

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

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

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

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

3.2 Analyseredskaber

Når der skal foretages prioriteringer i sundhedsvæsenet er det helt afgørende, at det sker på et solidt og kvalificeret grundlag. Det gælder derfor om at tilvejebringe pålidelige udsagn om virkeligheden på sygehuse, i praksissektoren og andre steder i sundhedsvæsenet, hvor prioriteringen har konsekvenser. Analytiske redskaber har til formål at fremlægge information om behandlingernes kvalitet, om deres resultater, om økonomiske konsekvenser osv. på en form, der gør dem anvendelige i beslutningsprocessen.

Her står forskellige former for *medicinsk teknologivurdering* cen-

tralt. Medicinen rækker for fekt, de samfedicinsk teknalsidig metovil i det følgkortelse MTlogivurderinsekvenser aftræffes besl

Der er nænet eller i ddragelsen alIkke desto r nemført intmark men c at en rækkegien, eller i vendt teknresultatern

- patientbehand
- læger, cden på
- industri

Disse aktømedierne behovet fdering.

I dette :givurderinmedicinsl(MTV). Dskaber, alnisk forslanden imsærskilt f

tralt. Medicinsk teknologivurdering er dels en fællesbetegnelse for en række forskellige metoder til undersøgelse af den kliniske effekt, de samfundsøkonomiske konsekvenser osv., af en bestemt medicinsk teknologi. Dels er den navnet på en særligt omfattende og alsidig metode til at foretage sådanne vurderinger (denne metode vil i det følgende blive omtalt ved den almindeligt anvendte forkortelse MTV). Formålet med enhver form for medicinsk teknologivurdering er netop at tilvejebringe analyser af de konkrete konsekvenser af indførelsen af en bestemt teknologi, således at der kan træffes beslutning herom på et ordentligt grundlag.

Der er næppe nogen, hverken i offentligheden, i sundhedsvæsenet eller i det politiske system, der vil argumentere imod inddragelsen af MTV i beslutningsprocessen på forskellige niveauer. Ikke desto mindre synes der at være hindringer for en mere gennemført integration af MTV i sundhedsvæsenet, ikke blot i Danmark men også i andre lande. Her skal man være opmærksom på, at en række aktører vil være interesserede i at få adgang til teknologien, eller i at beholde adgangen til anvendelsen af en allerede anvendt teknologi, inden en tidskrævende MTV er tilendebragt og resultaterne vurderet:

- patienter med en lidelse, som en bestemt teknologi muligvis kan behandle,
- læger, der er interesserede i at kunne tilbyde deres patienter den pågældende behandling,
- industrien, der er interesseret i at afsætte deres produkter.

Disse aktører kan tilsammen bevirke, at der opstår en stemning i medierne og i befolkningen, hvor der er meget lidt forståelse for behovet for en alsidig og systematisk gennemført teknologivurdering.

I dette afsnit skal vi omtale tre metoder til medicinsk teknologivurdering; klinisk forskning, sundhedsøkonomiske analyser og medicinsk teknologivurdering som en bred og alsidig metode (MTV). Der er i og for sig ikke tale om tre forskellige analyseredskaber, al den stund MTV inddrager begge de øvrige former. Klinisk forskning og sundhedsøkonomiske analyser føres fra tid til anden imidlertid også frem for sig selv. Derfor omtales de også særskilt her.

3.2.1 Klinisk forskning

Klinisk forskning tager sigte på at belyse den konkrete effekt af forskellige metoder til diagnostik og behandling. Betegnelsen er meget bred og dækker over en række meget forskellige typer af undersøgelser. Centralt står dog den randomiserede kontrollerede undersøgelse. I den randomiserede kontrollerede undersøgelse betones sammenligningen. Patienter med en bestemt lidelse inddeles ved lodtrækning i to eller flere grupper, hvoraf den ene modtager den behandling, man ønsker at undersøge, mens de øvrige modtager den sædvanlige behandling eller placebo, dvs. et virkningsløst middel. Dette design giver mulighed for at sammenligne effekten af den ene behandling med effekten af andre behandlinger eller med placebo. Randomiseringsmetoden sikrer, at man ved sammenligningen i størst mulig grad vurderer effekten af en undersøgelse eller behandling, og ikke blot forskellighed i de grupper, der sammenlignes.

Den randomiserede kontrollerede undersøgelse blev introduceret i sundhedsvidenskaben i slutningen af 1940'erne og er siden blevet vidt udbredt som det undersøgelsesdesign, hvorved man opnår de mest pålidelige resultater. Ikke desto mindre har en relativ stor del af de diagnostiske og behandlingsmæssige interventioner, der udføres i det danske sundhedsvæsen i dag, aldrig været genstand for en sådan undersøgelse.

Det er således ikke alle de diagnoseformer og behandlingsmetoder, der anvendes i det danske sundhedsvæsen, der hviler på solidt videnskabeligt grundlag. Det er muligvis bl.a. derfor, at der er store forskelle på, hvordan man behandler de samme lidelser på forskellige sygehuse rundt om i landet. Risikoen eller sandsynligheden for at få fjernet livmoderen i forbindelse med kraftige eller uregelmæssig blødninger er f.eks. 6 gang højere, hvis man er tilknyttet de hospitalsafdelinger, der har den højeste operationsfrekvens i Danmark, end hvis man er tilknyttet dem med den laveste (Vallgård & Krasnik 1995, 48). En sammenlignende undersøgelse mellem de nordiske lande viste ligeledes stor forskel i kirurgiske operationsfrekvenser imellem landene (Madsen 1995). Det synes med andre ord at være sådan, at „lægevidenskaben eller lægekunsten både diagnostisk og behandlingsmæssigt praktiseres meget forskelligt af forskellige læger, i forskellige dele af landet og i

forskellige la

Forskellene
ken behandli
også hænge
ning og for
bedste result

Det er natu
har været un
eller er direk
om deres eff
ger, der er uc

I debatten
danske sund
lige videnska
de patienter,
rytmeforstyr
stemte antia
amerikanske
bestemte ind
med disse pr
behandlinger
de var på der
man mange s
af fosteret u
gængelige lit

Problemet
dersøgt for d
ser, der er ge
til forandring
en internatio
trollerede un
skabe et stør
linger og del
således at mi
uden på at d
både patient
den inddrag
enes afdeling

Det forek

forskellige lande" (Vallgård & Krasnik Op.cit, 48).

Forskellene skyldes nok til dels regulær faglig uenighed om, hvilken behandling, der er bedst i den enkelte situation, men den kan også hænge sammen med, at der er behov for øget klinisk forskning og for en større udbredelse af kendskabet til de seneste og bedste resultater af denne forskning.

Det er naturligvis ikke sådan, at alle de behandlinger, der ikke har været underkastet en kontrolleret undersøgelse, er uden effekt eller er direkte skadelige. Men man har ikke nogen sikker viden om deres effekt, og blandt dem er der muligvis nogle behandlinger, der er uden effekt - nogle er måske ligefrem skadelige.

I debatten herom er der peget på behandlinger, der udføres i det danske sundhedsvæsen i dag, som vurderet ud fra den tilgængelige videnskabelige litteratur formodentlig er direkte skadelige for de patienter, der modtager dem. Ét eksempel er behandling af rytmeforstyrrelser i hjertekamrene efter blodprop i hjertet med bestemte antiarytmiske stoffer. En større undersøgelse udført af det amerikanske *National Institute of Health* har vist, at der inden for bestemte indikationer dør flere patienter, når de bliver behandlet med disse præparater, end når de får placebo. Det anslås, at disse behandlinger kostede 50.000 patienter livet om året alene i USA, da de var på deres højeste (Gøtzsche 1996, 11). Et andet eksempel er, at man mange steder i Danmark har indført elektronisk overvågning af fosteret under fødslen (føtal kardiokardiografi), selv om den tilgængelige litteratur tyder på, at det har en negativ effekt (ibid, 14).

Problemet er ikke blot, at mange behandlinger ikke er blevet undersøgt for deres effekt, men også at resultaterne af de undersøgelser, der er gennemført, ikke i tilstrækkelig grad udbredes og fører til forandringer i den kliniske praksis. Der arbejdes på at etablere en international database, der samler resultaterne af klinisk kontrollerede undersøgelser fra hele verden med flere formål. Dels at skabe et større overblik over effekten af forskellige typer af behandlinger og dels at koordinere og stimulere den kliniske forskning, således at midlerne anvendes bedst muligt. Man bestræber sig desuden på at den viden, der indsamles, distribueres ud ideelt set til både patienter og sundhedspersonale, men i hvert fald således, at den inddrages og anvendes i valget af behandlinger på sygehusenes afdelinger og i praktiserende lægers klinikker.

Det forekommer umiddelbart indlysende at anbefale, at de

behandlinger og diagnostiske metoder, der bliver anvendt i sundhedsvæsenet, baseres på solidt videnskabeligt grundlag, og at nye behandlinger og undersøgelsesmetoder kun indføres, hvis der findes dokumentation for, at de faktisk har positiv effekt. Der kan ikke desto mindre rejses to typer af indvendinger imod denne tankegang, som man må tage med i overvejelserne.

Den ene går på, at gennemførelsen af store kliniske undersøgelser tager tid, og at det derfor er en stærkt forsinkende faktor for patienter, der har håb om og tiltro til, at en behandling kan hjælpe dem. Det kan dels betyde, at det kan vise sig vanskeligt at få folk til at deltage i randomiserede forsøg, hvor kun en del af patienterne får den nye behandling, dels at der generelt i befolkningen er ringe forståelse for, at man skal gennemføre langvarige undersøgelser og ikke blot give den nye behandling til alle, der kunne tænkes at have gavn af den.

Den anden type indvending går på, at princippet om, at der så vidt muligt skal foreligge solide kliniske undersøgelser, før man indfører en bestemt behandling i sundhedsvæsenet (Evidence Based Medicine), kan vise sig at være et skalkeskjul for besparelsesinitiativer, og føre til skævvridninger i sundhedsvæsenet (Hope 1995). De krav, der stilles til videnskabelig efterprøvning, kan kun opfyldes af relativt få af de behandlinger, der i dag udføres på sygehuse. Det betyder selv sagt ikke, at de andre behandlinger ikke virker, men at der ikke har været foretaget randomiserede kontrollerede forsøg med dem - i nogle tilfælde fordi det forekommer helt indlysende, at de faktisk virker effektivt.

Udbredelsen af evidence based medicine kan samtidig føre til en uønskelig skævvridning i sundhedsvæsenet. Når der findes dokumentation for nogle behandlinger og ikke for andre, kan det bl.a. blot tilskrives det forhold, at det har været muligt at få penge til udførelsen af randomiserede, kontrollerede forsøg for nogle behandlinger, men ikke for andre. Det kan også skyldes, at der er tale om lidelser, hvor effekten af behandlingen relativt enkelt lader sig dokumentere, i modsætning til andre lidelser hvor det er vanskeligere præcist at dokumentere effekten af behandlingen. Det kan f.eks. føre til en øget vægtning af indsatsen imod akut opståede lidelser på bekostning af behandling af kroniske og mere diffuse lidelser.

Evidence based medicine kan desuden være i konflikt med den enkelte patients ønsker, fordi videnskabelig dokumenteret effekti-

vitet ikke
ten spille
over sin l

Betydn
lagt. Det
nelle pric
om kvali
lige beha
der igenr
eller lige
lagt, at kl
Præcis vi
selv afgø

3.2.2 Sur

Sundhed
forskellig
over oml
målet m
ritering i

Priorit
des af ø
man i øl
hensyn t
mængde
gen dera
ene kan
delse un

Det er
vel spør
gen; og c
slutning
disse to
endelige
natur m

Centr
lige effe
mulighe

vitet ikke er den eneste relevante faktor for patienten. For patienten spiller det også en stor rolle at kunne bevare håb, føle kontrol over sin krop mv.

Betydningen af klinisk forskning for prioriteringsprocessen er oplagt. Det er helt afgørende for mulighederne for at foretage rationelle prioriteringer, at man har adgang til den bedst mulige viden om kvaliteten af forskellige undersøgelser og effekten af forskellige behandlinger. Man må bl.a. kunne kræve, at de behandlinger, der igennem undersøgelser har vist sig at være uden positiv effekt eller ligefrem har negativ effekt, standses. Det er dog samtidig oplagt, at kliniske undersøgelser ikke kan løse prioriteringsproblemet. Præcis viden om effekten af en bestemt behandling kan ikke i sig selv afgøre, om den skal tilbydes eller ej.

3.2.2 Sundhedsøkonomiske analyser

Sundhedsøkonomiske analyser er en samlebetegnelse for en række forskellige typer af analyser, der søger at tilvejebringe et overblik over omkostninger og effekt ved forskellige sundhedsydelser. Formålet med disse analyser er at skabe et grundlag for rationel prioritering af de opgaver, sundhedsvæsenet skal tage sig af.

Prioritering forudsætter et overordnet mål, som ikke kan udledes af økonomisk teori, men må fastsættes politisk. Generelt vil man i økonomisk teori antage, at sådanne mål indeholder dels et hensyn til at opnå den størst mulige effekt af indsatsen af en given mængde ressourcer, dels at tage et hensyn til lighed i fordelingen deraf. Overført til sundhedssektoren betyder dette, at delmålene kan fortolkes som det at skabe størst mulig lindring og helbredelse under hensyntagen til lighed og retfærdighed i fordelingen.

Det er muligt med sundhedsøkonomiske analyser at belyse såvel spørgsmålet om en effektiv ressourceudnyttelse som fordelingen; og disse oplysninger kan være til nytte ved en prioriteringsbeslutning. Der findes imidlertid ikke en enkel formel, som kan bringe disse to delmål sammen i et enkelt udtryk. Det medfører, at den endelige beslutning må bero på en samlet vurdering, som i sagens natur må være politisk.

Centralt i overvejelserne om hvorledes man opnår den størst mulige effekt af ydelserne, står spørgsmålet om, hvilke alternative muligheder der findes. Det er i den forbindelse, man inden for de

sundhedsøkonomiske analyser taler om en afvejning „på grænsen“. At foretage en afvejning „på grænsen“ betyder, at man ser på, hvad man får ud af en lille forøgelse af én aktivitet set i forhold til, hvad man ville få ud af en tilsvarende lille udvidelse af en anden aktivitet. Tanken er, at man skal bruge så mange ressourcer - og netop kun så mange ressourcer - på en aktivitet, som man finder er velbegrundet ud fra en afvejning af, hvad man kunne få ud af at bruge de samme ressourcer på en anden aktivitet. Hvis man ud fra denne afvejning „på grænsen“ finder ud af, at man egentlig ville få mere ud af en lille forøgelse af den anden aktivitet, så bør man muligvis prioritere anderledes. Ud fra en sundhedsøkonomisk betragtning forudsætter en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne således, at der for den sidste budgetkrone fås den samme tilvækst i sundhed, uanset til hvilken aktivitet den benyttes.

Sundhedsøkonomiske analyser handler således om at undersøge omkostningerne ved forskellige sundhedsydelser og den effekt, disse ydelser har i form af den helbredsmæssige gevinst eller den gavn og glæde, de afstedkommer. Centralt i de sundhedsøkonomiske analyser står derfor bestræbelsen på at gøre det muligt at *sammenligne* omkostninger og effekt ved forskellige typer af sundhedsydelser.

De forskellige typer af sundhedsøkonomiske analyser; cost-effectiveness analyser, cost-utility analyser og cost-benefit analyser, adskiller sig primært fra hinanden ved forskellige opgørelser af henholdsvis omkostninger og effekt.

3.2.2.1 Omkostninger

Omkostningerne ved en bestemt ydelse kan opgøres som pengeværdien af de ressourcer, der medgår til at tilvejebringe denne ydelse. For udefrakommende forekommer det mærkeligt, at repræsentanter for sundhedsvæsenet ofte udtaler, at det er svært præcist at bestemme omkostningerne ved en bestemt ydelse. Det hænger sammen med, at omkostningerne ikke blot kan bestemmes som de materialer og den arbejdstid, der er forbundet med en bestemt ydelse. Man må også se på den såkaldte „overhead“, dvs. lys og vand og varme, administration, uddannelse af personale, vedligeholdelse af faciliteter mv. Disse omkostninger er fælles for mange forskellige ydelser, og der findes derfor ikke en entydig måde, hvorpå de kan opgøres. Hvis man anlægger et bredere samfundsøkonomisk per-

spektiv, må patientens sundheds- og sundhedsøkonomiske bestemmelser *alternativt* for det, man ydelser. Og bestemmelser af en anden når man u

De relevansvæsenet. Det beget af de helt at bor betragtnir bindelse Marginalc en lille ud delse af og få 10 pati med disse

3.2.2.2 Eff
Cost-effec
lyser open
Således b
trykkes i
tion i blo
sen søges
nyttende
et samlet
tetsjuster
dels ud fr
heder ma
selv unde
hævder, i
lige sund

spektiv, må man tillige inddrage de indirekte omkostninger, som er patientens egne omkostninger og andre omkostninger uden for sundhedsvæsenet, f.eks. tabt arbejdsfortjeneste. I forbindelse med sundhedsøkonomiske analyser bestræber man sig desuden på at bestemme omkostningerne ved en bestemt ydelse som såkaldte *alternativ-omkostninger*. Alternativ-omkostningerne er en betegnelse for det, man kunne få ud af at bruge de samme ressourcer på andre ydelser. Omkostningerne må derfor ved denne betragtningsmåde bestemmes ikke som et bestemt beløb, men som en bestemt mængde af en anden eller flere andre ydelser, som ofres (nogen går glip af) når man udfører en bestemt ydelse.

De relevante overvejelser i forbindelse med prioritering i sundhedsvæsenet drejer sig som nævnt ovenfor om afvejning på grænsen. Det betyder, at der er tale om at foretage en justering af omfanget af de aktuelle aktiviteter, evt. iværksættelse af visse nye eller helt at bortskære visse andre. Derfor er den relevante omkostningsbetragtning, hvad sådanne ændringer koster. Man taler i denne forbindelse om grænseomkostninger eller *marginalomkostninger*. Marginalomkostningerne er de omkostninger, der er forbundet med en lille udvidelse af en aktivitet. Hvis man f.eks. overvejer en udvidelse af optageområdet for en skadestue, der indebærer, at man vil få 10 patienter mere i døgnnet, så er omkostningerne i forbindelse med disse 10 patienter lig med marginalomkostningerne.

3.2.2.2 Effekt

Cost-effectiveness analyser, cost-utility analyser og cost-benefit analyser opererer alle med forskellige mål for behandlingernes effekt. Således benyttes i cost-effectiveness analyser et enkelt mål, som udtrykkes i naturlige enheder, f.eks. antal vundne leveår eller reduktion i blodtryk målt ved millimeter kviksølv. I cost-benefit analysen søges effekten af en aktivitet opgjort i penge som udtryk for nytten deraf. Endelig søges effekten i cost utility analyser udtrykt i et samlet mål for helbredsforbedring og prognose, de såkaldt kvalitetsjusterede leveår. Valget mellem forskellige effektmål træffes ofte dels ud fra, hvad man ønsker at måle, dels hvilke praktiske muligheder man har. Der er imidlertid ikke enighed om, hvilket mål der selv under ideelle betingelser ville være det mest egnede. Mange hævder, at det er vanskeligt at opstille mål for effekten af forskellige sundhedsydelser, fordi det f.eks. er umuligt at sammenligne

den gavn, der kommer af et behandlingsmæssigt indgreb og den gavn, der kommer af at give ordentlig pleje og omsorg til patienterne.

I denne sammenhæng skal der blot omtales ét af de nævnte mål, nemlig de kvalitetsjusterede leveår, de såkaldte Quality Adjusted Life Years (QALYs). Det er et mål, der kombinerer den forøgelse af levetiden, en bestemt sundhedsydelse forårsager, med den sundhedstilstand de pågældende kommer til at nyde de pågældende år. Princippet er ganske enkelt, at man på en skala fra 0 til 1 (hvor 0 = død og 1 = fuld sundhed) fastsætter sundhedstilstanden før og efter ydelsen. Hvis man f.eks. siger, at en invalideret hoftepatient før operation har en sundhedstilstand, som tillægges værdien 0,8, og efter operationen har sundhedstilstanden 1,0. Derefter multiplicerer man forskellen med antal resterende leveår, f.eks. 10, altså tilvejebringer operationen $(0,8 \times 10)$ 8 kvalitetsjusterede leveår. Dette tal kan så sammenlignes med et tilsvarende tal for andre ydelser, og man kan herefter se, hvilken ydelse, der giver størst effekt målt i kvalitetsjusterede leveår.

Arbejdet med QALYs rejser nogle fortolkningsproblemer, herunder om det er et gyldigt mål for det, der ønskes målt. Et spørgsmål er, i hvilken udstrækning der er tale om måling af livskvalitet eller noget andet. Hvor det drejer sig om måling hos den samme person, som selv skal angive betydningen af to forskellige tilstande, kan man evt. tale om helbredsrelateret livskvalitet. Hvor det derimod anvendes i forbindelse med prioritering for en gruppe af personer, hvor et panel på forhånd har givet vægte til forskellige tilstande, er det åbenbart, at det ikke måler livskvalitet hos den enkelte, og det har givet anledning til nogen forvirring.

Det skal endvidere pointeres, at brug af et QALY mål alene kan hjælpe i en beslutning om, hvorledes man anvender ressourcerne, så man samlet får størst muligt resultat. Man kan imidlertid ikke se bort fra fordelingsproblemer; 10 QALY hos en person vil i dette regnestykke tælle lige så meget som 1 QALY hos hver af 10 personer. En sundhedsforbedring hos en enlig tæller lige så meget som hos en forsørger. En QALY hos en 20 årig tæller det samme som hos en 80 årig. En QALY hos en person, der er meget alvorligt syg, tæller lige så meget som hos en person, der er mindre alvorligt syg. Alt dette illustrerer fordelingshensyn, som også kan beskrives i en sundhedsøkonomisk analyse. Det er hensyn, som beslutningsta-

gere ev
fektive

Tank
tvivl m
imod c
samtid
osv. De
belser

De s
form f
priorit
priorit
set „fæ
tvinge
hvorfo
økonc
og lin
på at f
under
ressou
flere C

Der
anver
priori

Sur
lem, h
hvor
dan f
det er
uafvi
kan, l
syge.

Ma
bereg
jer si
hand
tuati
Her
mål,

gere eventuelt må tage hensyn til foruden spørgsmålet om den effektive anvendelse af ressourcerne.

Tankegangen bag de sundhedsøkonomiske analyser møder uden tvivl megen modvilje. Det skyldes formodentlig dels en modvilje imod overhovedet at tale om patienter, sygdom, behandling osv. samtidig med, at man taler om økonomiske kalkyler, kroner og ører osv. Dels et ubehag ved sundhedsøkonomiens indbyggede bestræbelser på at kvantificere resultaterne af behandlingen.

De sundhedsøkonomiske analyser tilbyder imidlertid en bestemt form for ordning af information og kan derfor være anvendelige i prioriteringsprocessen. Dermed være ikke sagt, at man altid bør prioritere således, at man i et sundhedsøkonomisk perspektiv samlet set „får mest ud af det“. Men de sundhedsøkonomiske analyser tvinger beslutningstagere på forskellige niveauer til at begrunde, hvorfor de træffer andre beslutninger, end dem, der i det sundhedsøkonomiske perspektiv giver den største samlede gevinst i helbred og lindring. F.eks. hvorfor man vælger at bruge en stor sum penge på at forsøge at udskyde dødstidspunktet for en AIDS-patient, der under alle omstændigheder har kort tid tilbage, selv om de samme ressourcer anvendt på f.eks. udskiftning af hoftelid ville udløse flere QALYs.

Der kan imidlertid også rejses en række kritik-punkter overfor anvendelsen af de sundhedsøkonomiske analyser som et redskab i prioriteringen i sundhedsvæsenet.

Sundhedsøkonomiske beregninger kan fastlægge forskelle imellem, hvor omkostningseffektive forskellige sundhedsydelser er, dvs. hvor meget helbredsmæssig gevinst, man får for pengene. En sådan forskel forekommer imidlertid irrelevant, hvis man mener, at det enkelte lidende menneske præsenterer os for en umiddelbar og uafviselig etisk fordring om at hjælpe vedkommende, så godt vi kan, bl.a. ved at tilbyde pleje og omsorg til alvorligt og uhelbredeligt syge.

Man skal her være opmærksom på, at en sundhedsøkonomisk beregning typisk sker for en planlægningssituation, hvor det drejer sig om at fordele budgettet for den kommende periode til behandling af ukendte (statistiske) personer. Noget andet er den situation, hvor lægen står ansigt til ansigt med konkrete patienter. Her må den lægelige etik gøre sig gældende. Det er et åbent spørgsmål, hvorvidt de samme principper bør gælde i de to situationer.

Uanset dette er der dog fortsat en principiel konflikt: Hvis man fastholder, at vi af respekt for den enkeltes menneskeværd under alle omstændigheder er nødt til altid at give vedkommende den bedste behandling, der findes, så vil det blot betyde, at vi kommer til at krænke nogle andre menneskers menneskeværd, nemlig dem, som kommer på lange ventelister eller dem, som af ressourcegrunde tvinges til at sove på hospitalernes gange osv.

Det er samtidig vigtigt at være opmærksom på, at sundhedsøkonomiske analyser baseres på data om sygelighed og overlevelse, og at værdien af resultaterne derfor afhænger af kvaliteten af disse data. Hvis man vil anvende QALY-målet er det desuden klart, at værdien af de sammenligninger, der foretages af effekten af forskellige tiltag, afhænger af hvorvidt man er nået frem til troværdige og stabile mål for de forskellige tilstande. Hvis denne sammenligning skal danne udgangspunkt for prioritering mellem forskellige opgaver, så er det helt afgørende, at der ikke i selve sammenligningsmetoden ligger en mulig skævvridning. Hvis sundhedsøkonomiske analyser skal tillægges vægt i prioriteringsprocessen, må man søge at sikre sig, at det f.eks. ikke er sådan, at sundhedsydelser med klart målelig effekt altid vil „se bedre ud“ i disse analyser, end andre ydelser hvor effekten er sværere at dokumentere. Eller at de mål, der fastsættes for forskellige sundhedstilstande, indebærer at nogle ydelser altid vil forekomme mere effektive end andre.

Det skal dog under alle omstændigheder pointeres, at man i og med, at man har foretaget en sundhedsøkonomisk analyse, ikke har truffet beslutning om, hvilke konklusioner, den skal føre frem til. Men man har tilvejebragt et overblik over, hvordan en bestemt ressourceanvendelse kan og bør sammenlignes med andre alternative ressourceanvendelser, inden man foretager et valg om, hvordan man skal anvende de pågældende ressourcer. Der kan således, medgives det, være gode grunde til at tilsidesætte resultatet af en sundhedsøkonomisk analyse, men beslutningen vil i så fald være truffet på et bedre grundlag, end hvis man ikke var gået denne proces igennem.

3.2.3 Medicinsk teknologivurdering, MTV

MTV er en metode, der først og fremmest er kendetegnet ved ind-

dragel
en bes
teknol
rede i

„M
for
deri
for
(Sui

Tekno
tøj, m
behan
ramm
ske so
tiltag
mæss

Der
være f
fortale
teknik
sige, s
kunne
at kur
gense

Me
af virk
økonc
lede v

- an
- an
- an
- su
kv
- sy
an

dragelse af mange forskellige faktorer i den samlede vurdering af en bestemt teknologi, enten i forbindelse med overvejelser om teknologiens indførelse eller i tilknytning til evalueringer af allerede indført teknologi:

„MTV er en alsidig, systematisk vurdering af forudsætningerne for og konsekvenserne af at anvende medicinsk teknologi. Vurderingen er en hjælp til at overskue muligheder og en hjælp til at forudse konsekvenserne af de forskellige beslutninger“.
(Sundhedsstyrelsen 1994)

Teknologi omfatter i denne forbindelse ikke blot apparatur og værktøj, men også operationsteknikker, praktiske procedurer omkring behandling og pleje samt arbejdstilrettelæggelse og organisationelle rammer. MTV-metoden kan således kaste lys over såvel de tekniske som de organisatoriske og proceduremæssige sider af bestemte tiltag og give et grundlag for en bred vurdering af deres hensigtsmæssighed.

Der kan være forskellige grunde til at iværksætte MTV. Det kan være for at undersøge, om en ny teknik er så nyttig og effektiv, som fortalere hævder. Eller ud fra ønsket om at få et overblik over, om teknikker, som man allerede anvender, faktisk er så hensigtsmæssige, som antaget. Eller det kan være for på et bedre grundlag at kunne sammenligne forskellige typer af behandlinger, for dermed at kunne foretage en mere rationel prioritering imellem dem (Jørgensen & Danneskiold-Samsøe 1986).

Medicinsk teknologivurdering omfatter som sagt både analyser af virkningen af forskellige medicinske interventioner og sundhedsøkonomiske analyser, men inddrager også andre faktorer i den samlede vurdering af en bestemt teknologi. MTV omfatter således:

- analyse af selve teknologien
- analyse af teknologiens konsekvenser for patienterne
- analyse af teknologiens konsekvenser for organisationen
- sundhedsøkonomisk analyse af de ressourcemæssige konsekvenser for samfundet som helhed
- syntese og indbyrdes afvejning af resultaterne af de fire typer analyser.

Elementer i MTV og eksempler på spørgsmål

Teknologien

Anvendelsesområde

- hvad er indikationen for dens anvendelse?
- Er der enighed om indikationen?
- Hvor mange patienter drejer det sig om?
- Hvilke er de relevante alternativer?
- Erstatning eller supplement?

Effektivitet

- Er det dokumenteret, at den virker?
- Virker den bedre end andre?
- Virker den lige så godt hos os?

Risikovurdering

- Er der uønskede virkninger?
- Står risiko i et rimeligt forhold til gevinst?

Patienten

Psykologiske forhold

- Skabes der tryghed? Ubehag? Angst?

Sociale forhold

- Påvirkes dagligdagen?
- Påvirkes arbejdsvejen?

Etiske aspekter

- Er teknologien acceptabel for den enkelte?
- Er teknologien acceptabel for samfundet?

Organisationen

Struktur

- Bør teknologien centraliseres få steder?
- Er decentralisering mulig?
- Ændres arbejdsfordelingen mellem sygehus og primær sundhedstjeneste?
- Opstår nye specialfunktioner?
- Ændres visitationskriterier?

Personale

- Ændres arbejdsrutiner?
- Ændres arbejdsfordeling mellem faggrupper?
- Skal personalet efter-/videreuddannes?
- Er der beskæftigelsesmæssige konsekvenser?

Miljø

- Er der risiko for arbejdsmiljø?
- Er der risiko for det ydre miljø?

Økonomien

Samfundsøkonomi

- Hvor store omkostninger og gevinster for samfundet?
- Er der økonomiske konsekvenser for patienterne?
- Er der gevinst i form af forbedret sundhedstilstand?

Driftsøkonomi

- Hvor store investerings- og driftsudgifter?
- Er der besparelser? Indtægter?
- Hvem betaler umiddelbart?
- Er der økonomiske konsekvenser for andre?
- Er der økonomiske konsekvenser for patienterne?

(Sundhedsstyrelsen 1994)

Ana
af klini
klarlag
overho
vægt i
bedre
Et s
skred. I
stemt
tilstan
lignen
om de
Det er
vurde
indika
ny vur
Når
mæssig
turen
evne t
konsel
På der
konsel
nologi
forbur
spørg
meda
kvens
ger i k
ganis
Den
sen af
stille
bester
End
den er
den a
result
samm

Analysen af selve teknologien bygger i høj grad på resultaterne af *klinisk forskning*. Ved klinisk forskning bliver det som nævnt søgt klarlagt, hvorvidt en bestemt behandling eller diagnosticeringsform overhovedet har positiv effekt. Ved MTV lægges der desuden stor vægt på det sammenlignende aspekt: virker denne behandling bedre end andre? Er der større risici?

Et særligt problem i denne forbindelse er såkaldte *indikations-skred*. Erfaringerne viser, at når en bestemt behandling eller et bestemt præparat har vist sig effektivt i behandlingen af en bestemt tilstand, vil metoden ofte blive overført til behandlingen af andre lignende tilstande, uden at man i den forbindelse får undersøgt, om den rent faktisk også har en positiv virkning på disse tilstande. Det er derfor vigtigt i forbindelse med MTV at understrege, at vurderingen gælder anvendelsen af teknologien på helt bestemte indikationer, og at en anden anvendelse af teknologien fordrer en ny vurdering.

Når det er vigtigt at undersøge de *strukturelle og organisations-mæssige* konsekvenser af en bestemt behandling, er det fordi, strukturen og organisationen har stor betydning for sundhedsvæsenets evne til effektivt at løse sine opgaver. I analysen af teknologiens konsekvenser for organisationen skelner man mellem to aspekter: På den ene side er der spørgsmålet om, hvilke personalemæssige konsekvenser, der er forbundet med indførelsen af en bestemt teknologi. På den anden side hvilke strukturelle konsekvenser, der er forbundet hermed. De personalemæssige konsekvenser er dels et spørgsmål om normering og uddannelse, og dels et spørgsmål om medarbejdernes trivsel og arbejdsmiljø. De strukturelle konsekvenser omfatter ændringer i den interne arbejdsdeling, ændringer i kommunikationsveje og beslutningsstruktur, ændringer i organisationens flexibilitet og tilpasningsevne mv.

Den *sundhedsøkonomiske analyse* af konsekvenserne af indførelsen af en bestemt teknologi har som omtalt til hensigt at sammenstille den gavn for patienten, der kommer ud af indførelsen af en bestemt teknologi, med de omkostninger, der er forbundet med den.

Endelig må *syntesefasen* bygge på en vekselvirkning mellem på den ene side personlige erfaringer og subjektive vurderinger og på den anden en mere formaliseret syntese, der søger at sammenstille resultaterne af de forskellige analyser. Det afgørende i denne sammenhæng er en klarhed over, hvordan man sammenstiller de

forskellige analyser, således at beslutningstagere, der skal benytte sig af teknologivurderingen, kan gennemskue, hvordan syntesen er foretaget.

Et centralt problem i forbindelse med MTV er, at teknologivurderingen i realiteten oftest sættes i gang *efter* indførelsen af en bestemt teknologi på et bestemt område. Når en teknologi er indført, er investeringen foretaget, læger og sygeplejersker er blevet uddannet, der er opstået krav i befolkningen om adgang til netop den behandling osv. - Alle sammen forhold, der begrænser den politiske vilje til at foretage teknologivurdering og til at følge dens resultater.

Derfor er man i en række europæiske lande - nu også i Danmark - gået i gang med at udarbejde metoder til tidlig varsling og vurdering af medicinsk teknologi. Princippet er her, at man igennem overvågning af udviklingen i videnskabelige tidsskrifter, faglige konferencer, netværk i industri og behandlingssystemer osv. indhenter viden om, hvilke teknologier, der vil være klar til introduktion på markedet inden for 3-4 år. Det gør det ikke kun muligt at iværksætte vurderinger og inddrage de foreløbige resultater i planlægningen af sundhedsvæsenet, men tillige for industrien at tilrettelægge forskning og investeringer i forhold til den kommende udvikling (Poulsen m.fl. 1995).

Samtidig bør man dog også være opmærksom på, at værdien af MTV ikke alene kan bestemmes ud fra, hvor mange helstøbte og gennemsystematiske MTV'er, der gennemføres, hvor konklusionen fører til konkrete politiske initiativer. Værdien af MTV ligger også i udbredelsen af den *tankegang* eller den *indsigt*, at man er nødt til at undersøge en hel række aspekter af teknologiske forandringer inden for sundhedsvæsenet, for på den baggrund bedre at kunne tage stilling til, hvilke af disse forandringer der er ønskelige, og hvilke der ikke er det.

I lande som Sverige, Holland og England er man nået længere end i Danmark med hensyn til udviklingen af MTV og villigheden til at afsætte ressourcer til den type undersøgelser. I Danmark har der igennem de seneste ti år været nedsat en række udvalg med det formål at udbrede kendskabet til MTV. Senest har Sundhedsstyrelsen nedsat et udvalg for medicinsk teknologivurdering med start 1. januar 1995, der som noget nyt har et budget på 1 mio. kr. og dermed bl.a. har mulighed for selv at iværksætte teknologivurderingsprojekter. Blandt disse kan nævnes en undersøgelse af beta-

interf
janua
De
mark
sis ha

- M
hv
li
- M
lit
- M
ni
he
pe

MTV
på de
det or
af ove
for ar
hvem
Spø
relle i
En tel
stent
fatten
dring
ser; m
tegn
betyd
tekno
hvore
transp
San
ringer
til me
kring
M

interferon-behandling af patienter med dissemineret sclerose fra januar 1996.

De erfaringer, der indenfor de seneste år er blevet gjort i Danmark tyder på, at gennemførte teknologivurderingsprojekter i praksis har følgende virkninger:

- MTV kan foranledige projekter, der tager sigte på at undersøge, hvordan man bedst muligt distribuerer ny viden om behandlinger til såvel praksissektoren som hospitalsafdelinger.
- MTV kan føre til, at der gøres en større indsats for at sikre kvaliteten af behandlinger.
- MTV kan både direkte og indirekte påvirke de måder, beslutningerne træffes på i sundhedsvæsenet, ved at påpege de forhold der bør inddrages i overvejelserne om fordele og ulemper ved en bestemt disposition.

MTV kritiseres fra nogle sider for ikke at lægge tilstrækkelig vægt på de undersøgte teknologiers etiske aspekter (ten Have 1995). I det omfang etikken overhovedet inddrages i MTV, sker det i form af overvejelser over, hvilke etiske begrundede grænser der skal være for anvendelsen af en bestemt teknologi, f.eks. spørgsmålet om, hvem der skal tilbydes genetisk screening af befrugtede æg.

Spørgsmålet om teknologiens iboende værdimæssige og kulturelle indhold tages imidlertid sjældent op i forbindelse med MTV. En teknologi er ikke blot et neutralt redskab til løsning af et bestemt foreliggende problem. Den har også en bredere og mere omfattende betydning. Dels fordi den indebærer helt konkrete forandringer; teknologien kan f.eks. muliggøre nye typer af undersøgelser; man kan undersøge flere mennesker og evt. opdage sygdoms tegn på et tidligere tidspunkt; alle sammen forhold der har stor betydning for de berørte mennesker, deres pårørende osv. Dels fordi teknologien også kan medføre ændringer på det kulturelle plan; hvordan påvirkes vores opfattelse af livet og døden f.eks. af transplantationsteknologien og hjernedødsriteriet?

Samtidig knytter der sig en række problemer til teknologivurderingen som metode, problemer, der er med til at mindske tilliden til metoden som et redskab i den politiske beslutningsproces omkring sundhedsvæsenet:

Medicinsk teknologivurdering indebærer, som tidligere nævnt,

at man inddrager såvel de behandlingsmæssige som de organisationsmæssige, de sociale og kulturelle konsekvenser i en samlet vurdering af en bestemt teknologi. Denne brede tilgang er på sin vis både teknologivurderingens styrke og dens svaghed. Det er en styrke, fordi det er indlysende, at forskellige teknologier har en bred vifte af konsekvenser på mange forskellige niveau, og man derfor bør inddrage disse konsekvenser i en samlet stillingtagen til en bestemt teknologi. Det er samtidig en svaghed, fordi kravet om inddragelse af disse forskellige analyser i vurderingen er svært at leve op til, og det betyder, at man i det praktiske arbejde er nødt til at foretage forskellige afgrænsninger. Begrebet medicinsk teknologivurdering bliver dermed en samlebetegnelse for undersøgelser af meget forskelligt omfang og kvalitet. Det indebærer en svækkelse af respekten for teknologivurderinger og formentlig en deraf følgende manglende vilje til at inddrage dem i den politiske beslutningsproces.

Et andet problem er, at selv om MTV burde være det, vi i denne sammenhæng har kaldt et analytisk redskab, så fremstår resultaterne af MTV ofte som værdibaserede partsindlæg. Særligt syntesedelen af MTV kan næppe undgå at afspejle holdningerne hos den eller dem, der foretager vurderingen, og det begrænser muligvis anvendeligheden af MTV i den politiske beslutningsproces.

3.3 Beslutningsredskaber

De analytiske redskaber bør anvendes forud for enhver beslutning på det politisk administrative niveau i sundhedsvæsenet. Kun ved hjælp af disse eller lignende metoder, kan man danne sig et overblik, der gør en i stand til at træffe rationelle beslutninger. Selve beslutningen omfatter imidlertid også et normativt eller holdningsmæssigt element. Man slipper med andre ord ikke for at tage stilling til, hvad man synes er rigtigt og forkert. Det er i den forbindelse, man nogle steder har udviklet, hvad man kunne kalde beslutningsredskaber. Beslutningsredskaber har til formål at lette beslutningsprocessen ved at opstille lister over forhold, der bør inddrages i overvejelserne, eller ved ligefrem at opstille en holdningsbaseret rangordning af de forhold der bør indgå i beslutningerne.

3.3.1

I lan
såka
ling
skal
hvil
lerne
inde

De
prior
lerne
amte
delse

De
Det l
På de
delle
at be
vil in

3.3.1.

Den i
såkal
præci
stillin
hedsg

I 19
sere p
debæ
(dvs.
hvis c

Blau
ske pi
net ta
at der
patier
1995).

San

3.3.1 Prioriteringsmodeller

I lande som Norge, Holland og Sverige har man udviklet forslag til såkaldte prioriteringsmodeller. En prioriteringsmodel er en opstilling af nogle retningslinier for, hvordan prioriteringsbeslutninger skal træffes. De angiver, hvilke hensyn der må lægges vægt på, og hvilke der bør tillægges størst vægt. Samtidig indeholder modellerne bestemmelser om, hvorvidt en bestemt ydelse skal tilbydes inden for det offentligt finansierede sundhedsvæsen eller ej.

Der er i en dansk sammenhæng endnu ikke udviklet forslag til prioriteringsmodeller. Men principperne bag prioriteringsmodellerne går igen i de prioriteringsovervejelser, man har foretaget i amter som Fyns Amt og Storstrøms Amt i forbindelse med udarbejdelsen af såkaldte kontraktstrategier.

De udenlandske prioriteringsmodeller er nærmere beskrevet i Det Etske Råds debatoplæg om prioritering i sundhedsvæsenet. På dette sted vil *erfaringerne* med udviklingen af prioriteringsmodeller i Norge, Holland og Sverige blive beskrevet for derigennem at belyse styrker og svagheder ved denne type modeller. Desuden vil initiativerne fra Fyns Amt og Storstrøms Amt blive omtalt.

3.3.1.1 Den norske model

Den norske model kom frem allerede i 1987 som et resultat af det såkaldte Lønning-udvalgs arbejde. Den er siden blevet uddybet og præciseret i en Stortingsmelding fra 1994. Modellen består i en opstilling af 5 prioriteringsgrupper, der er baseret på lidelsens alvorlighedsgrad og på mulighederne for effektivt at behandle lidelsen.

I 1990 vedtog man som led i bestræbelserne på at operationalisere prioriteringsmodellen den såkaldte ventetidsgaranti. Den indebærer, at alle patienter, der placeres indenfor 2. prioritetsgruppe (dvs. tiltag som har katastrofale eller svært alvorlige konsekvenser, hvis de ikke iværksættes), skal behandles inden for 6 måneder.

Blandt de positive konsekvenser, som udarbejdelsen af den norske prioriteringsmodel har haft, er, at den offentlige debat har kunnet tage udgangspunkt i modellens retningslinier. Og ikke mindst at der i offentligheden har bredt sig en erkendelse af, at der er nogle patienter, som har større krav på behandling end andre (Stapnes 1995).

Samtidig er der imidlertid blevet sat spørgsmålstejn ved, om

Den norske model

Første prioritet gives tiltag, som er *nødvendige* i den forstand, at det har umiddelbart livstruende konsekvenser for den enkelte patient, patientgrupper eller samfundet som helhed, hvis de ikke iværksættes øjeblikkeligt.

Som eksempler på sygdomsgrupper og typer af sundhedsydelser under første prioritet nævnes: Akut opståede skader (f.eks. bughindebetændelse, trafikuheld o.lign), akut psykiatri, komplikationer i forbindelse med fødsel, alvorlige infektionssygdomme (AIDS, meningitis), katastrofeberedskab.

Anden prioritet gives tiltag, som er *nødvendige*, fordi det på længere sigt kan få katastrofale eller meget alvorlige konsekvenser for patienter, patientgrupper eller samfundet som helhed, hvis man undlader at iværksætte en behandling.

Eksempelvis nævnes: Behandling af personer med alvorlige kroniske lidelser, patienter med stort plejebehov ved kroniske lidelser, dele af den forebyggende sundhedstjeneste (svangerskabs- og spædbørnskontrol, skolesundhedstjenesten, genetisk vejledning og screening af højrisiko-grupper).

Tredje prioritet gives tiltag, som har en *dokumenteret nytteeffekt*. Konsekvenserne af, at man undlader at give den type behandlinger, er klart uønskede, men de er ikke så alvorlige som under første og anden prioritet.

Under dette niveau omtales behandling af „almindelige sygdomme“ som moderat forhøjet blodtryk, almindelige børnesygdomme, ukompliceret brok, åreknuder, moderate psykiske problemer, samt dele af sundhedstjenesten som fx arbejdsmedicin og sundhedsoplysning.

Fjerde prioritet er efterspurgte initiativer med *formodet sundheds- og livskvalitetsfremmende effekt*. De umiddelbare skadevirkninger ved ikke at iværksætte disse tiltag er klart mindre tungtvejende, end ved de tre første prioriteringsniveauer.

De sundhedsydelser, der tænkes på, er fx: Højteknologisk medicin med svagt dokumenteret nytteeffekt, fx rutinemæssig ultralydsscanning af gravide, kunstig insemination, IVF-behandling, rekreationsophold uden aktiv genoptræning.

Nul prioritet er et niveau for sundhedsydelser, som er efterspurgte, men som *hverken er nødvendige eller har en klart dokumenteret nytteværdi*. Det vil ofte være ydelser, der kan overlades til privatklinikker (f.eks. kosmetiske operationer uden medicinsk indikation).

På dette sidste prioriteringsniveau nævnes: Højteknologisk medicin uden kendt nytteeffekt, rutinemæssige specialundersøgelser (laboratorie og røntgen) på svage indikationer, dele af skolesundhedstjenesten (regelmæssig måling og vejning), specielle tilbud for konkurrenceidrætsudøvere, rutinemæssig sundhedskontrol og screening af raske personer uden forhøjet risiko.

(NOU 1987:23:95ff.)

priori
priori
kelte
vende
formu
ninge
Ind
centra
om, a
(Nord
stig be
blevet
opnå
Enc
sikre
variat
såled
fattet
73%
tryk f
læger
På l
nyt u
med l
veaue

3.3.1.2
Den n
foresl
som a
som f
sundl
filter

prioriteringsmodellen er anvendelig som et redskab i den konkrete prioritering i sundhedsvæsenet. Det har vist sig, at man i de enkelte fylker (amter) og på de enkelte sygehuse er uvillige til at anvende modellen konsekvent, og at de enkelte prioritetsgrupper er formuleret så bredt, at der gives rum for store variationer i fortolkningen af modellen fra det ene sted til det andet.

Indførelsen af ventetidsgarantien har samtidig bevirket, at det centrale slagsmål i det norske sundhedsvæsen er kommet til at stå om, at få forskellige typer af lidelser placeret i prioritetsgruppe 2 (Nordheim 1996). Således har den offentlige debat ført til, at kunstig befrugtning, der oprindeligt var placeret i prioritetsgruppe 4, er blevet omfattet af prioritetsgruppe 2, hvilket betyder, at man kan opnå ventetidsgaranti for denne type behandling.

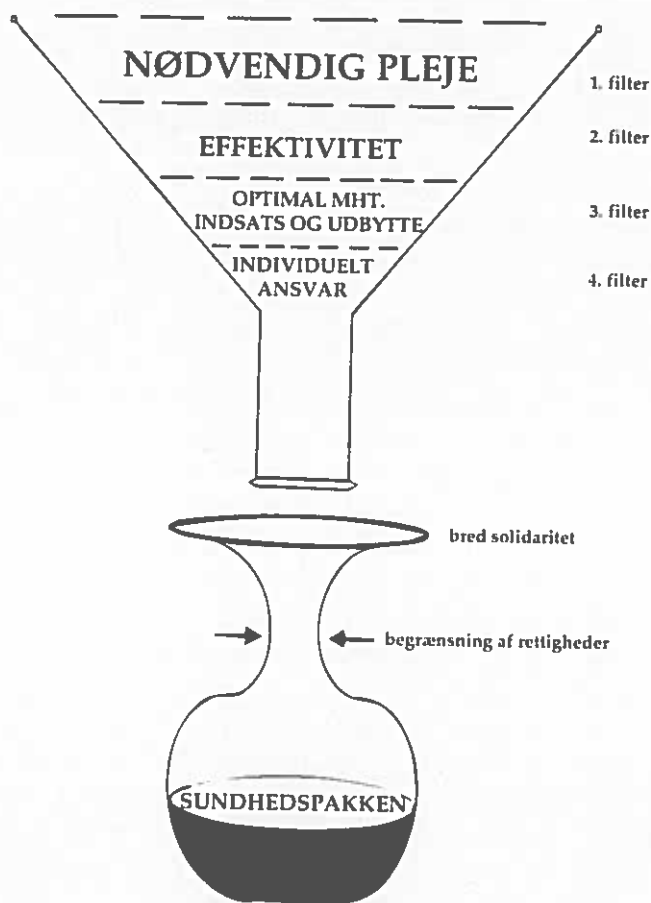
Endelig har udarbejdelsen af prioriteringsmodellen ikke kunnet sikre en geografisk ensartethed i prioriteringen. Der er således store variationer de enkelte fylker imellem. En opgørelse fra 1993 viste således, at 34% af alle nyhenviste patienter i nogle fylker blev omfattet af ventetidsgarantien, mens det samme tal i andre fylker var 73% (Stapnes 1995). Den store forskel på tallene må tages som udtryk for, at der er stor forskel på, hvordan de enkelte fylker eller lægerne i fylkerne definerer de forskellige prioritetsgrupper.

På baggrund af de senere års erfaringer er der i Norge nedsat et nyt udvalg (Lønning II udvalget), der i løbet af 1997 skal komme med forslag til retningslinier, der kan benyttes på forskellige niveauer.

3.3.1.2 Den hollandske model

Den model, som et udvalg nedsat af den hollandske regering i 1992 foreslog, går ud på at skabe en grundlæggende sundhedspakke, som alle får tilbudt. Ved siden af denne findes der sundhedsydelser, som folk selv må betale. For at blive optaget i den grundlæggende sundhedspakke skal en bestemt ydelse kunne passere gennem et filter med fire lag:

PRIORITERINGSREDSKABER



Derudover foreslog udvalget, at der blev gjort en indsats på to andre områder:

1. At mindske befolkningens efterspørgsel efter sundhedsydelser igennem kampagner om ikke at belaste sundhedsvæsenet unødigt.
2. At mindske lægers tilbøjelighed til at ordinere medicin og tilbyde undersøgelser i tilfælde, hvor det ikke er strengt nødvendigt. Bl.a. ved forsigtigt at indskrænke lægernes faglige selvbestemmelse og ved at ændre betalingssystemet, således at læger ikke længere skal modtage betaling per konsultation.

Reakti
bredt
offent
Imidle
tivt og
ler og
patien
system

3.3.1.3

Den sv
ske pr
efter a
høring
ske re
dens a
lov. De
om, h
terings
tioner

Den
dier, sc
hedsvæ
etiske
norske
strativ
Ifølg
hedsvæ
ninger

1. M
2. Be
3. O

Princip
syn til
tetspri
princip

Reaktionerne på det hollandske udvalgs forslag har været en udbredt modstand i befolkningen som helhed mod at indskrænke den offentligt finansierede sundhedspakke til de mest basale ydelser. Imidlertid har den hollandske lægeforening reageret meget positivt og har iværksat projekter med henblik på at opstille protokoller og retningslinier for lægers behandling af forskellige typer af patienter. Der er imidlertid ingen planer om at ændre på betalings-systemet (Dupuis 1995).

3.3.1.3 Den svenske model

Den svenske model er af langt nyere dato, idet den endelige svenske prioriteringsudredning *Vårdens svåra val* blev udgivet i 1995, efter at et udkast til redegørelsen havde været igennem en grundig høringsproces (SOU 1995:5). Der er således endnu ikke fra den svenske regerings side taget stilling til redegørelsen, f.eks. om nogle af dens anbefalinger skal indføres i den svenske *Hälso och sjukvårdslov*. Det er derfor vanskeligt på nuværende tidspunkt at sige noget om, hvilke konsekvenser formuleringen af den svenske prioriteringsmodel vil have, men man kan dog sige noget om, hvilke reaktioner den har fremkaldt i offentligheden og i sundhedsvæsenet.

Den svenske prioriteringsudredning opstiller først et sæt af værdier, som bør ligge til grund for tilrettelæggelsen af ydelserne i sundhedsvæsenet. Dernæst forsøger man at omsætte denne såkaldte etiske platform til en prioriteringsmodel, der adskiller sig fra den norske ved at skelne mellem prioritering på det politisk-administrative niveau og på det kliniske niveau.

Ifølge den svenske udredning består den etiske platform for sundhedsvæsenet af 3 principper, der bør ligge til grund for de beslutninger, der træffes:

1. Menneskeværdsprincippet
2. Behovs- eller solidaritetsprincippet
3. Omkostningseffektivitetsprincippet

Principperne er rangordnede, således at man først skal tage hensyn til menneskeværdsprincippet, derefter til behovs eller solidaritetsprincippet og endelig først til sidst til omkostningseffektivitetsprincippet.

På baggrund af denne platform opstilles der i udredningen følgende todelte prioriteringsmodel:

Den svenske model

Prioritering på det politisk-administrative niveau:

- I. Behandling af livstruende akutte sygdomme og sygdomme som uden behandling fører til varig invaliditet eller for tidlig død. Pleje og behandling af kroniske lidelser. Lindrende behandling ved livets slutning. Behandling af sygdomme som medfører nedsat autonomi.
- II. Befolkningsbaserede forebyggelsesinitiativer med dokumenteret effekt. Genoptræning.
- III. Behandling af mindre svære akutte og kroniske sygdomme.
- IV. Grænsetilfælde
- V. Behandling af andre årsager end sygdom.

Prioritering på det kliniske niveau:

- I A. Behandling af livstruende akutte sygdomme. Behandling af sygdomme, som uden behandling fører til varig invaliditet eller for tidlig død.
- I B. Behandling af svære kroniske lidelser. Lindrende pleje i slutningen af livet. Behandling af sygdomme, der medfører nedsat autonomi.
- II. Rehabilitering, hjælpemiddelforsyning, samt individbaseret forebyggelse, der ikke er en integreret del af behandlingssystemet.
- III. Behandling af mindre svære akutte og kroniske sygdomme.
- IV. Grænsetilfælde
- V. Behandling af andre årsager end sygdom.

(SOU 1995:5:155-157)

Den svenske udredning har siden den udkom i foråret 95 fremkaldt en omfattende debat. Den er fra forskellig side blevet kritiseret for at bevæge sig på et for overordnet plan og for ikke at rumme konkrete anbefalinger af, hvordan man bør handle i konkrete prioriteringssituationer. Fra anden side er den blevet kritiseret for urimelig nedprioritering af f.eks. behandling af ufrivillig barnløshed (Hermerén 1995).

Udredningen er imidlertid også blevet mødt med meget positive reaktioner både i offentligheden og inden for sundhedsvæsenet. Således har man i nogle landsting taget udredningens anbefalinger

vedrøre
eller be-
der har
gens anl

Det g
anbefal
sundhe

Til tro
get at u
og hoft
at denn
get syn
om, at
først. P
venteti
er for d

Samr
vis int
priorite
vis tilb

3.3.2 H

Man k
Norge,
lige ar
de det
de sig
om de

Mer
vurde
for de
inform
dan o
model
den fø
tilbaga
2 henl

En p

vedrørende behandling af barnløshed til sig og konkret afskaffet eller beskåret bevillingerne til denne type behandling. Andre steder har man på sygehusene forsøgt at operationalisere udredningens anbefalinger i forhold til den konkrete planlægning af driften.

Det generelle indtryk er således, at mange føler, at udredningens anbefalinger udgør et brugbart udgangspunkt for prioritering i sundhedsvæsenet.

Til trods herfor har man i den svenske Riksdag for nylig vedtaget at udvide den ventetidsgaranti, der hidtil har omfattet bl.a. knæ og hoftedoperationer. Det selv om det i udredningen påpeges, at denne form for opprioritering af behandlingen af bestemte meget synlige lidelser i en del tilfælde er i modstrid med princippet om, at det er dem, der har det største behov, der skal behandles først. På det seneste har der dog været tanker fremme om at afvikle ventetidsgarantien fra 1997, fordi man simpelthen vurderer, at den er for dyr.

Sammenfattende viser de svenske erfaringer således, at der en vis interesse inden for sundhedsvæsenet for at anvende prioriteringsmodellen, men at der fra politisk side samtidig er en vis tilbageholdenhed med at anvende den konsekvent.

3.3.2 Hvad kan modellerne bruges til?

Man kan spørge, om de prioriteringsmodeller, vi kender til fra Norge, Holland og Sverige, overhovedet kan anvendes i det daglige arbejde på det politiske, administrative og kliniske niveau? Gør de det på nogen måde lettere at træffe beslutninger, eller bevæger de sig på et for overordnet plan? Man kan med andre ord spørge, om de overhovedet fungerer som beslutningsredskaber.

Mere overordnet kan alle disse modeller, der baserer sig på en vurdering af forskellige patienters behov for behandling, udsættes for den kritik, at det er uklart, hvad man skal stille op med den information, at der er nogle, der har større behov, end andre. Hvordan omsættes den til konkrete prioriteringer? Betyder den norske model f.eks., at alle prioritetsgruppe 2 patienter skal behandles før den første prioritetsgruppe 3 patient? Hvis ikke så står man stadig tilbage med det problem, at dimensionere behandlingen af gruppe 2 henholdsvis gruppe 3 patienter på en rimelig måde.

En prioriteringsmodel, som man fra politisk hold giver tilslutning

til, kan imidlertid komme til at udgøre et pejlemærke for de daglige beslutninger, der skal træffes på forskellige niveauer i sundhedsvæsenet. Fra mange sider i det danske sundhedsvæsen efterlyses der i forbindelse med prioriteringsdebatten klarere politiske udmeldinger vedrørende målsætningen for driften af sundhedsvæsenet. Alligevel er de fleste imod at formulere håndfaste retningslinier for, hvordan der skal prioriteres. Men en prioriteringsmodel repræsenterer muligvis en passende formulering af målsætningen for en kompleks organisation som sundhedsvæsenet, fordi den indeholder angivelser af, hvilke hensyn der bør inddrages i prioriteringsovervejelserne.

Samtidig skal man være opmærksom på, at baggrunden for at formulere prioriteringsmodeller er, at der under alle omstændigheder bliver prioriteret rundt omkring i sundhedsvæsenet. Der er næppe tvivl om, at dette foregår efter en kompliceret proces, hvor mange forskellige forhold spiller ind. Nogle af disse synes umiddelbart urimelige, f.eks. den såkaldte „decibel-prioritering“. Når man i den svenske model placerer behandling af svære kroniske sygdomme, omsorg og pleje ved livets afslutning samt behandling af sindslidelser i første prioriteringsgruppe, skal det måske ses i sammenhæng med, at disse grupper af patienter har svært ved selv at fremføre krav og ønsker i offentligheden, og at prioriteringsmodellen således i en vis forstand skal kompensere for en uheldig udvikling, der så at sige er foregået af sig selv.

3.3.3 De danske amter

I Fyns Amt har man i de seneste 4 år opereret med et såkaldt kontraktstyringssystem, der går ud på, at der imellem sygehusene og amtet, og imellem sygehusledelsen og de enkelte afdelinger, indgås kontrakter om, hvor mange patienter der skal behandles indenfor en given ramme (Fink 1996). Disse kontrakter indeholder også bestemmelser om, hvordan der skal prioriteres imellem forskellige grupper af patienter i tilfælde af, at rammen ikke giver mulighed for at tilbyde alle patienter den optimale behandling.

Udgangspunktet for prioriteringen er, at man i første omgang skal behandle de patienter, der er ramt af de alvorligste sygdomme, og for hvem det vil have katastrofale konsekvenser, hvis de ikke

behandl
get i ma

Prioriter

- Beha
beha
- Beha
alvo
- Beha
teret
sekv
- Beha
litet
bud
teret

I praksis
hvad de
lagte på
lagt ræk
kun inde
rier for, l

I Stors
trakter r
kontrakt
konstate
stand til
kunne la
fra amtet
dan opg
udføre d

Fra Amtet

- 1. syge
- 2. den

behandles. Den fynske prioriteringsrækkefølge ligner i det hele taget i mange henseender den norske model:

Prioriteringsrækkefølgen er:

- Behandling af livstruende sygdomme og sygdomme med akutte behandlingsbehov.
- Behandling af sygdomme, hvor manglende tilbud kan medføre alvorlige konsekvenser på længere sigt.
- Behandling af sygdomme, hvor behandlingen har en dokumenteret nytteeffekt, og hvor manglende tilbud giver uønskede konsekvenser på længere sigt.
- Behandling af sygdomme, hvor der er en forbedring af livskvalitet og sundhed, men hvor konsekvenserne af manglende tilbud er mindre alvorlige end ved de behandlinger, der er prioriteret højere (Fink. op.cit)

I praksis betyder det, at når antallet af akutte patienter stiger udover, hvad der er forudsat i kontrakten, skal de elektive, dvs. de planlagte patienter eller ventelistepatienterne, nedprioriteres i en fastlagt rækkefølge. Disse prioriteringsanvisninger gælder imidlertid kun inden for de enkelte afdelinger. Der foreligger ikke klare kriterier for, hvordan der bør prioriteres *imellem* de enkelte afdelinger.

I Storstrøms Amt har man siden 1993 ligeledes opereret med kontrakter mellem amtet og de enkelte sygehuse. I forbindelse med kontraktforhandlingerne for 1995 og for 1996 har man ud fra en konstatering af, at der var et gab mellem de ressourcer, amtet var i stand til at bevilge, og de patientfremskrivninger, sygehusledelserne kunne lægge frem, startet en dialog omkring prioritering. Man har fra amtets side bedt sygehusledelserne komme med forslag til, hvordan opgaverne skulle prioriteres, når der ikke var mulighed for at udføre dem alle sammen.

Fra Amtets side tog man udgangspunkt i to kriterier for prioritering:

1. sygdommens sværhedsgrad
2. den dokumenterede nytteeffekt af behandlingen.

På den baggrund opstillede man en liste med 7 prioriteringskategorier. Listen ligner den norske model, men man har understreget listens vejledende karakter, og man valgte at gå bort fra at basere listen på bestemte diagnoser ud fra en erkendelse af, at der kan være store forskelle på behandlingsbehovet inden for de enkelte diagnoser:

1. akutte patienter
2. subakutte patienter
3. patienter truet på liv og førlighed
4. patienter med betydeligt forringet livskvalitet
5. patienter med reduceret livskvalitet
6. patienter med i nogen grad reduceret livskvalitet
7. ikke påkrævede eller uvirksomme behandlinger (Orebo Hansen 1996).

Erfaringerne fra Storstrøms Amt har bl.a. været, at disse initiativer har fremkaldt voldsom og ophedet debat. Det har fremkaldt mange følelsesladede indlæg, at man har diskuteret nedprioritering af behandlingen af konkrete lidelser. Derudover har der vist sig visse problemer med at omsætte prioriteringsmodellen i praksis; det har vist sig vanskeligt at indplacere alle patienter på 7 punkts-listen; det har vist sig, at de to kriterier alvorlighedsgrad og mulighederne for effektiv behandling i nogle tilfælde er modstridende; det har vist sig, at man muligvis har behov for at supplere disse kriterier med andre, der kan gøre én i stand til at træffe valg mellem patienter, der ud fra de to vedtagne kriterier står ens; og det har vist sig vanskeligt at tilvejebringe de nødvendige informationer om behandlingernes effekt og omkostninger til at kunne foretage regulære valg.

3.4 Det uundgåelige valg

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

Klinisk forskning er af stor betydning for prioriteringsprocessen,

fordi r
lige be
at i de
skade
lighed
tidig f
vælge
eller s
genne
tiver t
senet
beken
des at
Sur
serne
mulig
nem o
gevin
vigtig
på de
MT
af for
vigtig
for be
appal
ligele
sundl
ment
skelli
om, h
Fæ
at de
forbu
det b
ikke
skelig
ikke
De
jere g

fordi man derigennem kan få et overblik over virkningen af forskellige behandlinger og diagnostiske procedurer. Det er indlysende, at i det omfang der bruges ressourcer på uvirksomme eller endda skadelige behandlinger, da går disse ressourcer samtidig fra muligheden for at udføre andre mere virksomme behandlinger. Samtidig forekommer det at være et rimeligt prioriteringskriterium at vælge virksomme og effektive behandlinger fremfor uvirksomme eller skadelige. Det er imidlertid ikke kun et spørgsmål om, at der gennemføres forskningsprojekter, men også om at der tages initiativer til at sikre, at sundhedsprofessionelle overalt i sundhedsvæsenet igennem oprettelsen af databaser og efteruddannelse bliver bekendt med resultaterne af den seneste kliniske forskning, således at den ny viden kan bruges i klinikken.

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

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

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

Det betyder, at selv om man i det danske sundhedsvæsen i højere grad end i dag indstiller sig på at betjene sig af nogle af disse

redskaber, så forestår der stadig en vanskelig diskussion om, hvordan de enkelte beslutninger konkret skal træffes.

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

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

4.1

For a
net s
tilba
væse
prob

De
på de
stilli
mål
til hi

De
i sun
rere
søge
er ve
bred
tage
væse

Sp
nets
værd
ning
væse
er de
tet e