tyskland og heller ikke længere var forskel på middellevetiden blandt borgere fra det tidligere Vest- og Østtyskland. Disse tal viser, at ændring fra et politisk regime til et andet kan have massiv indflydelse på en befolknings sundhedstilstand, men siger naturligvis intet om, hvilke mekanismer der har været i spil.

Et andet interessant eksempel er Cuba. Mens den vestlige verden har oplevet en fedme-epidemi med stigende forekomst af type 2 diabetes, har udviklingen været stik modsat i Cuba, der som følge af Sovjetunionens fald og manglende støtte oplevede en økonomisk krise i 1989-2000. Der var mindre råd til benzin og mad. Krisen medførte, at antallet af fysisk aktive blev øget fra 30% til 67%. Forekomsten af fedme faldt fra 14% til 7%. Antallet af personer med type 2 diabetes blev mere end halveret, og antallet af personer med hjertesygdom faldt med en tredjedel. Erfaringerne fra Cuba viser, at strukturelle samfundsændringer, der indebærer lavere energiindtag og større fysisk aktivitet, kan have markant effekt på sygdom og død. I de lande, hvor lovgivning mod passiv rygning blev iværksat tidligere end i Danmark, så man allerede inden for få år en 10 til 30% reduktion i antallet af hjerteinfarkter som følge af begrænsning af passiv rygning. Danmark har fejret enorme succeser, når det gælder forebyggelse af smitsomme sygdomme. Koleraen slog tusinder ihjel i 1800-tallet. Denne infektion blev ikke bekæmpet ved at opfordre den enkelte til at vaske hænder, men først og fremmest ved at sikre rent drikkevand, bl.a. ved kloakering. I parentes bemærket er det interessant, at der i

sin tid lød et ramaskrig fra befolkningen, der ikke ville finde sig i, at statsmagten skulle bestemme, hvor de skulle forrette deres nødtørft. Andre landvindinger i bekæmpelsen af infektionsdødsfald er set som et resultat af bedre hygiejne og ernæring og senere ved vaccinationer af hele befolkningen, fx. mod polio samt ved effektive børnevaccinationsprogrammer.

Smitsomme sygdomme er i betydeligt omfang livsstilsrelaterede, men er først og fremmest blevet bekæmpet ved fælles nationale indsatser. Det er vel de færreste, der føler, at der er tale om et overgreb fra statsmagts side, når skraldevognene kører af sted med vores affald. Men reelt er der tale om en strukturel og kollektiv anordning med henblik på at forebygge infektionssmitte via rotter. I Irland indførte man i marts 2004 en lov, der effektivt beskytter mod passiv rygning på alle indendørs arbejdspladser. I marts 2005 mente 93% af irerne, at loven var en god ide. Der er således flere beretninger om, at de strukturelle ændringer, der initialt gav anledning til modstand i befolkningen, hurtigt er blevet accepteret.

Det forhold, at vi danskere lever 3 år kortere end svenskerne, kan i høj grad forklares ved forskelle i strukturelle indsatser på sundhedsområdet. Man kan spørge, om vi danskere er ofre (i ordets egentligste forstand) for en ideologi, der slår ihjel? Eller er vi ofre for en massiv misforståelse af, hvad begrebet "den personlige frihed" indebærer? Der er en tiltagende polarisering i danskernes sundhedstilstand. Mon det er udtryk for personlig frihed? Mon der er en stor gruppe danskere, defineret ved deres indkomstniveau eller uddannelseslængde, der hver morgen vågner op og siger: "Også i dag vil jeg vælge en livsstil, der forkorter mit liv med mange år"?

En indsats, der vil løse livsstilsproblemer ved individuelle sanktioner, så som en fedmeskat, er ikke alene stigmatiserende og baseret på dårlig evidens. Den er også moralsk uacceptabel, idet den overser, at mennesker både kulturelt, socialt og genetisk har forskellige forudsætninger. Det er imidlertid muligt at tænke sundhed ind i vores afgifter, vores byplanlægning, vores arbejdspladser, vores bygninger og vores skoler via indsatser, der rammer bredt og ikke udstiller den enkelte. Hvis man i et historisk perspektiv vurderer sundheds- og forebyggelses-strategier i et evidens-baseret lys, er der holdepunkter for, at sådanne strukturelle løsninger vil være særdeles effektive. Ved at tænke sundhed ind i vores infrastruktur og arkitektur kan man stimulere til mere fysisk aktivitet. Da man i sin tid byggede Øresundsbroen og Storebæltsbroen, var der livlig debat om, hvilke konsekvenser broanlæggelsen ville have for fuglenes sundhed, men vi tænkte ikke på menneskers sundhed. Resultatet blev som bekendt, at man hverken kan gå eller cykle fra Danmark til Sverige eller fra Sjælland til Fyn. Der er større chance for, at vi vil bruge cyklen som transportmiddel og lade vores børn cykle til skole, hvis cykelruten er sikker. Hvis man bor nær en park eller et grønt område, så går man mere. Hvis man ser trappen og ikke elevatoren, når man kommer ind i en bygning, så tager man trappen.

"Nudging" betyder noget i retning af et nænsomt puf. Et nudge kan hjælpe os med at træffe hensigtsmæssige beslutninger i det uforberedte møde med umiddelbare fristelser, når de kortsigtede perspektiver truer med at overdøve de langsigtede, eller når vi blot handler på mental autopilot. Hvis slik, chips og cola får en mindre fremtrædende plads i supermarkedet, og vi i stedet oftere støder på fristende frugt og grønt, er det et udtryk for nudging. Mindre tallerkener, mindre emballager, flere cykelstier, synlige trapper og mindre tilgængelig adgang til elevatorer er andre eksempler på sundhedsrelateret nudging. Nudging er blevet lanceret som et nyt fænomen inden for sundhedsadfærd. Men der er nok snarere tale om et nyt ord for det gamle begreb, der helt enkelt handler om at gøre

det sunde valg til det nemme og tilgængelige valg. Nudging er, at politikere, myndigheder eller industrien puffer, skubber eller manipulerer borgerne til at gøre noget bestemt. Det siger sig selv, at nudging som fænomen nok har eksisteret ganske længe, og at nudging altid vil afspejle de normer og værdier, der er i et samfund.

Forebyggelseskommissionens arbejde var bygget op omkring de fire KRAM-faktorer med anbefalinger om, hvordan man kan strukturere det danske samfund, så det sunde valg bliver det lette valg. Nudging og strukturelle tiltag, eventuelt i form af lovgivning, der gør sundhed mere tilgængelig for alle, stigmatiserer ikke, og sådanne tiltag står ikke nødvendigvis i kontrast til, hvad den enkelte selv kan gøre.

Det sunde valg skal være det lette valg. Når det er sagt, så er det vigtigt, at det, vi kalder sundt, også er sundt, dvs. at sundhedseffekten er baseret på viden. Og det er vigtigt, at strukturelle tiltag følges af forskning, der kan afgøre, om et givet initiativ også virker efter hensigten.

Konklusion

Bag middelalderen gemmer sig store individuelle udsving, som i høj grad kan tilskrives forskellige vaner, der relaterer sig til KRAM-faktorerne. Denne polarisering kan vise sig at være en tikkende bombe under det danske velfærdssamfund. Vi risikerer, at de ressourcestærke mister tålmodigheden med dem, der ikke følger anbefalingerne om fx "30 min om dagen" og "seks om dagen". Dermed ryger solidariteten i sundhedsvæsenet, og vi vil opleve yderligere polarisering i sundhed. Det er et moralsk og etisk problem, at summen af sundhed og velfærd stiger samtidig med, at der er en tiltagende social ulighed i danskernes sundhedstilstand, hvor en gruppe af danskere, defineret ved deres indkomstniveau og uddannelseslængde, kan se frem til en betydeligt forkortet levetid. Hvis man fra samfundets side ønsker at prioritere mindre ulighed i sundhed, så skal staten spille en afgørende rolle i vores sundhedsliv. Men når man prioriterer indsatserne, så er det vigtigt, at væsentlighedskriteriet er opfyldt, og det er lige så vigtigt, at evidensen er i orden. Den store fokusering på sundhedseffekten af væggtab har eksempelvis kun delvist afsæet i videnskaben, og vi kunne derfor med fordel flytte fokus fra væggtab til en prioritering af forebyggelse af overvægt.

Når der bliver sat lighedstegn mellem det sunde liv og det gode liv, så øges risikoen for at stigmatisere, marginalisere og diskriminere de mennesker, der ikke følger de gængse anbefalinger. Der er ingen nem løsning, men ved at prioritere strukturelle sundhedstiltag vil man fremme en proces, der påvirker alle og ikke stigmatiserer. Strukturelle tiltag kan imidlertid ikke stå alene. Et mere nuanceret syn på krop og sundhed kræver udvikling af normer og kultur.

Sundhed er ikke trumf. I en given situation kan det være rigtigt at prioritere musikhuset frem for idrætsanlægget, for nok er det vigtigt med idræt, men ikke nødvendigvis på bekostning af kulturen. Jeg kan vælge at prioritere en god smagsoplevelse fremfor det sunde. Jeg kan prioritere at drikke en halv flaske vin, fordi det giver mig afslapning og øger kvaliteten af det sociale samliv på trods af viden om, at det måske øger min risiko for brystkræft. Jeg kan vælge at tage en betydelig sundhedsrisiko ved at arbejde i et krigshærgede land, fordi det faktum, at jeg gambler med mit helbred, er mindre vigtigt for mig end at udøve filantropi eller få afløb for min eventyrlyst. Jeg kan hoppe ud med faldskærm. Jeg kan dykke på dybt hav. Jeg kan bestige Mount Everest. Jeg kan tage chancer.

Når der skal prioriteres, så er det vigtigt, at individets moralske rettigheder respekteres, men det er tilsvarende vigtigt at se i øjnene, at vi som individer og som samfund er forpligtet af grundstenen i velfærdsstaten – vores fællesskab. Således er grænserne mellem individuel frihed og fælles ansvar under konstant udfordring og bør løbende diskuteres i en demokratisk proces.

Litteratur

Lübcke, Poul: *Politikens filosofi leksikon*, Politikens Forlag, København, 1983
Tännsjö, Torbjörn: *Understanding Ethics, An Introduction to Moral Theory*, Edinburgh University Press, Edinburgh, 2002
Darwall, Stephen: *Philosophical Ethics*, Westview press Oxford, 1998
Bente Klarlund Pedersen: Udvalgte klummer i Politiken, Lørdagsliv.

LIVSSTILS- SYGDOMME

”

Mens den klassiske mobning var utilsløret primitiv – en flok finder kollektiv selvbekræftelse i aggression mod en afviger – så er henvisninger til videnskab i dag normen i den debat om overvægt og fedme, som gør det svært at være tykkere end andre. Og om direkte, udtalt aggression er der sjældent tale. Der forlanges bare disciplinering.

”

Prioritering som disciplinering:

To fluer med ét smæk? - eller en svækkelse af det offentlige sundhedsvæsens fundament?

Af Gitte Meyer, journalist, ph.d. og lektor ved Aalborg Universitets Institut for Læring og Filosofi

Da nutidens bedste- og oldeforældre var børn, kunne det være så svært at være klassens tykke dreng, at godhjertede børnebogsforfattere følte sig foranlediget til at skrive bøger om tykke drenge, der havde hovedet rigtigt skruet på. Mobning af tykke mennesker er en gammel historie. I dag fylder mobningen tilstrækkeligt meget i medierne til, at der skrives universitetsspecialer¹ om det. Samtidig har den skiftet typisk fremtrædelsesform.

Mens den klassiske mobning er utilsløret primitiv – en flok finder kollektiv selvbekræftelse i aggression mod en afviger – så er henvisninger til videnskab i dag normen i den debat om overvægt og fedme,² som gør det svært at være tykkere end de andre. Og om direkte, udtalt aggression er der sjældent tale. Der forlanges bare disciplinering. Udelukkelsen fra de normales fællesskab går ud på, at man karakteriseres som behandlingskrævende. Man er en pjalt, der trænger til en opsang og burde tage sig sammen. For sin egen skyld og for at undgå at komme til at ligge det offentlige til last med mulige følgesygdomme. Eller man er en stakkel, der bør have hjælp. En hjælp, som mange står i kø for at yde med myriader af metoder og mod passende betaling.

Det er uforudsigeligt, hvordan denne debat vil komme til at påvirke udgifter og prioriteringer i det offentlige sundhedsvæsen. De, der karakteriseres som overvægtige, kan blive mobbet ud af sundhedsvæsenet. De kan også blive mobbet ind i det. Synet på dem som ofre for livsstilssygdomme, eventuelt selvforskyldte sådanne, kan føre til det ene eller det andet, alt afhængigt af forskellige behandlergruppers gennemslagskraft og folkestemningens vindretning. Men der er også noget, som dette forholdsvis nye og gennemgående ukritisk anvendte begreb om livsstilssygdomme ikke kan: Det kan ikke forenes med det princip om gensidighed – baseret på at man gør fælles sag, og at ingen er objekter for andre – som det offentlige sundhedsvæsen i Danmark voksede ud af.

En ny og hastigt udbredt brille

I min farmors illustrerede konversationsleksikon fra 1937³ findes der intet opslagsord mellem 'livslinie' og 'livstræet' – dér, hvor 'livsstil' og 'livsstilssygdomme' skulle

1 Patrick Klein. *Den tykke borger – en analyse af medborgerskab og magt i den danske fedmedebat*. TORS – Tværkulturelle studier. Københavns Universitet. 2012. <http://www.befrielse.dk/DenTykkeBorger.pdf>

2 Dagligsprogsordene tyk og fed bruges i denne tekst i flæng med videnskabelige betegnelser som overvægt og fedme, idet forfatteren anser det for et håbløst projekt at finde betegnelser, der ikke kan virke stigmatiserende.

3 *Illustreret Dansk Konversations Leksikon*. Berlingske Forlag. 1937.

have optrådt. Ordbog over det danske sprog,⁴ som var i arbejde fra 1918 til 1954, rummer umådeligt mange ord, som begynder med livs-, men ikke livsstil. I ordbogens supplementsbind,⁵ der udkom fra 1992 til 2005, er ordet ganske vist kommet med – det forklares som ”en måde, hvorpå man indretter sin tilværelse” – men livsstilssygdom kender ordbogen, der dækker det danske sprog fra 1700 til 1955, ikke til. Og faktisk leder man også forgæves efter livsstil og dertilhørende sygdomme i en 1968-udgave af Webster’s New World Dictionary of the American Language.⁶

I 1989 er ordet til gengæld på banen i et dansk forebyggelsesprogram,⁷ der er inspireret af WHO-visioner fra 1977 om sundhed for alle i år 2000. Det danske program, som har ernæring, alkohol og tobak i sigtekornet, tager udgangspunkt i, at der er sket et skift i sygdomsmønstret, fra infektions- og nedslidningssygdomme til livsstilssygdomme, som forbindes med vaner.

I 2002 beretter Gyldendals leksikon⁸ så, at “[i] det moderne samfund vælger man i stort omfang selv sin livsstil, delvist uafhængigt af placering i samfundet, og kan herved markere sin identitet og definere sin status”. Og livsstilssygdomme beskrives som ”sygdomme, som helt eller delvis skyldes usunde levevaner, fx blodtryksforhøjelse, blodprop i hjerne og hjerte, kronisk bronkitis, skrumpelever samt kræft pga. for fed kost, overvægt, manglende motion, alkoholmisbrug og tobaksrygning. Arvelige forhold har dog også betydning for sygdommenes opståen.”

Forestillingen om livsstilssygdomme er altså en forholdsvis nyankommen brille, som helbredsfænomener kan anskues igennem, og som hurtigt har fået status som en del af tingenes naturlige orden. I 2008 kunne såvel danske som britiske og svenske avislæsere for eksempel få livsstilsbrillen sat på næsen af journalister og deres specialistkilder hver femte gang, de læste en artikel, der beskæftigede sig med kræft i et udvalg af tabloider og hver tiende gang, de læste en sådan artikel i et udvalg af klassiske morgenaviser. Især læsere af tabloiderne ville først og fremmest få drejet opmærksomheden mod en sammenhæng mellem kræft, spisevaner og overvægt.⁹

Forestillingen har en vifte af anvendelsesmuligheder. Den kobler sygdom og social status, hvilket er populært i et statusorienteret samfund. Den kan anvendes til at kategorisere tilstande, der er bredt anerkendt som sygdomme, som netop livsstilssygdomme. Samtidig indgår den smidigt i en gradvis udvidelse af sygdomsbegrebet, hvilket ganske vist ikke er en oplagt gevinst, hvis der skal prioriteres i sundhedsvæsenet, men på den anden side går godt i spand med drømme om at nå frem til den totale sundhed.

Historisk er forestillingen knyttet til den tænkning i risici og forebyggelse, som WHO-målet om sundhed for alle var udtryk for, og som er blevet fulgt af en tendens til, at forskellige symptomer – såsom blodtryksforhøjelse og overvægt og fedme – først karakteriseres

4 *Ordbog over det danske sprog*. Gyldendal, København. 1966.

5 *Supplement til Ordbog over det danske sprog*, 1992-2005. <http://ordnet.dk/ods/>

6 *Webster’s New World Dictionary of the American Language*. The World Publishing Company, Cleveland og New York. 1968.

7 Statens Institut for Folkesundhed. http://www.si-folkesundhed.dk/upload/kap_2_baggrund_og_form%C3%A5I.pdf

8 *Gyldendals leksikon*. 2002.

9 Gitte Meyer og Anker Brink Lund. *Kræft og mening i medier*. Universitetshospitalernes Center for Sygepleje- og omsorgsforskning. 2011. <http://www.ruc.dk/forskning/forskningscentre/cfn/forskning-og-udvikling/publikationer/>

som risikofaktorer for derpå at gøre karriere som en art sygdomsdiagnoser. I forbindelse med fedme er det gået så vidt, at det ligefrem er blevet almindeligt at tale om en fedme-epidemi.¹⁰

Den strenge far og den omsorgsfulde mor

Desuden har forestillingen bred appel og kan benyttes af begge de konventionelle fløje i den løbende samfundsdebat. Den er egnet til blokpolitik, hvor to poler peger fingre ad hinanden og er tavse om deres fælles forestillingsverden. Livsstil og dertilhørende sygdomme kan forbindes med frie valg og egen skyld og kan så, da skyld og synd let går i forbindelse, få en religiøs kolorering; men livsstilssygdomme kan også forstås som noget, den enkelte netop ikke er skyld i, men er ramt af. Der tales så ikke om valg og skyld, men om sociale mønstre og mekanismer. Inden for rammen kan man blive pålagt skyld for sin egen mavekræft, men også blive offer for sit eget selvmord. Der er plads til den strenge far og til den omsorgsfulde mor. Som tyk/overvægtig/fed kan man blive opfattet som en omvandrende karakterbrist, der i hvert fald selv må betale for sin behandling, eller som et offer, der lider af behandlingskrævende madafhængighed, og da i det mindste må have en hjælpende hånd fra det offentlige for at rette op på en sundhedsmæssig ulighed.

I begge tilfælde giver det mening at tale om stigmatisering, der som sociologisk begreb henviser til et kendetegn, der bringer bæreren i miskredit, fordi det er udtryk for afvigelse, der betragtes som negativ, særligt hvad angår opførsel og moralsk habitus. Afvigelsen kan i øvrigt for eksempel dreje sig om race, religion, etnisk tilhørsforhold, eller der kan være tale om fysisk afvigelse.¹¹

Stigmatisering lægger op til mobning. Mob-betegnelsen er beslægtet med masse-betegnelsen – med et syn på denne eller hin gruppe af mennesker som en masse, hvor det er svært at skelne de enkelte dele fra helheden¹² – men fremhæver klart massens truende sider. Et syn på 'folket' som masse kan romantiseres. En mob, derimod, er en flok, der er mobil, som har sat sig i bevægelse¹³ og kan ses som indbegrebet af det irrationelle. Den er letantændelig og ustyrlig og, følgelig, ikke netop præget af tilbøjeligheder til at tænke, herunder til refleksion over egne normer, før den handler. Det kan ramme afvigere fra flokken og kan give sig udslag i fysisk vold. Det kan også komme til udtryk i skikkelse af en offentlig mening, der forlanger disciplinering af afvigerne. I en sådan sammenhæng kan et begreb som 'livsstilssygdomme' have den funktion, at det irrationelle kommer til at fremstå som såre rationelt og som et muligt udgangspunkt for omfordeling af økonomiske midler i offentlige væsener.

En fælles forestilling om kontrol

De to tilgange til forestillingen om livsstilssygdomme spejler hinanden og er forenet i en fælles bestræbelse på at gøre *mennesket* til herre over sundhed og sygdom. Målet er overblik og kontrol; midlet er videnskab. Der sigtes mod beviser, evidens og effektivitet. Stort set fraværende inden for denne ramme er derfor tvivl og overvejelser vedrørende grænser, gråzoner, kompleksitet og omkostninger af ikke-økonomisk art, som det kan blive *menneskers* lod at betale.

10 Ordet epidemi betyder egentlig blot, at noget er spredt over et helt område og dets befolkning, men ordet har i århundreder været brugt om massesygdom og synes i udgangspunktet at være brugt med den betydning om pest.

11 Erving Goffmann. *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs N.J. 1963.

12 *Ordbog over det danske sprog*. Gyldendal, 1966.

13 *Chambers Dictionary of Etymology*. Chambers, Edinburgh og New York. 2006.

Netop overvejelse af grænser kunne ellers nok forekomme påkrævet, for omdannet til videnskabelig form giver den almene og oldgamle indsigt, at det ikke er ligegyldigt for folks helbred, hvordan de lever, nærmest ubegrænsede muligheder for at definere nye risikofaktorer og diagnoser. Hvor der søges med videnskabelige metoder, er der god chance for også at finde noget. Fra tobaksrøg kan der skrives videre til brænderøg; fra animalsk fedt kan der skrives videre til kødspisning og derfra til proteiner. Stress og overdreven sportsudøvelse er lovende kandidater.

Uafledigt vil nye sammenhænge kunne påvises. Med afsæt i sådanne påviste sammenhænge har forskellige grupper derpå mulighed for at forfølge et sammensurium af forskellige motiver. Det kan være salgs- eller beskæftigelsesinteresser, knyttet til forskning, diagnostik og behandling. Det kan være ønsker om at markere sin sociale status, demonstrere sin dyd eller, slet og ret, være et godt menneske. Og så videre.

Desværre fylder kampen mellem polerne så meget i den offentlige diskussions landskab, at mange væsentlige overvejelser om sådanne interesser og motiver og deres baggrund forsømmes. Hvilke bestræbelser skal regnes for realistiske og hvilke for kvaksalveri og hvorfor? Hvorfra kommer sociale normer, der tenderer mod at genoplive klosterlivet som ideal? Hvilken rolle spiller flokmentalitet? Og kan den logik, som forestillingen om livsstilssygdomme indgår i, forenes med den logik, som det offentlige sundhedsvæsen udsprang af? En i Danmark forholdsvis ny videnskabsfromhed – hvor sundhed er trosretningen, og evidens er argumentationsformen – drejer debatten udenom sådanne spørgsmål.

Gensidighed på gled

Et princip om gensidighed har historisk dannet basis for udviklingen af det danske velfærdssamfund.¹⁴ Gensidighed betegner et samarbejde mellem ligemænd om fælles problemer. Man gør fælles sag. Alle bidrager på nogenlunde samme måde og er ikke opdelt i sådan noget som producenter og forbrugere eller subjekter og objekter. Det samme princip findes i den klassiske ide om borgeren som kendetegnet ved hverken at være herskab eller undersåt. Det kendes fra den danske andelsbevægelse. Og både kredit- og opsparingsvirksomhed samt forsikring – herunder sygeforsikring – blev i Danmark i høj grad udviklet gennem foreninger, der byggede på gensidighed. Forenings-Danmark var udgangspunkt for den gradvise udvikling af et fælles væsen, der startede som private sygekasser og siden blev til et offentligt sundhedsvæsen. Sygdom blev anset for at være hver mands herre. På det vilkår måtte man hjælpe sig selv og hinanden, så godt det lod sig gøre; man måtte værge for sig i fællesskab. At få kontrol var ikke muligt, men man behøvede jo ikke at overlade sig aldeles til skæbnen af den grund.

I mødet med forestillingen om livsstilssygdomme falder gensidighedstankegangen fra hinanden. De to tilgange repræsenterer forskellige logikker. Når tolkningsrammen er forestillingen om livsstilssygdomme, udvikles et fællesskab, hvor nogle af medlemmerne er et problem – og/eller bliver et objekt – for de andre. De, der ikke retter ind, af egen drift eller med terapeutisk bistand, bliver til et problem for fællesskabet, en økonomisk byrde og en hindring for at skabe lighed gennem sundhed. Gensidighed lader sig ikke praktisere inden for denne ramme.

I stedet for de repræsentative interesse- og medlemsorganisationer, der karakteriserede Forenings-Danmark, er det da også en helt anden type foreninger, som agerer i den sundhedsdebat, hvor livsstilssygdomme, og her ikke mindst overvægt, er i fokus.

14 Anker Brink Lund og Gitte Meyer. *Civilsamfundets ABC*. Møller, København. 2011.

Modellen er en non-profit lobbyvirksomhed, som bruger foreningsbetegnelsen, men ikke fremviser sine medlemstal; som umiddelbart synes optaget af at løse andres, snarere end egne problemer; og som i et vist omfang opfatter disse andre som problemer. Det indgår i modellen, som vel typisk er baseret på lige dele god vilje og diskrete beskæftigelsesinteresser, at tilknyttede såkaldte ressourcepersoner tilbyder terapi. Samtidig lægges pres på det offentlige.

Hvor emnet er overvægt og fedme, er der masser at lægge pres med, for nye behandlinger udvikles og markedsføres bestandig. Som et modtræk kunne der på vegne af det offentlige sundhedsvæsen argumenteres for, at væsenet bør bevæge sig fra at lægge pres på borgere, der ikke lever op til sundhedsforskrifterne, til direkte at stille krav til dem og, for eksempel, afvise adgang til behandling for sygdomme, der kan knyttes til deres laster, hvis de ikke gør en dokumenteret anstrengelse for at blive lasterne kvit. Hvilket utvivlsomt ville resultere i krav om at få ret til at melde sig ud af sundhedsvæsenet, sådan som det er muligt at melde sig ud af folkekirken. Blandt de mange mulige begrundelser kunne én for eksempel være den helt enkle, at 'et fællesskab, der ikke respekterer mig, vil jeg ikke være medlem af'. Det kunne også være den mere spidsfindige, at 'et væsen, der vidløst lader sig fange af kontrol-illusioner, som koster dyrt i både penge og personlig integritet, vil jeg ikke betale til' ...

For nogle kan det måske virke som en fristende mulighed for at slå to fluer med ét smæk ved at lade disciplineringsbestræbelser indgå i bestræbelser på at omprioritere sundhedsvæsenets ressourcer. Men det kan altså også ses som et oplæg til svækkelse af det fundament, som væsenet blev grundlagt på. Og det kan ses som et skridt i retning af at erstatte myndige borgere med lydige og ulydige undersåtter – og et mål af dissidenter – hvorpå der ikke ville være nogen tilbage til at føre de prioriteringsrelevante diskussioner, som trænger sig på. Om afgrænsning af forestillingen om livsstilssygdomme. Om holdninger til afvigelse. Om sygdomsbegrebets vækst. Om behandlingsbegrebets ditto. Og om hvornår behandling er eller ikke er et gode, som alle bør have fri og lige adgang til, samt hvornår det skal opfattes som en ret at blive defineret som patient, og hvornår det snarere ligner tvang og kan ses som et udslag af mobning.

LIVSSTILS- SYGDOMME





Samtale mellem Edith Mark og Søren Peter Hansen om livsstilssygdomme

Søren Peter: Livsstilssygdomme forbindes ofte med det, man kunne kalde en individuelt ansvarliggørende betragtningsmåde. Den person, der har sygdommen, anses selv for at være ansvarlig for at være syg. Personen kunne jo bare have motioneret noget mere og ladet være med at spise usundt, drikke eller ryge. Mange patienter har selv taget denne individuelt ansvarliggørende betragtningsmåde til sig og er derfor skamfulde over deres sygdomme. Efter min mening er det meget vigtigt, at vi ikke bruger denne ensidige, ansvarliggørende opfattelse af livsstilssygdomme til at ekskludere nogen fra de fællesskaber, de indgår i.

Edith: Det er jeg helt enig med dig i. Derfor er det også vigtigt, at sundhedsvæsenet ikke betjener sig af den måde at opfatte livsstilssygdomme på. KRAM-faktorernes indtog i sygehusene har desværre intimideret mange patienter, og optagetheden af livsstilssygdomme kommer let til at overskygge et anerkendende møde mellem patient og sundhedsperson. Den tillid, som mange patienter i udgangspunktet har til sundhedspersoner, skal ikke misbruges i sundhedsvæsenet til at skamme patienter med livsstilssygdomme ud. Det sker desværre alt for nemt, men det fører ikke til andet end en stigmatisering, som ødelægger patientens selvtillid og selvrespekt. Det betyder ikke, at sundhedspersonerne ikke skal snakke med patienterne om deres sygdomme eller om forebyggelse. Men det skal ske på en respektfuld måde, hvor man ikke pålægger patienterne skyld og skam.

Søren Peter: Det er en interessant diskussion, for på den anden side er det også svært at komme uden om, at man i andre sammenhænge anser det for at være et eksistentielt grundtræk ved menneskelivet, at det enkelte menneske har frihed til at vælge og netop derfor er ansvarlig for sine handlinger. Det er fristende at gå ud fra, at den enkelte person faktisk har et frit valg, hvad angår hans eller hendes livsstil. Og hvis der er et frit valg, så er der også en mulighed for at holde folk ansvarlige. Men jeg mener, at det nogle gange er bedre at erstatte denne meget individualistiske måde at tænke på med den opfattelse, at den enkeltes liv former sig i en sameksistens med andre. Det indebærer, at vi er gensidigt ansvarlige for hinanden, ansvaret kan derfor ikke udelukkende individualiseres.

Edith: Jeg synes, gensidighed giver god mening i de sammenhænge, hvor det drejer sig om, at patienten vil ændre livsstil og ønsker gode råd om en sund livsstil. At ændre livsstil er som regel ikke bare noget, man bestemmer sig for én gang for alle. Det er vigtigt, at både patienten og sundhedspersonalet har forståelse for, at sundhed skabes udenfor sygehuset. Patienten kender bedst sin livssituation, mens sundhedspersonalet har en særlig viden om sygdom og kan give nogle konkrete råd om sygdomsforebyggelse. Livsstilsændring er en proces, hvor man udvikler sig i et fællesskab med andre, som vil støtte en og være opmærksomme på ens situation.

Søren Peter: Ja, de fleste ved faktisk godt, hvad der er sundt for dem. De har bare svært ved at fastholde det, hvis de skal stå for det helt selv. Vi kan i virkeligheden ikke bære hele tiden at være hovedpersoner i vores eget liv. Sådan er det bare et langt stykke af vejen blevet i vores individualiserede tidsalder. Vi har også brug for at være bipersoner, som ikke bare er vigtige for vores egen skyld.

Edith: Den opfattelse ligger efter min mening tæt op ad de grundtanker, vores sundhedsvæsen bygger på. Det er et solidarisk fællesskab, hvor vi gensidigt tager ansvaret for, at alle kan blive behandlet for deres sygdomme uafhængigt af deres formåen. Og også uafhængigt af, om deres sygdomme er selvforskyldte eller ej. Det er det, der ligger i den samaritanske hjælpepligt, der traditionelt er blevet opfattet som en af sundhedsvæsenets grundpiller. Vi hjælper andre, fordi de er nødlidende og uden at skele til, om man i en eller anden forstand kan sige, at de er ophav til deres egen sygdom. Det er meget vigtigt, at vi bliver ved med at fastholde den måde at tænke på også i forbindelse med livsstilssygdomme. Selvforskyldthed må aldrig blive et kriterium for, om man har adgang til behandling i sundhedsvæsenet.

Søren Peter: Det er jeg fuldstændig enig med dig i. Jeg mener også, at vi er nødt til at forholde os til forebyggelse af livsstilssygdomme ud fra et fællesskabsperspektiv. Den offentlige forebyggelse er i høj grad blevet individualiseret. Enten appellerer man til den enkeltes ansvarlighed gennem offentlige kampagner om fx alkoholindtag, eller også sender man folk i sundhedscentre, på kure eller lignende. Det virker ikke særlig godt, hvilket efter min mening netop har at gøre med, at aktiviteterne ikke har rod i fælles aktiviteter eller fælles livsudfoldelse.

Edith: Måske kan man endda gå så vidt som til at sige, at fællesskabstænkningen også bør have betydning for den måde, vi opfatter vores egen krop på. Både i velfærdsstaten som helhed og i andre fællesskaber skal vi ikke kun se på vores krop som et middel til vores egen selvudfoldelse. Vi skal også tænke på, at det kan have betydning for andre og for samfundet som helhed, hvordan vores krop fungerer. Vi skal altså ikke kun være sunde for vores egen skyld. Man skal også se sig selv som spiller i et fællesskab. Med hensyn til forebyggelse er det ikke så let at sige, hvordan forebyggelse skal gennemføres i praksis, det kan ofte ende i moralisering og regler.

Søren Peter: Det vigtige er nok først og fremmest, at forebyggelsen skal være integreret i den daglige praksis i de fællesskaber, vi normalt befinder os i. Det betyder fx, at børn og unge skal præsenteres for en sund livsstil i familien, skolen og institutioner som børnehaver og fritidsklubber. Og den sunde livsstil må meget gerne være hæftet op på fælles aktiviteter, hvad enten det så er fodbold, havearbejde, træfældning eller noget helt fjerde. For de fleste af os er det i længden svært at udføre sunde aktiviteter bare for sundhedens skyld. Aktiviteterne skal også være meningsfulde i sig selv.

Edith: Det er hele perspektivet på forebyggelse, der skal ændres. Det handler grundlæggende om, at man ikke bare gør tingene for sin egen, men også for andres skyld. Jeg tror, at større livsstilsændringer med effekt udvikler sig i grupperinger af mennesker. Vi påvirker hinanden, og vi indretter os efter hinanden i de kulturer, vi er knyttet til. Rygning kan være "rigtig" i én gruppe, mens det kan være "forkert" i en anden gruppe. I fællesskab kan vi tilrettelægge rammer, der fx gør det mere "rigtigt" at være røgfri – eller vi kan i fællesskab afskaffe en slikautomat i skolen og anlægge en cykelsti.

Søren Peter: I sidste ende kommer det nok i høj grad til at handle om, hvordan familierne fungerer. Om man er i stand til at skabe værdifulde aktiviteter og vaner, som man er

fælles om at deltage i. Et godt eksempel kunne være det fælles måltid, som både kan rumme en respektfuld udveksling og formidle sunde kostvaner.

Edith: Ja, det er på høje tid at leve sundt - men droppe en ensidig og individualiseret sundhedsdyrkelse, der nemt kan blive en udvendig form for aktivitet, som vi kan kritisere og måle hinanden med. Der er mange gode muligheder for at skabe bedre og sundere forhold der, hvor vi bor, arbejder og lever sammen med hinanden.

BAGGRUNDIS PAPIR



Den fremtidige udvikling i sundhedsudgifterne

– behov for samfundsmæssige og etiske valg

Af Hans Jørgen Whitta-Jacobsen, Formand for De Økonomiske Råd
og professor ved Økonomisk Institut på Københavns Universitet,
Niels Henning Bjørn, kontorchef

Sundhedssystemet i Danmark har en central placering i velfærdsstaten, og langt de fleste udgifter til sundhedsydelser afholdes af det offentlige. Det skyldes, at der er et ønske i samfundet om "let og lige adgang til ydelser fra sundhedsvæsenet", som det hedder i Sundhedsloven. Sundhedsydelser betragtes dermed som havende en anden karakter end andre goder: Forbruget af sundhedsydelser skal ikke være afhængigt af personlige økonomiske forhold, men af behov for behandling. Det offentlige giver derfor indbyggerne en offentlig sundhedsforsikring, som er gratis for den enkelte, men samlet finansieret af skatter, afgifter mv.

Organiseringen af sundhedssystemet spiller en vigtig rolle for de offentlige udgifter til sundhedsydelser, og systemet i Danmark er helt overvejende en såkaldt "integreret offentlig model". Her påtager staten sig rollen som forsikringsinstans, og hospitalerne er næsten udelukkende offentlige. De praktiserende læger og speciallæger er i princippet private aktører, men har en overenskomst om behandling og betaling med det offentlige. Det offentlige regulerer derved betalingen for langt de fleste behandlinger. I 2008 udgjorde de offentligt betalte sundhedsudgifter i Danmark således 125 mia. kr., mens de privat afholdte udgifter til eksempelvis medicin, briller, psykolog og tandlæge var 22 mia. kr.

I den integrerede offentlige model tager "forsikringspræmien", som giver ret til sundhedsydelser, form af beskatning. Når dette er tilfældet, kan høje og stigende sundhedsudgifter udgøre et særligt samfundsøkonomisk problem, fordi skatter har negative, forvridende effekter.

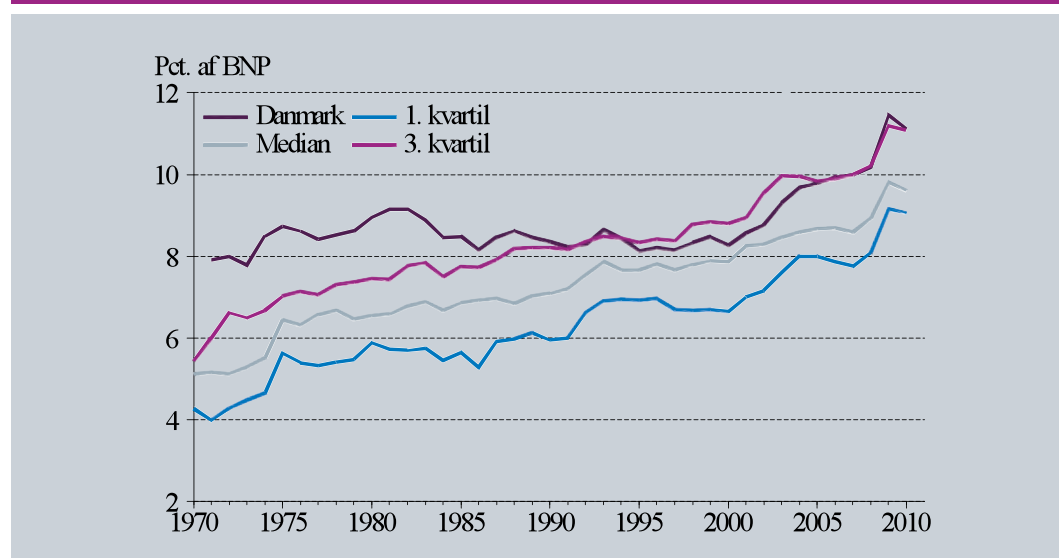
Adgangen til sundhedsydelser styres hovedsagelig gennem de praktiserende læger, der henviser til videre behandling om nødvendigt. Med en henvisning fra en læge kan en patient komme i kø til diagnosticering eller behandling på hospital eller hos speciallæge. Patienterne har tidligere ikke kunnet kræve behandling. Udvidede muligheder for frit sygehusvalg og ventetidsgaranti har dog ændret patienternes situation. Ventetidsgarantien og det udvidede frie sygehusvalg giver eksempelvis mulighed for behandling for visse lidelser på private hospitaler, hvis det offentlige system ikke kan sikre behandling inden for den lovede tid. Det har i nogen grad ændret behandlinger på sygehusene fra at være udbudsstyrede til at være efterspørgselsstyrede. Hermed er det blevet sværere at styre de samlede sundhedsudgifter, og disse er da også steget kraftigt i det første årti i dette århundrede, jf. De Økonomiske Råd (2009) og senere i denne artikel.

Vi ser i denne artikel på udsigterne for udgiftspresset de kommende årtier. Hvad vil præge udviklingen, og er der særlige udfordringer, hvor velfærd og udgifter skal vejes op imod hinanden?

Sundhedsudgifter i internationalt perspektiv

Sundhedsudgifterne som andel af BNP lå særdeles højt i Danmark i forhold til OECD-landene op igennem 1970'erne og var stigende i såvel Danmark som OECD generelt, jf. figur 1. I en længere efterfølgende periode gennem 1980'erne og 1990'erne stiger de danske sundhedsudgifter som andel af BNP ikke, mens stigningen fortsætter i det øvrige OECD. I 2000 ligger de danske sundhedsudgifter som andel af BNP fortsat over gennemsnittet (medianen) for landene i OECD, men forskellen er blevet mindre, og Danmark ligger fra omkring 1990 ikke længere over, men kun på niveau med det OECD-land, som netop har en fjerdedel af OECD-landene over sig og tre fjerdedele under sig.

Figur 1: Samlede sundhedsudgifter som andel af BNP i Danmark og OECD



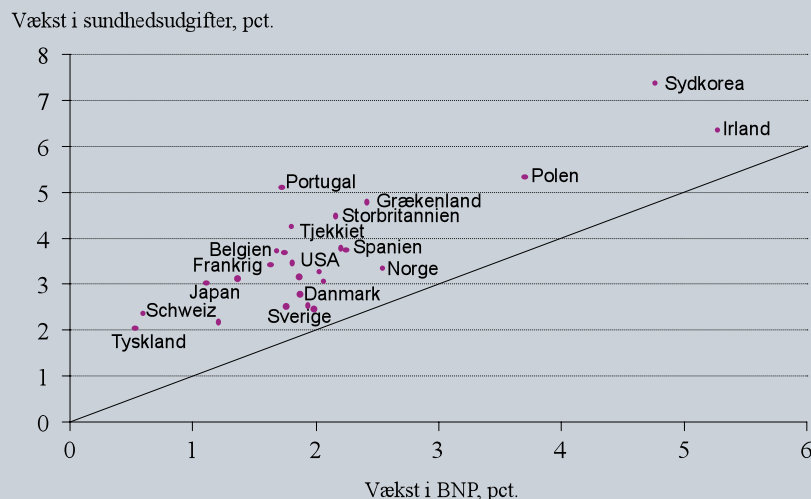
Anm.: Udvalgte OECD-lande. Ændringer i udvalgte lande frem til 1990.

Kilde: OECD Health Statistics.

Denne udvikling er udtryk for, at prioriteringen af udbygningen af sundhedssystemet kom senere i mange af OECD-landene, mens Danmark i 1980'erne og dele af 1990'erne gennemgik en periode, hvor der blev holdt igen med de offentlige udgifter. Samtidig kom der en relativt høj vækst i BNP i nogle år i den sene halvdel af 1990'erne, hvilket bidrog til at holde udgifterne som andel af BNP nede i denne periode.

Helt generelt ser vi i OECD-landene over et længere stræk en større stigning i sundhedsudgifterne end i samfundets produktion generelt, jf. figur 2. Denne langsigtede tendens må forventes at fortsætte. Landene har såvel i 1970 som i dag vidt forskellige velstandsniveauer og vidt forskellige niveauer for sundhedsudgifternes andel af BNP, og der er en klar tendens til, at lande med relativt højt BNP pr. indbygger også har relativt høje sundhedsudgifter i pct. af BNP, jf. De Økonomiske Råd (2009). Hvis dette er retningsgivende, må man forvente, at videre økonomisk vækst vil betyde yderligere stigninger i sundhedsudgifterne, ikke blot absolut, men også som andel af BNP.

Figur 2: Gennemsnitlig, årlig realvækst i sundhedsudgifter og BNP pr. indbygger, 1970-2006



Anm.: Den optrukne linje svarer til, at væksten i BNP og i sundhedsudgifterne var lige store. Kilde: OECD.

Også i Danmark må man forvente, at sundhedsudgifterne fremover vil stige mere end produktionen. Der kan være delperioder, hvor sundhedsudgifterne vokser mindre end BNP som følge af økonomiske problemer, som det var tilfældet i 1980'erne, eller hvor de vokser særlig hurtigt som følge af høj prioritering af sundhedsbehandling, som det var tilfældet i 2000'erne. Over det lange stræk må man imidlertid forvente, at sundhedsudgifterne vil stige mere end BNP. Spørgsmålet er, hvor meget mere og dermed, hvordan udgiftspresset vil udvikle sig.

Den valgte organisering af sundhedssystemet kan spille en rolle for udviklingen i sundhedsudgifterne. Systemet i Danmark er som nævnt helt overvejende en integreret offentlig model, hvor finansieringen er baseret på skatter, og det offentlige driver og/eller finansierer hospitaler og lægevæsen. Det er også modellen i de øvrige nordiske lande og eksempelvis Italien og Portugal.

Det typiske alternativ i Europa er Bismarck-modellen eller den offentlige kontraktmodel, hvor finansieringen af sundhedssystemet hovedsagelig sker gennem sociale sikringsfonde, der modtager obligatoriske indbetalinger fra arbejdsgivere og lønmodtagere. Sygehuse drives enten af non-profit organisationer, private eller en offentlig myndighed. Det er vurderingen, at dette system er mere lydhørt over for patienternes behov end den integrerede offentlige model, men mindre velegnet til at kontrollere stigninger i sundhedsomkostningerne, jf. Docteur og Oxley (2003).

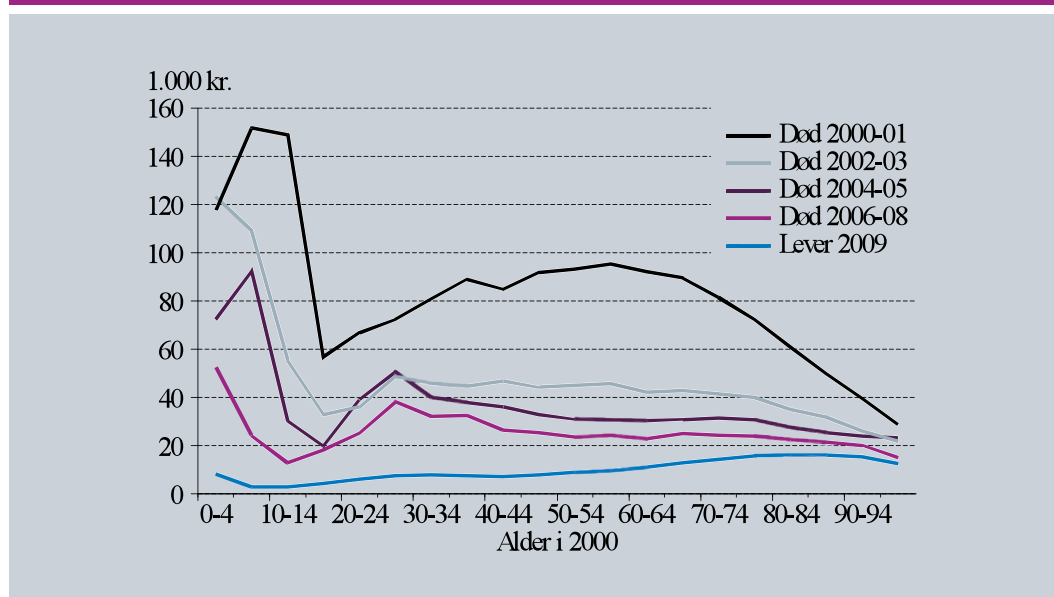
En tredje model er baseret på, at indbyggerne overvejende køber sundhedsforsikringer hos private forsikringsselskaber, der igen køber behandling hos private udbydere, eksempelvis hospitaler, der kan være ejet og drevet af non-profit organisationer. Det er en model, der er kendt fra USA og Schweiz samt i en stærkt reguleret form i Nederlandene. Denne model for et sundhedssystem er i høj grad lydhør over for patienternes efterspørgsel, men kontrollen med priser, ydelser og omkostninger er relativt svag, jf. De Økonomiske Råd (2009).

En overordnet sammenligning tyder på, at sundhedsudgifterne i forhold til BNP er lavere i lande med den integrerede offentlige model end i lande med Bismarck-modellen, mens USA har langt det højeste niveau for sundhedsudgifter som andel af BNP. Det danske valg af model synes således at være relativt velegnet til at styre de samlede udgifter.

Offentlige sundhedsudgifter over livet og de demografiske udfordringer

Sundhedsudgifterne knyttet til den enkelte person afhænger af personens helbredssituation. Derved får personens alder typisk betydning for udgiften, men nok så interessant betyder antallet af resterende leveår meget for sundhedsudgifterne uanset alder, jf. figur 3. I denne figur er personer, der levede i 2000, inddelt efter deres resterende levetid (frem til 2009). Figuren viser eksempelvis, at de gennemsnitlige sundhedsudgifter i år 2000, knyttet til personer i aldersgruppen 60-64 år, var over 90.000 kr. for personer, der døde i 2000-01, mens de var godt 40.000 kr. for personer, der døde i 2002-03 og kun godt 10.000 kr. for personer, der fortsat levede i 2009. De gennemsnitlige sundhedsudgifter for en given aldersgruppe er således højere, jo kortere tid der er til dødstidspunktet. Figuren viser også, at blandt de personer, der har relativt kort tid til dødstidspunktet, er sundhedsudgifterne særligt høje for børn op til 15-20 års alderen.

Figur 3: Offentlige gennemsnitlige sundhedsudgifter på aldersgrupper for personer med forskellig afstand til død i 2000



Kilde: Egne beregninger på registerdata.

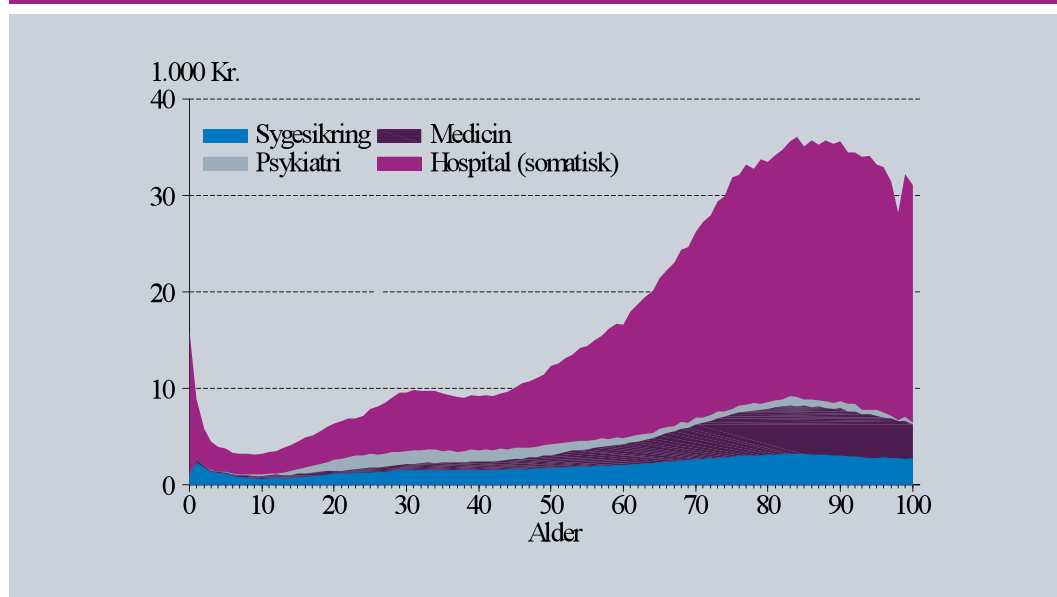
Det fremgår generelt, at de gennemsnitlige sundhedsudgifter for personer er højere, jo kortere den resterende levetid for de pågældende personer er, og det gælder uanset personernes alder. For personer over 90 år synes den resterende levetid ikke at betyde så meget, men det skyldes formodentlig, at der ikke indgår udgifter til hjemmepleje eller plejehjem i figur 3.

Konsekvensen af, at sundhedsudgifterne i høj grad følger "afstand-til-død", er ganske interessant for de fremtidige sundhedsudgifter, da længere levetid betyder, at den forventede afstand til død for en person i en given alder, fx 60 år, vil blive længere. Dette betyder alt andet lige, at sundhedsudgiften til en 60-årig eller en 70-årig må forventes at være lavere i 2030 end i 2013. Denne effekt benævnes ofte "sund aldring". Den

udgiftsmæssige konsekvens af sund aldring er, at sundhedsudgifterne ikke nødvendigvis stiger fuldt ud i takt med andelen af personer i de "dyre" aldersgrupper.

Den sunde aldring vil altså have en modificerende indflydelse på den stigning i sundhedsudgifterne, der følger af befolkningens aldring. Befolkningen ældes dels som følge af generationseffekter, hvor eksempelvis de store årgange født i 1940'erne, 1950'erne og ind i 1960'erne bliver ældre, og dels fordi den forventede restlevetid stiger særligt for de, der allerede har nået en relativt høj alder, fx 60 år. Forskydningen mod en ældre befolkning trækker i sig selv i retning af stigende sundhedsudgifter, da de gennemsnitlige sundhedsudgifter for den enkelte aldersgruppe er stærkt stigende med alderen, særligt fra omkring de 50 år, jf. figur 4. Den rene effekt fra den ændrede alderssammensætning modificeres så af effekten af sund aldring: I det omfang, de flere ældre skyldes længere restlevetid, vil sundhedsudgifterne stige mindre end proportionalt med de flere ældre.

Figur 4: Aldersfordelte, gennemsnitlige sundhedsudgifter, 2007



Anm.: De gennemsnitlige udgifter er forskellige for mænd og kvinder.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata.

De fremtidige sundhedsudgifter

Udviklingen i de offentlige sundhedsudgifter kan deles op i et demografisk element og et ikke-demografisk element. Det demografiske element dækker udgiftskonsekvenserne af ændringer i befolkningens alderssammensætning under hensyntagen til sund aldring. Det ikke-demografiske element dækker over andre ændringer i sundhedsudgifterne forårsaget af eksempelvis større krav fra befolkningen som følge af velstandsudviklingen.

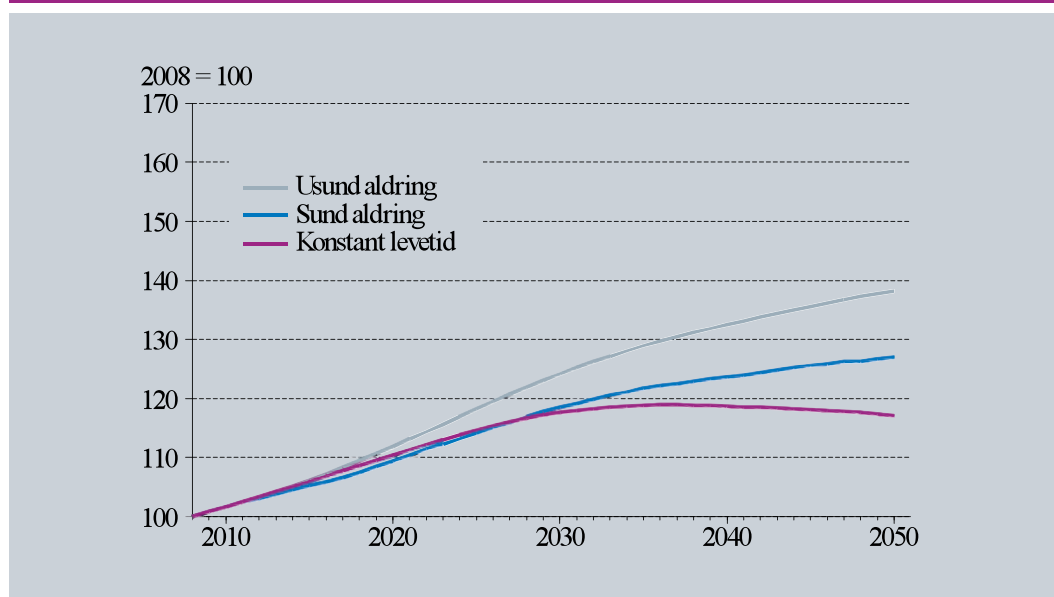
Det første element under luppen er det demografiske element, hvor det vanskelige er at udskille betydningen af sund aldring. Dette er forsøgt gjort i De Økonomiske Råd (2009). Ved hjælp af registerdata kan man følge personer, der levede i 2000-2003, frem til 2009 og undersøge, hvordan de offentlige sundhedsudgifter i de enkelte alders- og køns kategorier for disse personer afhang af, om de døde efter 1, 2, 3, 4, 5, 6 år eller

senere. På basis heraf kan man vurdere, hvordan sundhedsudgiften i den enkelte alders- og kønskategori vil udvikle sig fremover med den stigende levetid.

Der næst inddrages betydningen af de demografiske forskydninger som følge af forskelle i årgangenes størrelse, længere levetid, overlevelse og vandringer ind og ud af landet. Beregningerne er her gennemført på den økonomiske model DREAM, der har et omfattende befolkningsregnskab frem til 2100, og den indeholder detaljerede oplysninger om det offentlige forbrug, herunder sundhedsudgifterne. Modellen er dermed meget velegnet til at beregne de langsigtede offentlige udgifter til sundhedsydelser.

De demografiske elementer har store konsekvenser for de offentlige sundhedsudgifter, jf. figur 5. Selv under antagelse af uændret levetid vil den ændrede sammensætning på aldersgrupper, som primært skyldes generationseffekter, betyde, at de forventede offentlige sundhedsudgifter vil stige med tæt på 20% fra 2008 til 2035 (rød kurve). Inddrages længere levetid, hvor den trendmæssige stigning i levetiden antages at fortsætte (som det antages i DREAM), men uden at tage højde for sund aldring, er det forventningen, at udgifterne vil stige med ca. 30% frem til 2035 (grå kurve). Tages der højde for sund aldring, bliver den forventede stigning i sundhedsudgifterne frem til 2035 med stigende levetid imidlertid "kun" 23-24% (grøn kurve). Generationseffekten trækker altså sundhedsudgifterne kraftigt opad, og levetidseffekten bidrager også, men modificeres ganske meget af effekten af sund aldring.

Figur 5: Demografiske effekter på de offentlige udgifter til sundhed



Anm.: Figuren viser alene de demografiske effekters betydning for udviklingen i de offentlige sundhedsudgifter til individuelt konsum. Fast lønniveau (opgjort ved de pris- og produktivitetskorrigerede sundhedsudgifter i DREAM modellen).

Kilde: DREAM model og egne beregninger.

Inddrages de ikke-demografiske faktorer, er det illustrativt at analysere de senere års vækst i de offentlige sundhedsudgifter. Den gennemsnitlige, årlige reale vækst i sundhedsudgifterne var på 2,4% i perioden 1993 til 2008. Den demografiske udvikling med sund aldring kan begrunde en årlig vækst på ca. 0,4%. Tilbage er en ikke-demografisk begrundet vækst på 1,9-2,0% pr. år. Da væksten i produktiviteten

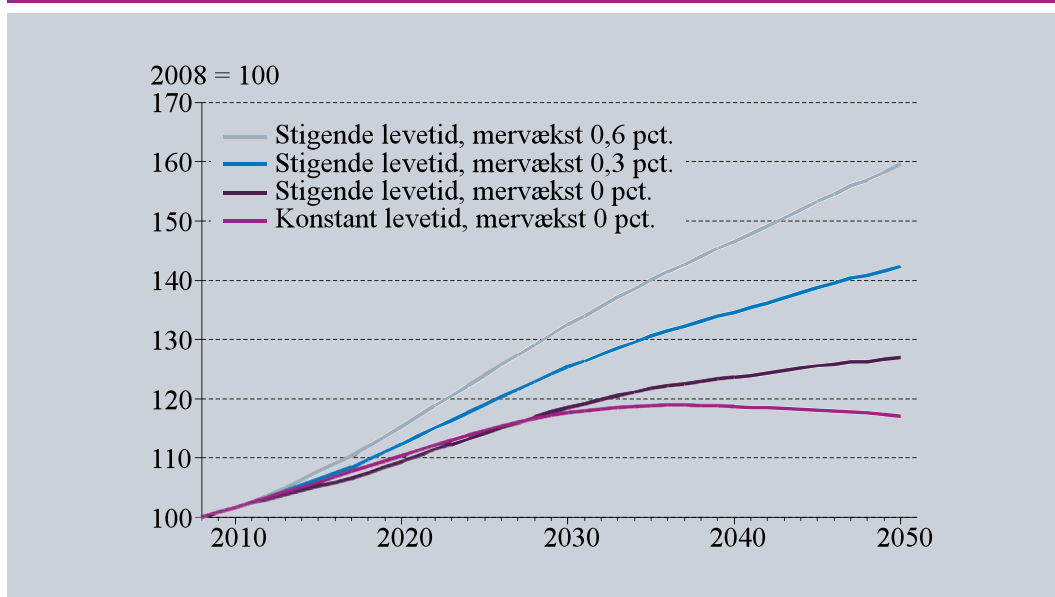
i perioden har været 1,6% pr. år, giver det en årlig såkaldt "mervækst" i de offentlige sundhedsudgifter på 0,3-0,4% pr. år, en vækst som altså ligger udover det, der umiddelbart kan forklares ved den demografiske udvikling og velstandsudviklingen.

Årsagerne til denne mervækst kan være, at når befolkningen bliver rigere, øges efterspørgslen efter og kravene til sundhedsydelser mere end proportionalt med de øgede indkomster (Wagners lov), at produktivitsfremskridtene i sundhedssektoren har svært ved at følge med de generelle produktivitsfremskridt (Baumols lov) samt fremkomsten af nye, kostbare behandlingsformer.

Udgifterne til sundhedsydelser er steget endnu mere pr. år i perioden fra 1999 til 2008, hvor vækstbidraget fra ikke-demografiske kilder var på 2,8% pr år. Det svarer til en real mervækst i sundhedsudgifterne på 1,2% pr år. Det er dog velkendt, at væksten i sundhedsudgifterne kan svinge meget i korte perioder, så mervæksten vil næppe nå dette niveau over en længere årrække. Baseret på fortidens erfaringer synes en årlig mervækst i sundhedsudgifterne på 0,3% at være forventelig over en længere periode, og en mervækst på eksempelvis 0,6% kan heller ikke betragtes som helt udelukket.

De fremtidige sundhedsudgifter kan opdeles i de to elementer baseret på en befolkningsfremskrivning, en antagelse om mervæksten og standardantagelser om udviklingen i BNP, eller rettere i produktiviteten. Det demografiske element vurderes at kunne fremskrives nogenlunde præcist over en længere årrække. Det ikke-demografiske element er mere usikkert og afhænger af den antagne mervækst. I figur 6 nedenfor betragtes årlige mervækstrater på hhv. 0%, 0,3% og 0,6%. Med en forsigtig mervækst på 0,3% om året (blå kurve) må de offentlige sundhedsudgifter forventes at vokse med godt 40% i reale termer frem til 2050. Hvis mervæksten bliver 0,6% pr år (brun kurve), vil sundhedsudgifterne vokse med ca. 60% frem til 2050. Det er vanskeligt at vurdere størrelsen af mervæksten, da den blandt andet er et resultat af politiske prioriteringer. Al erfaring tyder imidlertid på, at der vil blive tale om mervækst, så en real stigning i sundhedsudgifterne over de næste små 40 år på 40-60% må anses som sandsynlig.

Figur 6: Offentlige sundhedsudgifter og eksempler på årlig mervækst



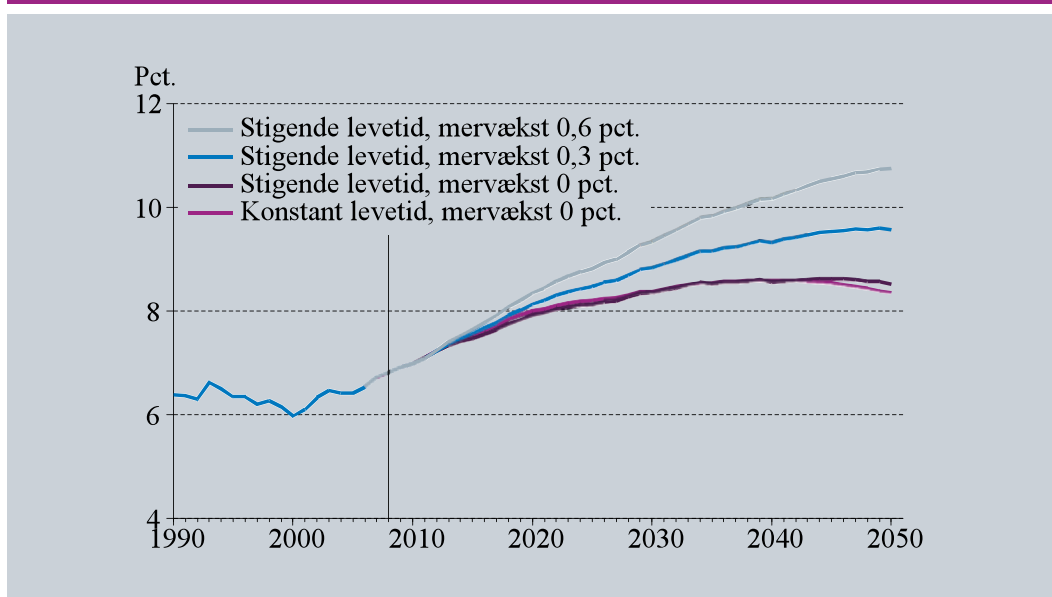
Anm.: Se figur 5.

Kilde: DREAM model og egne beregninger.

Det er de offentlige sundhedsudgifter i pct. af BNP, der har betydning for udviklingen i den skattemæssige finansieringsbyrde. Figur 7 viser derfor den udvikling i de offentlige sundhedsudgifter som andel af BNP, der følger af prognosen for sundhedsudgifterne som vist i figur 6 samt af den underliggende antagelse om produktivitetsudviklingen.

Med en moderat mervækst på 0,3% om året vil sundhedsudgifterne vokse fra ca. 6,8% af BNP i 2008 til 9,6% i 2050 (blå kurve), en stigning på næsten 3 procentpoint. Hvis mervæksten i stedet bliver 0,6% pr. år, så stiger sundhedsudgifternes andel af BNP til 10,8% (brun kurve), altså med 4 procentpoint. Der er under alle omstændigheder tale om et betragteligt offentligt finansieringsproblem. Ved en årlig mervækst på 0,3% svarer det til, at den statslige bundskat skal sættes op med ca. 4,5 procentpoint for at dække de stigende sundhedsudgifter.

Figur 7: Offentlige sundhedsudgifter i pct. af BNP



Anm.: Den lodrette streg angiver overgangen til prognose-år. Kilde: DREAM model og egne beregninger.

Sammenfatning og konklusion

Det danske sundhedssystem er overvejende et integreret offentligt system. I dette system skulle det være relativt enkelt at styre de offentlige udgifter til sundhedsydelser, men de danske udgifter til sundhed ligger alligevel på et relativt højt niveau. Et fælles træk for alle OECD-lande er, at de samlede udgifter til sundhed er vokset mere end BNP.

I Danmark afholder det offentlige omkring 85% af alle sundhedsudgifter. Samtidig må det på basis af analyserne refereret i denne artikel forventes, at befolkningens krav til sundhedsydelser vil føre til, at sundhedsudgifterne vil vokse ganske betragteligt i pct. af BNP, sandsynligvis med mindst 3-4 procentpoint frem til 2050. Med det overvejende offentligt finansierede danske sundhedssystem vil dette føre til et pres på de offentlige finanser. Dette pres kan håndteres ved at forøge de offentlige indtægter, hvilket basalt set kræver enten højere skatter eller flere beskæftigede, ved at reducere væksten i andre offentlige udgifter eller ved at en større del af sundhedsudgifterne afholdes af brugerne af sundhedsydelserne selv.

En omfattende brugerbetaling vil kunne føre til fremvækst af et system baseret på private sundhedsforsikringer. Man kan spørge, om et system baseret på omfattende brugerbetaling og private sundhedsforsikringer er foreneligt med en fastholdelse af målsætningen om "let og lige adgang til ydelser fra sundhedsvæsenet".

Under alle omstændigheder er det forventelige, fremtidige finansieringspres fra udgifter til sundhedsydelser så stort og voksende, at det rejser helt centrale samfundsmæssige diskussioner og nødvendiggør kritiske prioriteringer: Hvor går grænserne for, hvor meget der kan finansieres ved beskatning, hvilke besparelser på eller reformer af andre velfærdsordninger kan eventuelt skabe plads til en voksende sundhedssektor, og skal vi eventuelt gribe til systembrydende tiltag indenfor sundhedssektoren, selv i form af omfattende brugerbetaling med medfølgende private sundhedsforsikringer for at håndtere finansieringsbyrden?

Litteratur

De Økonomiske Råd (2009): Dansk Økonomi, Efterår 2009.

Docteur, E. og H. Oxley (2003): Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience. OECD Health Working Papers.

DET ETISKE RÅD

Holbergsgade 6

1057 København K

Tel: 7226 9370

www.etiskraad.dk

