

# Prioritering i sundhedsvæsenet

Proceedings for debatdag den 22. februar 1996

Det Ethiske Råd og Amtsrådsforeningen i Danmark  
1996

---

## Indhold

### **Indledning: Prioritering i sundhedsvæsenet**

Professor Lars Nordskov Nielsen, formand for Det Ethiske Råd, læge, adjunkt Søren Holm, formand for Det Ethiske Råds arbejdsgruppe om etiske problemer vedrørende prioritering inden for sundhedsvæsenet og kultursociolog Anders Bildsøe Lassen, Det Ethiske Råds sekretariat

### **Velkomst**

Amtsborgmester Knud Andersen, Bornholms Amt, formand for Amtsrådsforeningens sygehusudvalg

### **Overvejelser om prioritering i sundhedsvæsenet**

læge, adjunkt Søren Holm, formand for Det Ethiske Råds arbejdsgruppe om etiske problemer vedrørende prioritering inden for sundhedsvæsenet

### **Prioriteringer i helsetjenesten. Eefaringer fra Norge**

Ole Frithjof Norheim, Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo og Fylkesjukehuset på Voss, kirurgisk afdeling

### **Efter prioriteringsutredningen. Svenska erfarenheter**

Göran Hermerén, professor i medicinsk etik, sakkunnig i prioriteringsutredningen i Sverige

### **Prioritering set fra amterne**

Niels Handskemager, formand for sundhedsudvalget i Nordjyllands Amt

### **Den konkrete anvendelighed af prioriteringsmodeller**

Cheflæge Paul D. Bartels, Randers Centralsygehus

### **Den konkrete anvendelighed af prioriteringsmodeller**

Chefsygeplejerske Mette Fink, Odense Universitetshospital

## **Erfaringer fra prioritering på amtsplan**

Sundhedsdirektør Peter Orebo Hansen, Storstrøms amt

## **Vi skal skabe en åben og ærlig debat**

Karen Højte Jensen, medlem af Folketinget for Det konservative folkeparti

## **Prioritering af sundhed/sygdom**

Direktør Thorkil Kjær, Astma-Allergiforbundet

## **Folkesundhed bør prioriteres**

Direktør Ingrid Due Pedersen, Gigtforeningen

## **Program for debatdag den 22. februar 1996**

---

# **Prioritering i sundhedsvæsenet**

## **Indledning**

Professor Lars Nordskov Nielsen  
formand for Det Ethiske Råd

Læge, adjunkt Søren Holm  
formand for Det Ethiske Råds arbejdsgruppe om etiske problemer vedrørende prioritering inden for sundhedsvæsenet

Kultursociolog Anders Bildsøe Lassen  
Det Ethiske Råds sekretariat

At prioritere betyder at vælge mellem forskellige alternativer; man prioriterer det ene fremfor det andet. Prioritering i sundhedsvæsenet betyder, at man blandt de mange opgaver, som sundhedsvæsenet varetager, prioriterer - dvs. vælger - at gøre en større indsats på ét område, en mindre - eller ingen - på et andet; at udvide på ét område og at indskrænke på et andet.

Debatten om prioritering i sundhedsvæsenet handler om, hvorledes denne prioritering bør foretages. Det er afgørende, at det som udgangspunkt erkendes, at der prioriteres hver eneste gang, der træffes beslutning om anvendelse af ressourcer; i og med at man anvender ressourcer på noget, afskærer man sig fra at bruge de samme ressourcer på noget andet. Medmindre vi har mulighed for at vedblive at øge den mængde ressourcer, der er til rådighed i sundhedsvæsenet, må vi derfor, hver gang vi træffer beslutning om en øget indsats eller en forøgelse af kapaciteten, samtidig beslutte os for, hvor vi vil gøre en mindre indsats, hvor vi vil indskrænke. Det er netop det, der er så vanskeligt.

For mange mennesker forekommer det umiddelbart helt uacceptabelt at skulle træffe beslutninger om begrænsning af indsatsen eller indskrænkninger, hvis det betyder, at der er nogle mennesker, der dermed ikke får den behandling og pleje, som de har behov for. De fleste mennesker er nok af den opfattelse, at sundhedsvæsenet er eller i hvert fald bør være i stand til at give hver enkelt de undersøgelser og den behandling og pleje, der er behov for.

Denne opfattelse er vel også i vid udstrækning rigtig. Hvis man ser sig omkring i sundhedsvæsenet, lægger man imidlertid hurtigt mærke til, at der er nogle mennesker, der ikke får den behandling og pleje, de har behov for, fordi der kun er begrænsede ressourcer at drive sundhedsvæsenet for. Når der er mennesker på venteliste til hofteoperationer, hjerteoperationer, operationer for grå stær mv.; når der er patienter på de medicinske afdelinger, der må sove på gangen; når man oplever, at lægen på afdelingen har travlt til at sætte sig ned og tale med patienterne om problemerne, så er det udtryk for, at der er begrænsede ressourcer, og at man inden for den ramme, der gives, har prioriteret opgaverne på en bestemt måde.

Man kan naturligvis diskutere, om den nuværende økonomiske ramme for sundhedsvæsenet på omkring 55 mia. kroner om året burde udvides. Hvis man fra politisk hold valgte at udvide denne ramme, ville prioriteringsproblemet blive mindre barsk, men det ville ikke blive fjernet. Der er principielt ingen grænser for, hvor mange penge man kan bruge på sundhedsvæsenet. Der vil altid være muligheder for at forbedre plejen, anskaffe nyt og mere avanceret apparatur, tilrettelægge bedre patientforløb med færre ventetider osv.

Man kommer med andre ord ikke uden om at prioritere. Det betyder dog ikke, at den samlede rammestørrelse er ligegyldig. Det må være afgørende, at den har en størrelse, der gør, at man ikke tvinges ud i uanstændige prioriteringer, der betyder, at folk ikke får en ordentlig behandling inden for en overskuelig tid.

### **Prioriteringen skal synliggøres**

Debatten om prioritering i sundhedsvæsenet handler ikke primært om at vælge mellem to patienter, hr. Hansen og fru Jensen, med hver deres personlige karakteristika. På det kliniske niveau, dvs. på afdelingen eller i klinikken, kommer sundhedspersonalet uden tvivl undertiden i situationer, hvor man må vælge, om den ene eller den anden patient skal have en bestemt behandling, fordi der ikke er mulighed for at give den til begge. Det gælder i hvert fald på intensiv-afdelinger og i forbindelse med organtransplantationer.

De fleste vil sikkert mene, at man i disse situationer må træffe det svære valg på baggrund af en overvejelse, der inddrager flere faktorer. Sygdommens alvor og mulighederne for effektiv behandling er oplagt relevante. Men måske kan man også i konkrete situationer inddrage andre forhold.

Derfra er der imidlertid langt til på samfundsmæssigt plan at formulere generelle prioriteringsprincipper, såsom f.eks. at en ikke-alkoholiker altid skal have behandling før en alkoholiker, eller at en familiefar altid skal have behandling før en enlig. Det er en udbredt opfattelse, at man skal afholde sig fra at udstikke denne type retningslinier for den kliniske praksis. Der synes ikke at være anden mulighed end at have tillid til sundhedspersonalets kvalificerede skøn i sådanne konkrete situationer.

Debatten om prioritering handler i lige så høj grad om at synliggøre, at prioritering finder sted. Ikke blot på det kliniske niveau, men også på andre niveauer i sygehusvæsenet, dvs. på afdelingen, i sygehusledelsen, på amtsplan i sundhedsforvaltningen og i amtets sygehusudvalg og endelig også på statsligt niveau.

Prioriteringen skal synliggøres både udadtil i forhold til offentligheden og indadtil i forhold til de mennesker, som til daglig skal træffe beslutninger på forskellige niveauer i sundhedsvæsenet.

Den skal synliggøres udadtil, fordi befolkningen har krav på indblik i, hvilke beslutninger der træffes. Mange mennesker har i årevis gået rundt og troet, at sundhedsvæsenet var i stand til at levere alt det, der var behov for. De må oplyses om, at der i sundhedsvæsenet, ligesom i enhver anden organisation, foretages prioriteringer, der har betydning for, hvilke ydelser folk kan få.

Den skal også synliggøres indadtil, fordi det er vigtigt, at prioriteringsbeslutninger bliver identificeret som det, de er, nemlig valg mellem identificerbare alternativer. Som det er i dag, har mange på forskellige niveauer i beslutningsprocessen en oplevelse af, at der kun sjældent opstilles reelle valg; at man med andre ord for det meste vælger til uden at være klar over, hvilke muligheder der samtidig

bliver beskåret.

Denne synliggørelse løser naturligvis ikke nogen problemer i sig selv. Men i kraft af, at man bliver klar over, at der til ethvert tilvalg også må høre et fravalg, tvinges man til at diskutere, hvordan man bør prioritere. Man tvinges til på forskellige niveauer at diskutere, hvilke kriterier der kan anlægges, og hvilke beslutninger der kan træffes. I dag er det sådan, at mange mennesker, når de på forskellige niveauer i beslutningsprocessen konfronteres med prioriteringsspørgsmål, med god grund føler, at de står alene overfor disse spørgsmål. Der er ikke udviklet en konsensus, man kan trække på i konkrete situationer, netop fordi man hverken internt i sundhedsvæsenet eller i offentligheden har diskuteret prioriteringsproblemerne til bunds. Det er utilpashed med denne situation, der er baggrunden for, at man ofte hører repræsentanter for sundhedsvæsenet efterlyse klarere udmeldinger fra politisk side med hensyn til målsætningen for sundhedsvæsenet.

Debatten om prioritering i sundhedsvæsenet må således baseres på en opfattelse af, hvilke målsætninger der kan opstilles for sundhedsvæsenets virke. Desuden må man afklare, hvordan disse målsætninger skal omsættes i praksis i de valg mellem identificerbare alternativer, man står overfor i det daglige arbejde på forskellige niveauer i sundhedsvæsenet.

### **Etisk prioritering**

Hvad vil det sige, at prioriteringen bør være etisk orienteret, eller at den bør hvile på et etisk grundlag? Egentlig vil det blot sige, at prioriteringen bør hvile på overvejelser over, hvad der er rigtigt, og hvad der er forkert. Det kan måske indfanges i den formulering, at prioriteringen bør være retfærdig.

Etik betød ligesom moral oprindeligt skik eller sædvane. I dag bruges begreberne ofte som synonymmer for opfattelser af, hvordan man som menneske bør handle overfor andre mennesker og overfor omgivelserne. For nogle er der imidlertid forskel på moral og etik. For dem er moral en betegnelse for de holdninger, der gør sig gældende i vores dagligdag, mens vi omgås andre mennesker, og som er afgørende for, hvordan vi umiddelbart synes eller føle, vi kan og bør handle i forskellige sammenhænge. Omvendt er etik for disse mennesker en betegnelse for de principielle begrundelser, vi vil give for vores holdninger, og for diskussionen af forskellige typer af begrundelser. Til etikken hører dermed også det, man på universiteter og lærestudier beskæftiger sig med under betegnelser som praktisk etik eller moralfilosofi.

Hvis vi accepterer denne skelnen mellem moral og etik, bliver det klart, at det vi søger efter, når vi diskuterer etik i forhold til prioritering i sundhedsvæsenet, ligger imellem moralen og etikken. Det, vi søger efter, er med andre ord dels noget, vi kan stå inde for, fordi vi synes og føler, at det er rigtigt, dels noget vi er villige til at begrunde, hvis der skulle vise sig at være nogen, der er uenige med os.

De valg, der skal træffes i forbindelse med prioritering i sundhedsvæsenet, er jo ikke trivielle valg. Det er valg, der kan have meget alvorlige konsekvenser for en række mennesker, fordi de kan betyde, at de skal vente længere tid på en bestemt behandling, eller de må affinde sig med et lavere serviceniveau på bestemte områder, fordi man har valgt at opprioritere andre behandlinger og områder. Derfor er det meget vigtigt, at det er de rigtige valg, der bliver truffet, at det med andre ord er valg, vi kan stå inde for, og som vi er villige til at forsvare, hvis nogen skulle hævde, at de var forkerte.

Det handler derfor om at finde frem til, hvad vi virkelig kan stå inde for; hvad vi virkelig mener er rigtigt og forkert, og som vi kan være fælles om i hele eller dog den overvejende del af befolkningen. Debatten om prioritering i sundhedsvæsenet er derfor også præget af et håb om, at der et eller andet sted i vores fælles baggrund skulle findes en fælles kerne af værdier, som kan gøre os i stand til at træffe gode og rigtige afgørelser på disse spørgsmål.

Det er imidlertid ikke indlysende, at der overhovedet findes et sæt eller en kerne af værdier, vi alle kan blive enige om. Der findes måske nok værdier som lighed, retfærdighed, solidaritet, menneskeværld osv., som vi alle på et overordnet plan kan tilslutte os. Men når det kommer til derfra at udlede retningslinier for, hvilke afgørelser man bør træffe i konkrete prioriteringssituationer, så kniber det mere. Hvad kan vi f.eks. ud fra lighedsbegrebet sige om, hvorvidt man skal udvide antallet af sengepladser på intensivafdelingen fremfor at investere i nyt scanningsudstyr? Hvordan udleder vi af et

solidaritetsprincip, dvs. et princip om at hjælp skal ydes til dem, der har hjælp behov, retningslinier for, om man skal indføre meget kostbare medicinske behandlinger for bestemte lidelser, når det uundgåeligt betyder, at der er andre mennesker med andre behov, der ikke bliver tilgodeset. Herunder eventuelt mennesker, der ikke kan behandles kurativt, men har behov for øget omsorgsmæssig indsats?

Det betyder ikke, at vi skal afholde os fra at snakke om værdier. Tværtimod skal vi diskutere, hvad der ligger i forskellige værdier, hvordan de er relevante i forhold til forskellige konkrete problemstillinger osv. Men vi skal ikke tro, at vi igennem debatten kan blive enige om et sæt af værdier eller nogle generelle principper, der kan gøre det let at træffe disse prioriteringsbeslutninger.

Debatten om etik og prioritering inden for sundhedsvæsenet handler således ikke blot om at finde frem til et sæt værdier, som vi overordnet set kan tilslutte os, men i lige så høj grad om at udruste os til på det mere jordnære plan at diskutere, hvad der i forskellige konkrete situationer er rigtigt og forkert; hvad der er retfærdigt og uretfærdigt.

## **Prioriteringsredskaber**

I de konkrete situationer, hvor man på forskellige niveauer i sundhedsvæsenet skal træffe beslutninger om anvendelse af ressourcer, kan man have brug for at benytte sig af prioriteringsredskaber.

Man kan her skelne mellem analyseredskaber og beslutningsredskaber.

## **Analyseredskaber**

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? I hvilken udstrækning tilvejebringer sundhedsvæsenet det, befolkningen efterspørger? Hvilken effekt har forskellige behandlinger? Hvilken betydning har indførelsen af en bestemt teknologi (behandlingsteknologi eller administrativ teknologi) på sundhedsvæsenets udvikling?

Analyseredskaber omfatter metoder som medicinsk teknologivurdering, sundhedsøkonomiske analyser og analyser af resultaterne af klinisk kontrollerede forsøg med forskellige behandlinger. Medicinsk teknologivurdering er en metode, der søger at inddrage en hel række aspekter af en bestemt teknologi i forsøget på at sige noget om, hvilke konsekvenser indførelsen af en bestemt teknologi har. Som sådan omfatter medicinsk teknologivurdering også både sundhedsøkonomiske analyser og analyser af behandlingernes effektivitet. Centralt i medicinsk teknologivurdering er imidlertid en bestræbelse på at koordinere resultaterne af forskellige typer af analyser for på den baggrund at sige noget samlet om de sundhedsmæssige og samfundsmæssige konsekvenser af teknologien.

Sundhedsøkonomiske analyser er analyser, der har til formål at sammenligne omkostninger og udbytte ved forskellige ressourceanvendelser for at nå frem til, hvordan man opnår den størst mulige gevinst af de anvendte ressourcer. Inden for de sundhedsøkonomiske analyser opererer man f.eks. med de såkaldte kvalitetsjusterede leveår (QALYs) som et mål for den nytte, der kommer ud af forskellige behandlinger. Disse analyser er stærkt kontroversielle, ikke mindst fordi de bygger på en forestilling om, at man kan sammenligne værdien af forskellige behandlinger for forskellige mennesker. Ikke desto mindre udgør de et vigtigt redskab i prioriteringsdebatten, fordi de fokuserer på, at ressourcerne kan anvendes på forskellige ting, og at man derfor er nødt til at overveje forskellige alternativer.

Endelig udgør analyser af forskellige behandlings effektivitet et helt afgørende element i bestræbelserne på at fastlægge en ordentlig prioritering i sundhedsvæsenet. Det er kun en del af de behandlinger, der udføres på danske sygehuse, der er bevist effektive. Det betyder ikke, at de øvrige behandlinger ikke er effektive, men det betyder, at for en stor dels vedkommende har man ikke nogen sikker viden om, hvorvidt de faktisk er effektive eller ej. Derfor er det meget vigtigt, at der dels udføres klinisk kontrollerede forsøg, der kan fastslå, om de behandlinger, der tilbydes, har positive virkninger eller ej, dels at den viden, der opnås her igennem, samles og koordineres og derefter udbredes, således at den nye viden kommer til at indgå i grundlaget for arbejdet på de enkelte sygehuse. Det er jo indlysende, at hvis der ikke er penge til at gøre alting, så er det godt at begynde med at afstå fra at gøre det, der er virkningsløst, eller som måske endda har skadelige virkninger.

Fælles for disse analyseredskaber er altså, at de tilvejebringer en viden, der er helt afgørende for, at beslutningstagere på forskellige niveauer kan foretage kvalificerede og velovervejede valg.

## **Beslutningsredskaber**

Beslutningsredskaber er metoder, der - ideelt set efter at ovennævnte overblik over området er tilvejebragt - giver politikere, forvaltningsledelser, læger mm. anvisninger på, hvilke principper man skal følge, når der skal træffes beslutning i en konkret situation.

Beslutningsredskaberne omfatter bl.a. de såkaldte prioriteringsmodeller, der er udviklet i lande som Norge, Holland og Sverige inden for de seneste år. Disse modeller indeholder angivelser af, hvordan man bør prioritere mellem behandlingen af forskellige typer lidelser. F.eks. at akutte livstruende lidelser skal behandles før kroniske lidelser osv. I den forstand udgør disse modeller et forsøg på at formulere nogle målsætninger for driften af sundhedsvæsenet. (For en grundigere gennemgang af disse modeller se DER's debatoplæg om prioritering i sundhedsvæsenet, Det Etske Råd 1995).

Modellerne er indbyrdes forskellige, men ligner dog hinanden i, at de alle sætter en række overordnede sygdomskategorier i forhold til hinanden. Netop fordi de opererer med overordnede kategorier såsom "akutte livstruende sygdomme" eller "tiltag med dokumenteret nytteeffekt", har erfaringerne dog vist, at de er meget vanskelige at omsætte og anvende i praksis.

Ikke desto mindre rummer de en mulighed for at komme med politiske udmeldinger om målsætningen for sundhedsvæsenets virke. Et bemærkelsesværdigt træk ved den svenske prioriteringsmodel er f.eks., at den i første prioriteringsgruppe nævner behandling af svære kroniske sygdomme, omsorg og pleje ved livets afslutning samt behandling af psykiatriske lidelser. Dermed rummer modellen et budskab om, at man i konkrete prioriteringssituationer skal være opmærksom på de behov, der er inden for netop disse områder.

Der er i dansk sammenhæng ikke udviklet tilsvarende modeller. I enkelte amter har man dog forsøgsvist drøftet mulighederne for at opstille lister over, hvordan behandlingen af forskellige lidelser bør prioriteres i forhold til hinanden.

Både analyseredskaber og beslutningsredskaber kan være anvendelige i bestræbelserne på at danne sig et overblik over, hvilke beslutninger der skal træffes, og hvilke forhold der bør indgå i overvejelserne, når man skal træffe beslutninger.

Det er imidlertid vigtigt at være opmærksom på, at disse redskaber ikke "løser" prioriteringsproblemet. De hjælper på vej. Men der vil fortsat stå spørgsmål tilbage, som ikke har nogen præcis løsning, men som kræver konkret vurdering. Ved at diskutere de konkrete situationer, de overordnede principper, de grundlæggende værdier, giver vi imidlertid beslutningstagerne et bedre grundlag for at prioritere på en velovervejet og samvittighedsfuld måde.

---

## **Velkomst**

### **Amtsborgmester Knud Andersen**

formand for Amtsrådsforeningens sygehusudvalg

Jeg vil gerne på Amtsrådsforeningens og Det Etske Råds vegne byde Jer velkommen til denne konference med det overordnede tema: "Findes der rationelle kriterier for prioritering i sundhedsvæsenet?" og "Hvem skal prioritere og hvordan?"

Nogenlunde de samme spørgsmål blev stillet på den prioriteringskonference, Amtsrådsforeningen og Det Etske Råd afholdt for ca. to et halvt år siden. Men spørgsmålene er stadig lige aktuelle, og det vil de nok blive ved med at være. For jeg tror ikke, at der findes et entydigt svar.

Et spørgsmål, som man kan svare entydigt på, er, hvem der skal prioritere. Der er for mig ikke tvivl om, at dette er en politisk opgave. At overlade det til folkeafstemning at bestemme, hvilke ydelser, der

skal prioriteres højest i sundhedsvæsenet, vil være at flygte fra vores politiske ansvar.

Men spørgsmålet er, om vi som politikere overhovedet ønsker at tage disse beslutninger. Nogle vil måske sige, at vi ikke tør tage debatten.

Indtil nu er de politiske beslutninger omkring prioritering i hvert fald holdt på et plan, hvor et fravalg af visse ydelser ikke berører behandling af egentlige sygdomme i traditionel forstand. Det, der nogle steder er valgt fra, er f.eks. kosmetiske operationer og insemination af lesbiske.

Men dette handler lige så meget om en diskussion om, hvad der egentlig er en sygehusopgave og ikke så meget om egentlig medicinsk prioritering.

Når jeg så siger, at det er et spørgsmål, om vi politikere egentlig ønsker at prioritere, hænger det lige så meget sammen med, at vi i Danmark har det princip, at alle uanset økonomisk formåen skal have lige adgang til sundhedsydelser. Eller måske nærmere, at vi skal have ret til at blive behandlet, når vi er syge. Det ligger simpelthen i hele vores kultur.

Og selv om vi ved, at ressourcerne er begrænsede, viser udviklingen inden for den medicinske teknologi, at der faktisk behandles flere og flere lidelser. Sygdomme, der ikke tidligere blev behandlet overhovedet, sættes der nu ind overfor. Dette giver naturligvis befolkningen en berettiget forventning om at blive behandlet, når tilbuddet er der.

Når det derfor ligger i vores kultur, at syge mennesker skal behandles, kan man diskutere, om ikke prioriteringsopgaven nærmere skal gå ud på at finde ud af, hvilke behandlingsformer der er effektive, og så fravælge de ineffektive. Dette frem for at sige, at nu udfører vi x antal hofteoperationer frem for y antal hjerteoperationer.

Jeg tror, at en sådan vurdering af effektiviteten af de enkelte behandlingsformer er en uundgåelig og helt nødvendig del af prioriteringsdiskussionen. Disse vurderinger skal selvfølgelig foretages af fagfolk.

Indførelsen af det frie sygehusvalg er også en del af prioriteringsdebatten. Konkrete prioriteringsbeslutninger eller fravalg af bestemte behandlingsformer i et amt kan gøres illusoriske, hvis de samme tilbud findes og kan vælges andre steder.

Hermed mener jeg ikke, at prioritering inden for sundhedsvæsenet skal foretages fra centralt hold - det er fortsat en amtsopgave at sikre befolkningen et tilfredsstillende sundhedsvæsen og foretage den nødvendige prioritering inden for de givne ressourcer.

Et af de andre overordnede spørgsmål, der stilles i dagens tema, er: "Findes der rationelle kriterier for prioritering i sundhedsvæsenet?"

Her er det jo interessant, at det - hvis man sætter det højt - nok kun er ca. 1 % af den danske befolkning, der egentlig diskuterer prioritering inden for sundhedsvæsenet, og typisk foregår diskussionen på et højt teoretisk plan.

Men hvad der er rationelt og etisk forsvarligt på et teoretisk plan, er ikke det samme, som det er på det rent individuelle plan. De, der er syge, vil til enhver tid synes, at det er en forkert prioritering, hvis de vælges fra.

Så teoretikerne og patienterne vil uundgåeligt have helt forskellige udgangspunkter.

Jeg håber dagen i dag kan være med til at sikre en fortsat debat om prioritering inden for sundhedsvæsenet.

At debattere og diskutere vilkårene for de politiske beslutninger, er et helt essentielt element i vores demokrati.

Det skulle glæde mig, hvis debatten i dag kunne få et større folkeligt islæt, end vi normalt ser i

prioriteringsdebatten.

Med disse ord vil jeg endnu engang byde alle hjertelig velkommen til denne konference.

---

## **Overvejelser om prioritering i sundhedsvæsenet**

Læge, adjunkt Søren Holm  
formand for Det Ethiske Råds arbejdsgruppe om etiske problemer vedrørende prioritering inden for sundhedsvæsenet

### **Introduktion**

Det Ethiske Råd udgav i februar 1995 et debatoplæg om prioritering i sundhedsvæsenet. Dette oplæg indeholdt dels en påpegnings af, at prioritering på dette område allerede foregår i dag, og at dette ikke altid sker på den mest hensigtsmæssige måde, dels en gennemgang af de prioriteringsmodeller, der er blevet udviklet i Norge, Sverige og Holland.

Siden Det Ethiske Råd udgav dette debatoplæg, har debatten om prioritering været fremtrædende i medierne. Nogle har sagt, at bare tanken om at prioritere sundhedsydelser er udansk, og andre har hævdet, at prioriteringsdebatten kun er et skalkeskjul for det virkelige formål, som er nedskæring og besparelser.

Det er næsten unødvendigt at nævne, at Det Ethiske Råd ikke deler disse opfattelser.

Prioriteringsdebatten er nødvendig, fordi prioritering rent faktisk foregår (og altid har foregået). Og den er også nødvendig i økonomiske opgangstider, fordi vi jo så skal til at prioritere, hvor aktivitetsudvidelserne skal ske.

Samtidig er der mange områder, hvor prioritering af ressourcer ikke er prioritering af økonomisk ressourcer, og altså ikke drejer sig om penge. Det gælder f.eks. hele transplantationsområdet.

Nogle, heriblandt den nu afgangende medicinaldirektør, hævder, at "den eneste prioritering, der skal foretages, er stillingtagen til, hvad der er godt for patienten". Hvis man tager dette synspunkt alvorligt, betyder det, at der hverken på det kliniske niveau, eller på det politisk/administrative niveau, må prioriteres på en sådan måde, at nogen patient forholdes effektiv behandling for sin sygdom. Et sådant mål er ikke bare urealistisk inden for den nuværende økonomiske ramme, det er også urealistisk, selv hvis man forestillede sig rammen fordoblet eller tredoblet. Man vil altid kunne gøre lidt mere for patienterne eller rette lidt mere op på den geografiske ulighed, som sygehusplaceringen forårsager.

Siden debatoplægget fremkom, har Det Ethiske Råds arbejdsgruppe om prioritering i sundhedsvæsenet arbejdet videre med problemerne. Vi har haft møder med beslutningstagere og interessegrupper, og vi har deltaget i mange debatemøder rundt omkring i landet.

Det, vi præsenterer her i dag, er en række foreløbige overvejelser, som har indgået i arbejdsgruppens arbejde. Det Ethiske Råd har endnu ikke taget stilling til disse overvejelser, men vi forventer, at Rådet inden udgangen af 1996 vil fremkomme med en endelig redegørelse om prioritering i sundhedssektoren.

### **Hvad er sundhedsvæsenets mål?**

En nødvendig forudsætning for at diskutere prioritering på en rationel måde er, at vi gør os klart, hvilket mål vi søger at opnå gennem anvendelsen af de ressourcer, der er til rådighed. Hvis målet ikke er klart, er det umuligt at gøre rede for, hvilke af de mange mulige alternative anvendelser, der er den bedste anvendelse af ressourcerne. Vi kan kun tale om effektivitet i forhold til på forhånd givne mål. Hvis vi ikke ved, hvad målene er, har begrebet effektivitet ingen mening, idet det jo netop handler om at få mest muligt (bedst mulig målopfyldelse) ud af en given mængde ressourcer.



Problemet her er, at det danske sundhedsvæsen har mange forskellige mål, selv hvis man indskrænker sig til at tale om hospitaler, praktiserende læger og hjemmepleje.

Hovedmålet kan måske bedst beskrives som forbedring i sundhedsstatus samt lindring af smerter og ulemper. Men mange andre relevante mål forfølges også som f.eks. generelt forbedret livskvalitet, forbedret social funktion, mulighed for en værdig død mm. Nogle af disse mål kan opfattes som instrumentelle mål, dvs. som redskaber i forfølgelsen af andre, højere mål; men det er ikke sikkert, at vi i samfundet kan nå til enighed om, hvilke af målene som er instrumentelle, og hvilke som er mål i sig selv.

Samtidig spiller et begreb om lighed en stor rolle som begrænsende faktor for, hvorvidt man kan gå i forfølgelsen af et enkelt delmål. I det danske samfund mener vi grundlæggende, at alle har lige ret til behandling, og en afvigelse fra dette for at opnå bedre effektivitet vil altid skulle begrundes. Men selv dette tilsyneladende enkle lighedshensyn kan i virkeligheden forstås på flere forskellige måder, idet det, udover at vedrøre adgangen til behandling, også kan vedrøre behandlingsindsatsen eller behandlingsresultatet.

Alle målene kan måske i sidste ende henføres til et grundlæggende princip om lige menneskeværd, men dette princip kan ikke i praksis klargøres på en sådan måde, at det kan anvendes som et direkte prioriteringsprincip.

Vi mener derfor ikke, at disse forskellige mål meningsfuldt kan reduceres til et enkelt mål som f.eks. bedst mulig sundhedsstatus eller livskvalitet. Som minimum må der altid tages hensyn til målene lighed og at der er et rimeligt forhold mellem de resultater, der opnås, og de omkostninger, der er forbundet med en bestemt behandling. På grund af den rolle, sundhedsvæsenet spiller i det danske samfund, er det heller ikke muligt at bortskære enkelte af målene og sige, at de er betydningsløse.

Men det betyder ikke, at vi skal opgive tanken om en rationel prioriteringsdiskussion. Der må ske en afvejning, hvor nogle delmål tillægges større værdi end andre.

Inden for de enkelte sektorer af sundhedsvæsenet kan det være muligt at identificere enkelte mål som vigtigere end andre, og i alle tilfælde kan man opgøre resultatet af en prioriteringsbeslutning ud fra, hvordan den påvirker de enkelte mål. Det er bl.a. her, at sundhedsøkonomiske redskaber kan medvirke til at klargøre valgsituationer ved at afklare konsekvenserne af de forskellige valg (prioriteringer), idet de helt præcist kan vise, hvad det er, vi ofrer eller vinder i form af sundhedsstatus, leveår eller livskvalitet, når vi vælger én anvendelse af de til rådighed værende midler frem for en anden.

At vi så ikke i sidste ende kan få et utvetydigt svar på, hvordan en given forbedring i sundhedsstatus skal vægtes mod en given forringelse i lighed, men at vi bliver nødt til at vælge, er et vilkår, vi må leve med. Vi kan ikke forvente, at formelle beslutningsteoretiske modeller skal give os svaret.

I den fase, hvor vi afklarer målene for de enkelte sektorer i sundhedsvæsenet, er det vigtigt at være opmærksom på, at nogle af disse mål bedst forfølges gennem initiativer, som ikke er egentlig behandling. Pleje, omsorg, tryghed og nærhed til familie og venner bidrager alle til, at patientens sundhedstilstand og livskvalitet forbedres. Det at gøre noget godt for patienterne indeholder langt flere aspekter end bare det rent behandlingsmæssige.

Det, der må gøres, er altså, at vi inden for hver enkelt sektor i sundhedsvæsenet fastlægger et overordnet mål, som derefter specificeres i konkrete delmål for aktiviteten, som yderligere kan udspecificeres i endnu mere konkrete handlingsanvisninger til administratorer og sundhedspersonalet.

### **Medicinsk teknologivurdering**

Som led i en analyse af, hvordan vi bedst forfølger de mål, vi definerer for sundhedsvæsenet, er det også nødvendigt at se kritisk på de enkelte behandlingsmetoder og undersøge, om de rent faktisk giver et positivt bidrag til f.eks. livskvalitet eller sundhedsstatus. Dette er nødvendigt, både når vi overvejer at indføre nyudviklede behandlingsmetoder, og når vi overvejer, hvilke af de nuværende behandlingsmetoder vi skal blive ved med at betale for. Der er mange behandlingsmetoder, der er blevet indført på et tidspunkt, hvor kravene til dokumentation for effektivitet ikke var så høje, som de

er i dag, og for nogle af dem kan det være relevant at foretage en undersøgelse af, om de rent faktisk virker efter hensigten.

En sådan evaluering af behandlingsmetoder og undersøgelsesmetoder kræver både ny original forskning, og sammenfatning af allerede eksisterende forskningsresultater i form af medicinsk teknologivurdering, meta-analyser mv. Disse metoder er ikke problemfrie og kan heller ikke i sig selv give svaret på, om en given teknologi skal anvendes eller ikke, men de giver et bedre og mere ensartet grundlag for en beslutning om indførelse eller afskaffelse.

Vi mener derfor, at indsatsen på MTV området bør intensiveres, og at der bør indføres mekanismer, så kun behandlings- og diagnosemetoder, som er vist effektive, kan indføres og anvendes i det danske sundhedsvæsen.

Samtidig er det klart, at medicinsk teknologivurdering kun kan få den ønskede virkning, hvis resultaterne kommunikerer til alle beslutningstagere i sundhedsvæsenet. Desuden må der indføres mekanismer, så det bliver muligt at føre kontrol med, at metoder og teknikker, som efter en medicinsk teknologivurdering ikke kan anbefales, ikke alligevel indføres ad bagvejen.

### **Prioritering på forskellige niveauer**

I debatten er det meget vigtigt at holde sig for øje, at prioriteringsbeslutninger tages både på det overordnede politisk/administrative niveau, og på det kliniske niveau i mødet mellem patient og behandler.

Det er ikke nødvendigvis sådan, at de samme prioriteringskriterier er hensigtsmæssige/ønskelige på begge niveauer. Men det er klart, at der kan opstå store problemer, hvis den kliniske/sundhedsfaglige prioritering afviger væsentligt fra den politisk/administrative prioritering, som er fastlagt i budgettet.

Den politisk/administrative prioritering må tage sit udgangspunkt i prioritering mellem patientgrupper, hvor den enkelte patient ikke er kendt, og hvor prioriteringsbeslutningen kun kan baseres på viden om gruppernes statistiske karakteristika.

På dette niveau er det nødvendigt at lægge stor vægt på princippet om lige menneskeværd og at sørge for, at dette princip både symbolsk og i praksis får indflydelse på prioriteringerne. Det vil f.eks. være i direkte modstrid med dette princip, hvis man i sin planlægning forudsætter, at patienter over en vis alder ikke skal have adgang til et bestemt behandlingstilbud.

På det kliniske niveau er patienterne identificerbare som personer med hver deres personlige karakteristika. Samtidig opstår der på dette niveau en gang imellem situationer, hvor det er nødvendigt at vælge mellem to patienter med samme medicinske behov for behandling. Hvis man direkte forbyder valg efter andre kriterier end medicinsk behov, vil det føre til, at valget enten må foretages ved lodtrækning, eller at de forbudte prioriteringskriterier vil snige sig ind og blive brugt i det skjulte.

Hvis man f.eks. beslutter, at alder aldrig må bruges som prioriteringskriterium (med mindre det har direkte medicinsk relevans), vil det naturligvis ikke medføre, at alder ikke vil blive brugt, hvis f.eks. 2 lige syge patienter er i konkurrence om den sidste plads i intensivafdelingen. Det vil kun medføre, at anvendelsen af et alderskriterium ikke vil blive lagt åbent frem.

### **Prioritering i et demokrati**

Den overordnede prioritering i det danske sundhedsvæsen er i sidste ende et politisk spørgsmål, og selv om man kan forsøge at opstille prioriteringskriterier og modeller, kan de altid kun være vejledende. De kan ikke i sig selv give det endelige svar.

På grund af processens politiske karakter er det nødvendigt, at der forud for prioriteringsbeslutninger tilvejebringes så fyldestgørende en information som muligt, og at denne information også aktivt kommunikerer til borgerne.

Dette er naturligvis specielt vigtigt i forbindelse med fastlæggelsen af den langsigtede planlægning af

sygehuskapacitet og placering. Da ethvert tilvalg også indebærer et fravalg, må det forud for beslutningerne være klart, hvor ressourcerne kommer fra, og hvilke alternative anvendelser der er.

Det må naturligvis også sikres, at borgerne ikke bare er informerede om baggrunden for de politiske prioriteringsbeslutninger, men at de også har mulighed for at få indflydelse på beslutningerne, før de tages.

Vi ved alle, at presseomtale og påvirkning fra interessegrupper kan lede til uheldige beslutningsprocesser. Men det er nu en gang et grundvilkår i demokratiet, at beslutninger skal tages i offentlighed.

Det Etiske Råds arbejdsgruppe om prioritering i sundhedsvæsenet lægger derfor stor vægt på, at processen, som leder frem til prioriteringsbeslutninger, tilrettelægges sådan, at det sikres:

1. at den nødvendige information er tilgængelig for både politikere og befolkning før beslutningerne tages, og
2. at befolkningen gives mulighed for at få reel indflydelse på beslutningerne.

Derudover mener vi, at det er en selvfølge, at prioriteringskriterierne på både det politisk/administrative og det kliniske niveau bør være fuldt offentlige, således at den enkelte patient/borger ved, på hvilket grundlag en beslutning er blevet taget.

### **Prioriteringslister**

Man har nogle steder forsøgt sig med opstilling af prioriteringslister, hvor de enkelte sygdomme eller tilstande er blevet rangeret i et antal grupper afhængig af, hvor alvorlige de bedømmes at være. Og man har sædvanligvis derefter sagt, at behandlingerne i den nederste gruppe falder uden for det offentlige sundhedsvæsen.

Etisk Råds arbejdsgruppe mener, at dette er en mindre hensigtsmæssig prioriteringsmetode.

For det første skjuler den, at der, i afgørelsen af om noget falder inden for eller uden for det offentlige sundhedsvæsen, ofte indgår andre overvejelser end hensynet til de formelle og samfundsmæssigt anerkendte mål for sundhedsvæsenet.

For det andet skjuler en sådan liste, at der stadig prioriteres i det område, der falder inden for det offentlige sundhedsvæsen. Der er stadig ventelister, og der er stadig patienter, der, selv om de har en tilstand, der falder indenfor, ikke bliver behandlet, eller må vente i kortere eller længere tid på en behandling, fordi tilstanden ikke bedømmes som tilstrækkeligt alvorlig, eller behandlingen af tilstanden ikke bedømmes som tilstrækkelig påkrævet.

### **Retskrav på behandling**

Diskussionen om, hvorvidt patienter skal have et retskrav på undersøgelse og behandling, udgør på sæt og vis et spejlbillede af diskussionen om prioriteringslister. Her angribes vigtighed eller alvorlighed fra den høje ende. I forbindelse med retskrav diskuteres det nemlig, om der er områder inden for sundhedsvæsenet, der er så vigtige, at de bør gives den specielle opprioritering, der ligger i, at der etableres et direkte retskrav. Hvis et retskrav etableres på specifikke områder, vil det jo betyde, at disse områder vil blive tilgodeset forud for alle andre områder, indtil retskravet er opfyldt.

Retskrav kan i princippet være hensigtsmæssige reguleringsmidler. Men inden for sundhedsvæsenet kan man forudse det problem, at formulering af retskrav sandsynligvis vil rette søgelyset specifikt mod den konkret sundhedsfaglige behandling, idet det vil være betydeligt vanskeligere at formulere retskrav for pleje, omsorg og nærhed.

Det Etiske Råd har endnu ikke taget stilling til, i hvilken grad en formulering af retskrav bør indgå i en fremtidig prioritering på sundhedsområdet.

## **Prioritering og nedskæring**

At prioritering og nedskæringer ikke nødvendigvis hænger sammen, kan måske bedst illustreres ved de overvejelser, Det Ethiske Råds arbejdsgruppe har haft med hensyn til opprioritering af psykiatriområdet og opprioritering af pleje og behandling af døende patienter.

Vi mener, at man her kan identificere områder, der i dag ikke er prioriteret højt nok, og at der derfor må tilføres ekstra midler til disse områder, hvis der skal opnås en forsvarlig behandlingsstandard af disse grupper af patienter. Inden for disse områder er andre mål lige så vigtige som, eller vigtigere end, forbedret sundhedsstatus. Samtidig er der tale om områder, hvor pleje, omsorg og sociale foranstaltninger ofte kan være lige så vigtige for et godt resultat, som selve behandlingen. Det er derfor ikke vanskeligt at forklare, hvorfor disse områder ikke er blevet prioriteret særligt højt hidtil.

Arbejdsgruppen er samtidig af den opfattelse, at der ikke er mange områder tilbage i det danske sundhedsvæsen, hvor der kan skæres ned uden væsentlige og uacceptable kvalitetsforringelser. Det medfører altså, at der må ske en netto-tilførsel af nye ressourcer til sundhedsvæsenet, så de psykisk syge og de døende kan modtage en værdig pleje og en forsvarlig behandling.

På samme måde kan der argumenteres for, at der for nogle almindelige kroniske sygdomme hidtil er sket en bevidst eller ubevidst underprioritering. Og at dette store område også må tilføres nye midler i fremtiden.

## **Konklusion**

Som afslutning er det måske på sin plads at give et kort resumé af arbejdsgruppens foreløbige overvejelser. Her kan man fremdrage 7 hovedpunkter:

1. Prioriteringsdiskussionen er uomgængelig.
2. En fornuftig prioritering forudsætter, at målene for de enkelte områder i sundhedsvæsenet klargøres.
3. Anvendelsen af medicinsk teknologivurdering bør øges.
4. Beslutningsgrundlaget for prioriteringsbeslutninger på det politisk/administrative niveau må forbedres, og der må lægges speciel vægt på klargøring af de alternativer, der findes til en given beslutning. Samtidig må procedurerne omkring budgetlægning tilrettelægges på en sådan måde, at det bliver lettere for de politiske beslutningstagere at prioritere.
5. Offentligheden må inddrages i prioriteringsbeslutningerne, og information om beslutningsgrundlaget må være alment tilgængeligt.
6. Der er områder i sundhedsvæsenet, hvor der er behov for en betydelig ressourcetilførsel for at sikre en forsvarlig pleje og behandlingsstandard, og dette kan sandsynligvis kun lade sig gøre, hvis der sker en netto-tilførsel af ressourcer til sundhedsvæsenet som helhed.
7. Det må overvejes, hvilke kriterier der kan og skal anvendes ved prioritering på det kliniske niveau. Disse overvejelser må bygge på en konkret viden om de kliniske prioriteringer, der foretages i dag, og på en forståelse for vanskelighederne i enhver prioritering mellem identificerbare personer. Det følger ikke nødvendigvis heraf, at kriterierne ikke i sidste ende kan være de samme som på det politisk/administrative niveau.

---

## **Prioriteringer i helsetjenesten**

### **Erfaringer fra Norge**

Ole Frithjof Norheim

Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo og Fylkessjukehuset på Voss, kirurgisk avdeling

I det følgende skal det vi kan kalle den 'norske prioriteringsmodellen' presenteres og vurderes. Den norske prioriteringsmodellen er karakterisert av fire elementer. Et bredt sammensatt utvalg, det såkalte Lønningutvalget, utformet i 1987 retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste. I Inndelingen som der ble foretatt i prioritetsnivåer har blitt fulgt opp i den såkalte ventetidsgarantien. Gruppe II

pasienter (se nedenfor) skal ha behandling innen seks måneder fra de blir satt på venteliste. Dessuten blir det faktiske utrednings- og behandlingstilbud styrt av det finansieringssystem vi har i Norge. I hovedprinsipp er dette et rammefinansieringssystem for nasjonale-, regionale- og fylkeskommunale sykehus og institusjoner. Disse institusjonene blir finansiert ved statlige og fylkeskommunale tilskudd, samt fra inntekter av et økende poliklinisk tilbud. Rammefinansieringen blir for noen spesielt prioriterte tilbud supplert med øremerkede statlige tilskudd. (Primærhelsetjenesten blir ikke på samme måte styrt av klart definerte budsjetter.) Tilsammen danner disse elementene rammen for de prioriteringer som i all hovedsak foregår lokalt innen vår desentraliserte helsetjeneste.

## **Etter Lønningutvalget**

Lønningutvalget foreslo et femdelt prioriteringssystem for behandlingstiltak i vid forstand. Gruppe I er for livsnødvendige tiltak som har livstruende konsekvenser hvis de ikke iverksettes. Gruppe II er for nødvendige tiltak som har katastrofale eller svært alvorlige konsekvenser hvis de ikke iverksettes. Gruppe III er for nyttige tiltak som har uønskede konsekvenser hvis de ikke iverksettes. Gruppe IV er for etterspurte tiltak som har mindre konsekvenser hvis de ikke iverksettes. Gruppe V eller prioritetsnivå null, er for etterspurte tiltak som er uten dokumenterte nytteverdi. Utvalget ga eksempler på diagnosegrupper for hvert prioritetsnivå. Det viktigste prioriteringskriterium som anbefales er tilstandens alvorlighetsgrad.

Lønningutvalgets prioriteringsmodell er blitt mest kjent på indirekte vis gjennom ventetidsgarantien. Etter min mening kan Lønningutvalgets viktigste effekt spores i den offentlige debatt. Offentlighetens persepsjon av den norske prioriteringsmodellen er enkel men viktig. Den gir forståelse og legitimitet for at pasienter kan og må deles inn i prioritetsgrupper. I all enkelhet former den forståelsen av at noen pasienters krav på helsetjenester er svært viktige, mindre viktige eller ikke viktige. I den offentlige debatt har det blitt akseptert at pasienter kan deles inn i ulike grupper. Ikke alle kan ha samme prioritet.

Likevel må det tilføyes at Lønningutvalgets kriterier er relativt lite kjent og referert til blant norske leger. Dessuten har Lønningutvalgets retningslinjer i kombinasjon med ventetidsgarantien ikke skapt økt forståelse for at noen pasienter må, og faktisk blir, nektet potensielt nyttig behandling. Dette har den konsekvens at lite eller ingenting av nyttig behandling blir åpent ekskludert fra det offentlige helsetjenestetilbud. Samtidig skjer det på mange nivåer i helsetjenesten skjulte prioriteringer som medfører at pasienter ikke får et tilbud som er effektivt.<sup>2</sup> På dette området er vel ikke Norge kommet lengre enn andre land.

I en fersk stortingsmelding blir den norske prioriteringsmodellen videreutviklet. Det presiseres her at i tillegg til tilstandens alvorlighetsgrad uten behandling, skal effekt av behandling tillegges mer vekt enn i Lønningutvalgets retningslinjer.<sup>3</sup> Videre blir sentrale prinsipper og begreper nærmere operasjonalisert. Tilstandens alvorlighetsgrad blir definert langs tre akser:

- grad av psykiske og fysiske plager, f.eks. angst, smerte
- grad av fysisk, psykisk og sosial funksjonshemming, uttrykt i evnen til å klare seg i dagliglivet
- risiko for død, invaliditet eller store plager ved manglende behandling eller hvis behandling utsettes.

Fire faktorer er avgjørende ved vurdering av forventet effekt av behandling:

- forventet størrelse på tiltakets effekt (langs de tre akser omtalt ovenfor)
- sannsynlighet for at tiltaket har effekt
- risiko for forverring ved utsettelse
- usikkerhet knyttet til vurdering

Dessuten heter det at kostnader ikke skal være et prioriteringskriterium som gis vekt alene.<sup>4</sup> Alvorlig syke pasienter skal gis et tilbud hvis tiltaket har en tilstrekkelig og dokumentert effekt. I

stortingsmeldingen skiller det også mellom nødvendige (alvorlighetsgrad, effekt, kostnader); diskuterbare (sosiale behov, betydning for andre, produktivitet og selvforskyldthet) og uakseptable (kjønn, alder, religion, sosial status og geografisk tilhørighet) kriterier for prioritering.<sup>5</sup>

## Ventetidsgarantien

Ventetidsgarantien ble vedtatt av det norske Storting i 1990. Alle pasienter som faller inn under Lønningutvalgets prioritetsgruppe II, det vil si tiltak som har katastrofale eller svært alvorlige konsekvenser hvis de ikke iverksettes, skal ha behandling innen seks måneder. Dersom fylkeskommunen eller sykehuset mener at seksmåneders-perioden ikke kan holdes, skal det søkes et alternativt tilbud snarest etter tidsfristens utløp (i andre fylker eller i utlandet). Dette er den mest konkrete oppfølging av Lønningutvalgets retningslinjer fra politisk og administrativt hold. Hvilke grupper av pasienter denne garantien gjelder ble presisert i en forskrift av 25 juli 1990. Pasienter skal gis garanti dersom:

- symptomene er så invalidiserende at de reduserer evnen til daglige livsfunksjoner og ødelegger søvnen
- det er mistanke om malign eller premalign sykdom
- barn og ungdom opp til 18 år omfattes hvis lidelsen påvirker barnets fysiske eller psykiske utvikling slik at denne står i fare for å skades
- høy alder hvor pasienten blir kronisk pleietrengende hvis behandling ikke gis, er et tilleggskriterium.

Listen over pasienter som skal ha garanti er lang, men eksempler er alvorlige hjertelidelser, psykoser, alvorlige revmatiske lidelser, alvorlige syns- og hørselslidelser, diabetes og hofteidelser som gir søvnproblemer.<sup>6</sup> Nylig vedtok Stortinget at garantitiden skal forkortes til 3 måneder.

Pr. 31 juni 1994 var det registrert 236.500 søknader ved norske sykehus. 2/3 av pasientene blir behandlet innen 60 dager. Tallene fra 1994 viser at 6% av garantipasientene hadde ventet mer enn seks måneder.<sup>7</sup> Tilstømningen av pasienter både med og uten garanti har vært økende siden ventetidsgarantiens innføring. Samtidig har antall pasienter behandlet økt betydelig. I perioden 1993-94 ble det behandlet omlag 60.000 garantipasienter, mens det i perioden 1994-95 ble behandlet 98.000 pasienter. Det vil si en produksjonsvekst på 60%.<sup>8</sup> Desverre har også antall garantibrudd økt. Pr. 30 september 1995 var det totale antall pasienter registrert på venteliste 269.918. Yeblikkstallene viser at andelen av garantipasienter med garantibrudd var 11%.<sup>9</sup> Antall garantibrudd er særlig høyt innenfor spesialitetene ortopedi og øre-nese-hals. Det er også store variasjoner for antall på venteliste og antall garantibrudd mellom fylkene. Brudd på ventetidsgarantien gis stor mediaoppmerksomhet og er et betydelig politisk problem.

Ut fra et prioriteringsperspektiv kan man spørre seg om ventetidsgaranti for et stort antall diagnosegrupper er et egnet virkemiddel for å styre pasientstrømmen. En rekke uønskede vridningseffekter har blitt tydelige. For det første er det kun pasienter som kan vente som blir omfattet av garantien. Det prosentvise antall øyeblikkelig-hjelp pasienter som blir behandlet på norske sykehus var 1994 i gjennomsnitt 60%.<sup>10</sup> Dette tallet er antagelig økende. På et lokalsykehus som Fylkessjukehuset på Voss, for eksempel, var antallet H pasienter ved medisinsk avdeling ca 85% i 1995. Pasientgjennomstrømningen styres derfor bare i begrenset grad av ventetidsgarantien, samtidig som lange ventelister antagelig fører til en uønsket vridning i retning av økt antall ikke-planlagte innleggelser.

De store regionale forskjeller i ventetid og garantibrudd gjenspeiler variasjoner i tilgjengelige ressurser og kapasitet. Men en tilleggsforklaring er sannsynligvis at det skjer en strategisk tilpasning gjennom skjønsmessig bruk av garantikriterier. Kriteriene er i mange tilfeller grove og unyanserte. Dersom lange ventelister er et godt forhandlingskort i lokale budsjettforhandlinger, kan det hende at indikasjonstersklene senkes. Dersom oppfylging av garantien blir et mål, enten fordi det gir tilleggsbevilgninger eller fordi det gir politisk gevinst, kan indikasjonsterskler heves. At det også er stort rom for variasjoner i skjønn viser en nylig utført undersøkelse i regi av Statens Helsetilsyn. Leger

i ulike fylker ble bedt om å klassifisere de samme pasienter på bakgrunn av reelle henvisningssøknader og gjeldende kriterier. For 50% av pasientene var det stor grad av sammenfall. For 50% var det ulike vurderinger.<sup>11</sup> Disse forhold kan tyde på at ventelisteregistrering etter sentralt definerte kriterier ikke er et særlig egnet styringsmiddel for prioritering av pasienter. konomiske insentiver gir også store og uforutsette utslag.

Over tid har det dessuten skjedd en utvidelse av garantikriteriene. I dag blir det gitt garanti til flere pasienter enn de som definatorisk hører inn under Lønningutvalgets prioritetsgruppe II. Mye tyder på at pasienter blir garantert tiltak som ikke har 'katastrofale eller svært alvorlige konsekvenser hvis de ikke iverksettes'. I noen fylker får pasienter i gruppe III aldri eller svært sent behandling. De pasienter som legen synes skal ha et offentlig helsetilbud blir derfor ofte klassifisert som garantipasient. Ventetidsgarantien er etterhvert blitt oppfattet som en behandlingssgaranti -- eller en pasientrettighet.

Til tross for sentrale retningslinjer for ventelisteregistrering blir altså mange beslutninger som medfører at pasienter blir gitt høy, lav eller ingen prioritet styrt av de faktiske ressursrammer som eksisterer lokalt, eller av beslutningstageres skjønn. Sentralt definerte kriterier ser ut til å ha liten styrende effekt på pasientfordelingen. Når det gjelder ressursrammer er det store regionale variasjoner på grunn av vårt desentraliserte politiske system.

### **Rammefinansiering og desentraliserte beslutninger**

Sentralt definerte pasientrettigheter kommer lett i konflikt med lokale økonomiske rammer. Fra et prioriteringssynspunkt er dette uheldig. Rammefinansiering er en meget effektiv mekanisme for å redusere utgifter innen sykehussektoren og begrense kapasiteten. Sentrale helsemyndigheter har ikke tilsvarende effektive styringsverktøy for å lede pasientstrømmen slik at de ønskede prioriteringer oppfylles. Prioritering kan skje ved styring av ressursstrømmen, og prioritering kan skje ved styring av pasientstrømmen. Den norske prioriteringsmodellen imøtekommer ikke i tilstrekkelig grad dette dobbelte behov for styring.

Innen nyere tids prioriteringsdebatt blir bruk av fagspesifikke retningslinjer og prosedyrer drøftet som et alternativ til sentraliserte og generelle prioriteringsmodeller. New Zealand er her et foregangsland.<sup>12</sup> I den nye norske stortingsmeldingen, som også omfatter prioriteringer, blir det understreket at "fagmiljøene må ta ansvar for etablering av prosedyrer, samt utvikling av retningslinjer og protokoller for prioritering av pasienter."<sup>13</sup> Det erkjennes med andre ord at sentrale retningslinjer ikke er nok, de må følges opp av lokale, fagspesifikke retningslinjer som kommer til anvendelse innen et desentralisert beslutningssystem.<sup>14</sup>

### **En prioriteringsmal for utvalgte tilstander**

Norge er enda ikke kommet langt med konkret å utvikle fagspesifikke retningslinjer for prioritering av pasienter. Foreløpig har man satsset på fire fagområder: strålebehandling, hjertekirurgi, hjertekirurgi på nyfødte og små grupper funksjonshemmede. Statens Helsetilsyn har ansvaret for dette utviklingsarbeidet. Til nå har det stort sett vært høykompetente medisinerer fra de spesifikke fagmiljøer, samt en representant fra Statens Helsetilsyn som har utformet slike retningslinjer for seleksjon og eksklusjon av pasienter. Helsetilsynets fagråd for høyspesialiserte tjenester har utarbeidet en prioriteringsmal som inneholder ni elementer for hvordan retningslinjer av denne type bør utformes.

Retningslinjene skal være spesifikke for en eller flere klart definerte tiltak og behandlingstiltak. Seleksjonskriteriene skal bygge på nasjonal og internasjonal faglitteratur, egne erfaringer og drøfting med kolleger. Tilstandens alvorlighetsgrad skal beskrives i forhold til faregrad (risiko uten behandling), graden av fysiske plager, graden av funksjonshemming fysisk, psykisk og sosialt. Variasjoner innen hver tilstand (diagnose) bør dokumenteres, f.eks. som prosentvis fordeling mellom store, moderate og små plager. Nytteeffekten skal beskrives og dokumenteres. Helst bør nytten angis kvantitativt, f.eks. i andelen av pasienter som får stor, middels eller liten nytte. Det vil si at sannsynlighet for de forskjellige utfall skal angis. Varighet av effekt, eventuelle komplisjoner og tilbakefall beskrives også. Nytteeffekten av alternative behandlingsmodaliteter skal også beskrives slik at de reelle valgmuligheter for beslutningstagerer blir klargjort. Ved kompliserte tilstander kan det være aktuelt å henvise pasienter til behandling i utlandet. Forventet nytte av slik behandling skal beskrives.

Formålet er å gruppere pasienter innen hver tilstand i forhold til alvorlighet og forventet effekt. Gjeldende ressursrammer kan da i prinsippet avgjøre hvilke av disse gruppene som får behandling.

Fagspesifikke retningslinjer som følger en slik mal vil være et langt steg mot en mer presis og anvendelig desentralisert prioriteringsmodell.<sup>15</sup> Norge har kun benyttet en slik mal eller liknende i et fåtall tilfeller.<sup>16</sup> Det gjenstår imidlertid mange problemer ved en slik modell. For det første vet vi lite om slike retningslinjer vil bli fulgt. For det andre forutsetter modellen at fagmiljøene selv avgjør hvilke pasienter som bør eller ikke bør gis et gitt behandlingstilbud. En riktigere bruk av fagspesifikke retningslinjer forutsetter at de faktiske ressursrammer er kjent og satt gjennom en ansvarlig politisk beslutningsprosess. Fordeling av ressurser må ses i sammenheng med fordeling av pasienter. Seleksjon og eksklusjonskriterier kan ikke bare baseres på hva som er dokumentert effektivt. Dersom en prioriteringsmodell skal ha omfordelende virkninger må også pasienter med potensielt nyttige behandlingsutfall ekskluderes. Videre bør kriterier for seleksjon og eksklusjon av pasienter utformes gjennom en mer demokratisk og rettferdig beslutningsprosess. Det bør være bredere representasjon i de utvalg som utformer retningslinjer, og pasienters verdivurdering av effekten av tiltak bør gis større vekt. Ikke bare leger bør veie verdien av ulike behandlingsutfall. For det tredje forutsetter modellen at behandlingsresultater for svært ulike tilstander kan sammenliknes. Idealet er at inklusjonsterskler basert på alvorlighetsgrad og forventet effekt for forskjellige tilstander blir så enhetlige som mulig. En bør søke å finne sammenliknbare mål på alvorlighetsgrad og effekt, samtidig som det bør erkjennes at dette ikke alltid er mulig dersom en både ser på overlevelse og livskvalitet.

## Oppsummering

En god prioriteringsmodell bør være anvendelig, forsvarbar i forhold til alle berørte interesser, basert på tilgjengelig informasjon og koblet til effektive styringsmekanismer. Den bør også være demokratisk med bred representasjon der hvor prioriteringer gjøres slik at det skapes aksept og legitimitet for de prioriteringer som gjøres. Fordeling av behandlingsskapasitet må knyttes tettere sammen med prosedyrer for fordeling (og eksklusjon) av pasienter.

Hvor svikter det mest? Den norske prioriteringsmodellen har ikke vært anvendelig nok. Den gir få anvisninger i kontroversielle saker. Den er utviklet gjennom en akseptabel politisk beslutningsprosess, men spørsmålet er om den kan forsvares ut fra et etisk perspektiv slik den opprinnelig var utformet. Skal vi alltid gi høyest prioritet til de mest alvorlig syke, eller skal vi legge mer vekt på effekten av behandling og behandlingsskostnadene? Hvordan sammenlikne alvorlighetsgrad og behandlingseffekt for svært ulike tilstander? Dette er fortsatt uavklarte spørsmål. Som vi har sett er det også store mangler ved prinsippene for prioritering og ventetidsgarantien brukt som styringsredskaper. Rammefinansiering sikrer kostnadskontroll, men mekanismer for å sikre at ressursene kanaliseres dit vi ønsker det mest mangler. Sist, men ikke minst, gjenstår mye når det gjelder å åpne og demokratisere prioriteringsprosessene.

Hva kan gjøres? Det er en pedagogisk oppgave å informere og overbevise befolkningen, fagfolkene og noen politikere om at det må prioriteres. Samtidig vet vi for lite om effekten på enkeltindivider av den skjulte prioritering som foregår. Den norske prioriteringsmodellen må gjøres anvendelig gjennom presisering av ventetidskriterier og ved å videreutvikle satsningen på fagspesifikke retningslinjer for seleksjon av pasienter til ulike behandlingsmodaliteter. Videre er det behov for en bedre forståelse av normgrunlaget for prioriteringer. Forholdet mellom alvorlighet, nytteeffekt, og behandlingsskostnader må avklares, gjerne sett i lys av anerkjente teorier om rettferdig fordeling av knappe goder. Men kanskje like viktig er det å skape et ryddigere forhold mellom beslutningstagere på ulike nivåer. Beslutningsmyndighet og ansvar må fordeles dersom man vil komme vekk fra den grad av ansvarsfraskrivelse vi ser i dag.

Forskningsmessig og administrativt blir det viktig å utvikle bedre sammenliknbare mål på helsegevinster. Forskning med hensyn på å samle, systematisere og standardisere resultater fra klinisk forskning bør oppmuntres. Det trengs økt kunnskap om behandlingsskostnader. For planlegging av kapasitet må vi ha mer kunnskap om det reelle behov i befolkningen for utvalgte tjenester.

Nye styringsinstrumenter for ressursfordeling kan kanskje bygge på Lønningutvalget, men mer presise redskaper er nødvendige. Bruk av økonomiske insentivmekanismer og alternative



finansieringsordninger må selvfølgelig også vurderes. Det ser imidlertid ut som mange av disse er beheftet med svakheter, kanskje særlig sett i forhold til den vektlegging av alvorlige (og kostnadskrevende) lidelser som Lønningutvalget anbefaler. DRG systemet, for eksempel, ser ut til å medføre vridningseffekter som går ut over de aller tyngste pasientgruppene. Som allerede nevnt kan det være klokt å benytte de ressurser og den entusiasme som fagmiljøene innehar og stimulere til utforming av fagspesifikke retningslinjer (for hjertekirurgi, hofteproteser, røntgenologisk utredning, osv.). Disse må være basert på et felles normgrunnlag og kan fungere som en bro mellom sentralt definerte prioriteringsprinsipper og desentraliserte beslutningsprosesser.

I Norge er det ut fra et prioriteringsperspektiv mye som bør gjøres med ventetidsgarantien. Et forslag er å innskrenke antall pasientgrupper som skal ha garanti. Garantien er blitt for ekspansiv og fungerer ikke etter hensikten. Strategisk bruk av ventelister kan ideelt sett unngås ved å utarbeide måltall for produksjon ut fra behovsestimater og epidemiologisk kunnskap om geografiske variasjoner. Dersom det medisinske tilbud skal fordeles likt i landet må kapasiteten for et gitt behandlingstilbud også være likt, eventuelt justert for variasjoner i behov. Pasientvolum sett i forhold til produksjonstall vil være et bedre mål på et fylkes behandlingstilbud enn antall garantibrudd. På denne måten kan man unngå den geografiske ulikhet som følger av det varierende skjønn som utøves ved garantitildeling.

Til slutt, det viktigste. Prioriteringsprosessene bør demokratiseres. Prosedyrer for eksklusjon av pasienter må bli oppfattet som rimelige og rettferdige i befolkningen. Det betyr blant annet større åpenhet slik at befolkningen forstår og aksepterer at de knappe ressurser må fordeles. Da kan befolkningen vurdere, korrigere og lære mer om de vanskelige valg som tas innen helsesektoren. avklare den offentlige helsetjenestens grenser blir en av de største utfordringer som den nordiske velferdsstatsmodellen står overfor. Et innsyn og økt deltagelse i denne prosessen vil være helt avgjørende for om omleggingen av velferdsstaten kan generere sin egen legitimitet. Når befolkningen til fulle forstår hvilke helsetilbud det offentlige ikke har råd til å tilby, vil det bli økte krav om behandling og økt press på beslutningstagere. Rimelige og rettferdige beslutningsprosedyrer med større grad av åpenhet, bred representasjon og klar ansvarsfordeling er nødvendig for å sikre aksept for valg som ofte får store konsekvenser for enkeltindivider i vår offentlige og universelle helsetjeneste.

## Noter

1. Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. NOU 23; Oslo: Universitetsforlaget 1987.
2. Se for eksempel Norheim O.F., Bjørø K., Scrupf E., Søreide O. Er levertransplantasjon et faglig underprioritert behandlingstilbud i Norge. Trykkes i Tidsskrift for den Norske Lægeforening, januar 1996.
3. Sosial- og Helsedepartementet. Stortingsmelding nr. 50 (1993-94). Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste. Oslo 1994.
4. Stortingsmelding nr. 50, s. 54-5.
5. Stortingsmelding nr. 50, s.55-7.
6. Sosial- og Helsedepartementet. Forskrift om ventelisterregistre og prioritering av pasienter av 25 juli 1990.
7. Stortingsmelding nr. 50, s. 35.
8. Skjærpe, A. W. Opp alle jordens ventepasienter. Dagbladet, 22 november 1995.
9. Ventelistetall 300995. K-Base. Hentet fra internett.
10. Stortingsmelding nr. 50, s. 59.
11. Marit Kristensen. Statens Helsetilsyn. 1995.
12. Honingsbaum et. al. Procedures for priority setting in healthcare systems. 1995. (ufullstending ref.)
13. Stortingsmelding nr. 50, s. 61.
14. Linnestad P. og Mork T. Prioriteringer innen helsetjenesten - hvor og hvordan går vi videre? Tidsskrift for den Norske Lægeforening 1992; 112(21): 2735-7.
15. For en god og utførlig drøfting av fagspesifikke retningslinjer, se Eddy D. Clinical decision making from theory to practice. Practice policies - Guidelines for methods. JAMA 1990;263:1839-41.
16. Foruten de nevnte utredninger for strålebehandling, hjertekirurgi, hjertekirurgi på nyfødte og små grupper funksjonshemmede er det også utformet retningslinjer for seleksjon av pasienter til allogen og autolog beinmargstransplantasjon. Se Helsedirektoratets utredningsserie 92-6. Benmargstransplantasjon i Norge. Innstilling fra rådgivende organ nedsatt av helsedirektoratet. Oslo 1992.

## Efter prioriteringsutredningen

### Svenska erfarenheter

Göran Hermerén

Professor i medicinsk etik, sakkunnig i prioriteringsutredningen i Sverige

Den svenska prioriteringsutredningens förslag [13] (tallene henviser til litteraturlisten side 39 (red)) skall jag anta är i stort välbekanta, eftersom jag inte fått i uppdrag att presentera dem. I stället skall jag börja med att beskriva några punkter där prioriteringsutredningens förslag förefaller komma i konflikt med dagens praxis inom vården i Sverige. Det kanske kan vara en bra utgångspunkt för den som vill förstå vad som händer - och inte händer - i Sverige. Sedan skall jag säga något om vad som hänt efter prioriteringsutredningen och redovisa några svenska erfarenheter av detta arbete.

### Förutsättningar

Låt mig emellertid först kortfattat rekapitulera några organisatoriska förutsättningar och utredningens grundläggande etiska principer:

#### Organisation och system

Till de organisatoriska förutsättningarna hör en rad reformer och systemförändringar av sjukvården i Sverige, som på olika sätt påverkar resursfördelningen och förutsättningarna för prioriteringar: husläkarreformen, fri etableringsrätt, ökad valfrihet, vårdgarantier, ökat kommunalt ansvar för vård och äldreomsorg samt införande av nya styrsystem i vården. Sjukhus och enskilda kliniker ersätts numera i allt mindre utsträckning genom anslag och allt mer för faktiska prestationer. Detta beskrivs mer i detalj i utredningen i kapitel 5.

Jag nämner detta särskilt eftersom problemen nu diskuteras i Danmark. Det är då viktigt att hålla skillnader mellan ländernas sjukvårds- och sjukförsäkringssystem i minnet, om man på rimligt sätt (a) skall kunna förstå och bedöma vad som skett - och inte skett - i Sverige, och (b) konstruktivt diskutera vad i den svenska modellen som eventuellt kan tillämpas i Danmark.

Problemen med resursallokering och prioritering i vården hänger av uppenbara skäl nära samman med sjukvårdens organisation och finansiering. De senare problemen diskuterades i Sverige parallellt med prioriteringsutredningen i en annan statlig utredning, kallad HSU 2000. Mellan utredningarna fanns också ett personsamband i den meningen att några satt i båda utredningarna.

Utan att gå in på detaljer, kan jag emellertid säga att HSU 2000 under en period skakades av interna kriser, arbetet stannade upp. Men det har nu kommit igång igen, och HSU har nu fått nya tilläggsdirektiv. Förmodligen kommer det att ta minst ytterligare ett år innan den utredningen är färdig med sina analyser av hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation. Nyligen har HSU publicerat ett delbetänkande om frågor som huvudmannaskapet för läkemedel m.m.

#### Etiska utgångspunkter

De etiska principer som valts till utgångspunkt i utredningen - efter en diskussion av en rad tänkbara alternativ - är:

(1) Människovärdesprincipen, enligt vilken alla människor är lika mycket värda oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. De har därför samma mänskliga rättigheter och samma rätt att få dem respekterade.

(2) Behovs- eller solidaritetsprincipen, enligt vilken resurserna bör satsas på den människa eller verksamhet som har de största behoven.

(3) Kostnadseffektivitetsprincipen, enligt vilken man vid val mellan olika verksamhetsområden eller

åtgärder bör eftersträva en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet.

Tanken är att de tre principerna är rangordnade på följande sätt: (1) människovärdesprincipen, (2) behovs- eller solidaritetsprincipen, och (3) kostnadseffektivitetsprincipen.

I praktiken innebär detta att människovärdesprincipen anger den yttre ramen ("nödvändig men inte tillräcklig") för prioriteringar, att behovsprincipen är den princip som styr det stora flertalet prioriteringar, och att kostnadseffektivitetsprincipen endast används sedan behovsprincipen först tillämpats. Kostnadseffektivitetsprincipen är därmed klart underordnad de övriga principerna.

### Människovärdesprincipen

Bidrag till diskussionen om människovärdet har lämnats från många håll: stoicism, judendom, kristendom, upplysningstänkande, socialism och liberalism.

Människovärdesprincipen kan formuleras på olika sätt. Utredningen har i anslutning till den svenske filosofen Ingemar Hedenius [5; jfr 3] utgått från att människovärdesprincipen kan tolkas eller preciseras så att den innebär att människor har samma rättigheter och att ingen är förmer än någon annan i detta avseende. Detta är vad som ur praktisk synpunkt är relevant för prioriteringsdiskussionen.

Människovärdesprincipen är inte intetsägande, eftersom den är oförenlig med en praxis att prioritera på basis av social status, ekonomisk ställning eller ålder. Detsamma gäller självförvållade skador. Man kan med andra ord inte omfatta människovärdesprincipen och samtidigt prioritera t.ex. på basis av kronologisk ålder. Särbehandling av för tidigt födda eller mycket gamla måste motiveras med hänsyn till behovsprincipen, dvs medicinska (i vid mening) indikationer.

Människovärdesprincipen bör gälla fullt ut även sådana som inte är svenska medborgare utan t ex kommer som flyktingar till landet. I den mån här föreligger en konflikt mellan lagstiftning och etik bör denna konflikt tydliggöras. Om lagstiftningen är oetisk, bör denna ändras.

### Behovs- eller solidaritetsprincipen

Kravet på rättvisa kan preciseras, och preciseras faktiskt av utredningen, med hjälp av solidaritets- eller behovsprincipen. Den grundas i en sorts jämlikhetsfilosofi; tanken är att de som lider svårast i första hand skall få hjälp [jfr även 11]. Att tala om rättvisa i största allmänhet för inte diskussionen framåt, eftersom man inom olika traditioner har så olika föreställningar om vad rättvisa innebär, och hur krav på rättvisa skall motiveras.

Beträffande begreppet behov bör det uttryckligen framhållas att utredningen inte begränsar sig enbart till medicinska behov i snäv mening. Jag tänker då i första hand på vissa psykiska och sociala behov. Det är inte bara fråga om vilka krämpor människor har, utan också om hur de upplever dessa krämpor. Livskvalitetsförbättring kan mycket väl bli en av sjukvårdens viktigare uppgifter i framtiden.

En följd av detta är att man i diskussionen om utredningens förslag inte bör alltför snävt begränsa sig till ett medicinskt sjukdomsbegrepp. Väljer man att utgå från ett livskvalitets- och välfärdsrelaterat behovsbegrep, är detta inte något problem.

Behoven fastställs i praktiken i en dialog mellan läkare och patient, där patienten redovisar sina besvär, läkaren granskar symptomen, diskuterar sin tolkning av dem med patienten, föreslår i dialog med patienten olika behandlingsalternativ, som patienten i sin tur etc.

Självfallet kommer man aldrig även i en sådan situation att kunna utesluta att det kommer att finnas personer som hävdar att deras upplevda behov inte är inbillade, trots att ingen annan kan upptäcka någon brist eller avvikelse hos dem från det som är normalt.

Här ställs med andra ord ett krav på professionell etik på den enskilde läkaren, så att han eller hon inte, på grund av ekonomiska incitament, frestas till indikationsglidning och lockas att tillhandahålla oprioriterad vård och tillgodose inbillade behov. Ökar tillgången på läkare, och detta bidrar till ökad

konkurrens mellan läkare om patienter, kan detta problem med risk för indikationsglidning m.m. snabbt bli en realitet.

Distinktionen mellan behov och efterfrågan är, som tidigare nämnts, viktig för utredningens resonemang.

Även om vi väljer att inte utgå från det behovsbegrepp som är relaterat definitionsmässigt till förväntningar och önskningar, är det viktigt att åtminstone kort diskutera vilken roll förväntningar och önskningar spelar för patientens upplevelse av sina behov, och vilken roll i sin tur massmedia, marknadsföringskampanjer, bakgrundskunskaper och barndomsupplevelser kan ha för dessa behov och det sätt de hävdas.

Enskilda läkare och olika intresseorganisationer kan också ha bidragit till att öka förväntningarna och därmed efterfrågan och därmed bidragit till att skapa vårdbehov genom aktioner för att skapa intresse för (och åstadkomma anslag till) sin verksamhet respektive verksamheter som gynnar deras medlemmar.

### Kostnadseffektivitetsprincipen

Denna princip hör samman med, eller kan vara ett specialfall av, den allmänna principen att man skall göra gott och inte skada. Denna princip diskuteras ingående i Beauchamp och Childress klassiska arbete i medicinsk etik [1], men i detta sammanhang har den ett begränsat värde genom att den är så allmänt hållen. Vad som upplevs som "gott" och "skada" beror bl.a. också på kulturella, sociala och historiska förhållanden.

Utredningen gör en distinktion mellan effektivitet och kostnadseffektivitet, dvs mellan frågorna "Finns en effektiv behandling, om än till stora kostnader?" och "Står nyttan och kostnaden i rimligt förhållande till varandra?". I ett solidariskt finansierat system är ur patientens synpunkt den första frågan viktigast, medan samhället fäster stor vikt vid den andra. För den enskilde kan nyttan vara så stor att den motiverar en hög kostnad (i synnerhet om andra betalar det mesta av kostnaden!), medan samhället kanske inte delar den åsikten i varje särskilt fall.

Det är viktigt med regelbundna inventeringar av graden av behovstäckning inom vissa valda delar av hälso- och sjukvården, och att Socialstyrelsen som tillsynsmyndighet tar initiativ till sådana. Dessa inventeringar skulle göra det möjligt att jämföra sjukvårdshuvudmännen med varandra och att åtgärda otillräcklig behovstäckning.

De flesta behandlingar som sjukvården erbjuder idag är dåligt utvärderade och bygger till stor del på antaganden och erfarenheter utan vetenskapligt stöd; de har inte utvärderats genom klinisk forskning. Det är därför när denna princip skall tillämpas svårt att många gånger verkligen veta något om de aktuella behandlingsmetodernas effekter.

Detta innebär emellertid inte att principen blir mindre rimlig. Men det kan vara svårt att veta när den skall tillämpas och att avgöra när man tillämpat den på rätt sätt. Klinisk forskning och utvärdering blir i detta perspektiv viktigt, som utredningen framhåller, något som också många remissinstanser instämmer i.

Det bör göras tydligt att kostnadseffektivitetsprincipen inte innebär att man bör koncentrera sina resurser på de områden, verksamheter eller personer som är mest lönsamma för samhället eller ger "mest för pengarna". I så fall skulle det vara svårt att på ett hållbart sätt motivera utredningens förslag att t.ex. lyfta fram vården i livets slutskede.

Väljer man bort eller lågprioriterar individer, områden eller verksamheter som i en eller annan mening är mindre lönsamma för sina arbetsgivare eller för samhället i stort just av det skälet att de är olönsamma, strider detta i själva verket mot utredningens förslag.

Detta kan heller inte hända, om man kommer ihåg att behovsprincipen skall vara överordnad kostnadseffektivitetsprincipen. Människovärde och solidaritet går före nytta, enligt utredningens grundläggande etiska principer.

Tillämpas kostnadseffektivitetsprincipen på nationell nivå innebär den att samhället (politikerna i Riksdagen och sjukvårdspolitikerna i Landstingen) har ett ansvar för att sjukvården i landet organiseras på ett optimalt sätt med tanke på kostnadseffektivitet.

Ur den synpunkten kan man t.ex. peka på att den kraftiga regionaliseringen inom sjukvården kan skapa problem och komma i konflikt med denna princip. Den kan även strida mot andra krav (behov/solidaritet), om den t.ex. innebär att en människa på en sida om regiongränsen får en viss vård och en människa med samma diagnos på andra sidan denna gräns vägras samma vård.

För att kunna använda sjukvårdens resurser på ett så rättvist och effektivt sätt som möjligt bör vårdområden inte vara för små. Strukturrationaliseringar kan med andra ord bli nödvändiga, inte minst inom akutsjukvården. Det krävs också en kraftigt ökad forskningsinsats för att ta fram de kunskaper som behövs som underlag för prioriteringar enligt kostnadseffektivitetsprincipen, oavsett vilken nivå principen tillämpas på.

### Sammanfattning

För att sammanfatta: dessa tre principer är alltså rangordnade så att den första är nödvändig men inte tillräcklig och skall tillämpas först. Den andra skall därefter användas. När de båda första principerna tillämpats, bör den tredje principen komma i fråga.

Dessa principer skall ses som riktlinjer. De måste tillämpas med omdöme och förstånd och med hänsyn till de förhållanden som råder i varje särskilt fall. Behoven fastställs sålunda rimligen i en dialog med läkaren. Det finns alltså ett visst utrymme för tolkningar när behoven skall fastställas och jämföras, även om arbete på att hitta mer intersubjektiva metoder att fastställa behov pågår på olika håll i världen [6, 8]. Men att det inte finns objektiva mätmetoder betyder givetvis inte att varje jämförelse mellan olika behov är godtycklig.

Vilka konflikter kan då uppkomma mellan förslagen baserade på dessa principer och dagens praxis i sjukvården? Jag skall här nämna och kort diskutera några, utan att göra anspråk på att vara uttömmande.

### **Konflikter mellan dagens praxis och utredningens förslag?**

Sådana konflikter kan förekomma på bl.a. följande områden:

#### Negativ särbehandling av gamla

Detta innebär att gamla inte får behandlingar eller vissa typer av diagnoser bara för att de är gamla. Särbehandling på grund av ökad risk för komplikationer, minskade fysiologiska resurser eller äldres speciella behov är naturligtvis inte oförenlig med utredningens principer.

Distinktionen mellan kronologisk ålder, som framgår av födelsedatum, och biologisk ålder, som bestäms av organens funktionsförmåga, är viktig i detta sammanhang. Det kan naturligtvis finnas en korrelation mellan hög ålder och ökad risk för biverkningar av vissa preparat eller komplikationer i samband med operationer. Men korrelationen är svag; de individuella variationerna i gruppen sjuttioåringar eller sjuttiofemåringar är stora.

Ålder per se är ingen sjukdom, lika lite som kön. Däremot kan sjukdomspanoramata se delvis olika ut i olika åldrar och för olika kön. Därmed kan behoven variera med ålder och kön. Det strider mot prioriteringsutredningens principer att särbehandla på basis av kronologisk ålder enbart.

I vilka sammanhang aktualiseras detta problem? Det kan komma upp i samband med kritik av inklusionskriterier i studier som systematiskt missgynnar (underrepresenterar eller överrepresenterar) äldre, partiella kriterier för vissa diagnostiska metoder (dvs vissa diagnostiska metoder används med andra ord inte om man är över en viss ålder) eller vissa operationer, som inte utförs på den som har uppnått en viss ålder.

## Positiv särbehandling av idrottsskado

Detta innebär att idrottsskador går före i kön t.ex. på ortopediska kliniker bara för att de är idrottsskador och inte för att idrottsmannens eller idrottskvinnans lidande är större än fru Petterssons och herr Lundströms.

I vissa sporter utsätter man sig frivilligt och medvetet för stora risker. Fotbollsspelare har t.ex. en klart förhöjd risk för att drabbas av knäskador (meniskoperation etc.). Sådana skador utgör givetvis ett lidande för den drabbade. Men det finns mycket annat lidande när det gäller knän och höfter, och idrottsmannens lidande är varken finare eller sämre än någon annans och skall därför inte särbehandlas. Om idrottsmän går före i kön bara för att de är (kända) idrottsmän, för att de snabbt skall bli spelklara, etc, strider detta mot prioriteringsutredningens principer.

Det kan ju vara rimligt, men tanke på de summor elitidrotten rör sig med, att lagen försäkrar sina spelare eller idrottsmän mot skador. Råkar idrottsmännen sedan ut för skador, kan de snabbt få hjälp eller vård t.ex. på de många privata eller halvprivata kliniker som finns.

## Vård i livets slutskede

Sådan vård prioriterades tidigare inte särskilt högt, men prioriteringsutredningen har nu placerat den i prioritetsgrupp 1 B, och särskilt understrukit betydelsen av satsning på palliativ vård.

Maximal intensivvård är inte alltid lika med optimal vård, och de svåra avvägningsproblem medvetenheten om detta aktualiserar har ju på senare år tilldragit sig allt större intresse. Men skall vården i livets slutskede kvalitativt förbättras, krävs också ökade resurser eller omprioritering av resurser inom vården.

Värderingarnas betydelse visas tydligt just i detta fall. Vård i livets slutskede har inte prioriterats högt ens under 1980-talet, när man hade pengar till detta. Då var det andra saker som ansågs viktigare.

## Prevention och kroniker

Prevention med dokumenterad effekt samt vården av kroniker placeras av prioriteringsutredningen i prioritetsgrupp 2, vilket är en höjning i jämförelse med tidigare praxis.

Utgångspunkten för detta är kombinationen av behovsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Kronikernas lidande är stort och långvarigt. Deras behov är starkt, men eftersom det sällan är akut har de tidigare ofta fått stå tillbaka för andra grupper med mer akuta behov eller grupper som haft draghjälp av massmedia eller av skickliga, välorganiserade och talföra patientföreningar. Prevention med dokumenterad effekt är kostnadseffektiv och förhindrar lidande, och skall av det skälet ges hög prioritet.

Samtidigt är det naturligtvis viktigt att inte behandla alla kroniker eller all prevention lika. Det finns stora variationer inom båda grupperna, både vad gäller behov och behandlingars kostnadseffektivitet. Det är dessa faktorer som i den mån de går att fastställa skall fälla utslaget.

## Vårdgarantin

Denna garanti infördes på politiska grunder och utan någon ordentlig etisk analys. Den innebar att ett tiotal behandlingar, t.ex. knä- och höftledsooperationer, skulle ges förtur och genomföras inom tre månader efter diagnosen. Man valde diagnoser där det fanns påtagliga köer. Dessutom var effekterna av de valda behandlingarna lätta att mäta och kvantifiera. Men var de drabbades lidande störst?

De första åren tilldelades sjukvården särskilda medel för detta, och då kunde man med en viss grad av trovärdighet hävda att vårdgarantin inte hade gått ut över några andra grupper. Men när dessa anslag nu uteblir, blir det extra intressant att följa utvecklingen. Vårdgarantin innebar ju en kraftfull och unik prioritering av vissa behandlingar.

Vårdgarantin har naturligtvis också varit av godo. Köerna vid olika kliniker hade många funktioner

tidigare och innehöll en del luft. Köerna har nu minskat drastiskt eller reducerats. Det är bra. Men har resurserna använts på bästa sätt? I vissa fall hamnar den garanterade behandlingen i grupp 3 i prioriteringsutredningens förslag. Det kanske fanns goda politiskt-taktiska skäl att införa vårdgarantin då detta skedde, men prioriteringar vid sidan av och enligt andra principer än utredningens samtidigt skapar oklarhet och frustration.

### DRG, diagnosrelaterade grupper

Detta är ett hjälpmedel som importerats till Sverige från USA i syfte att underlätta för huvudmän och politiker att få överblick över kostnaderna. Så långt är allt väl, bortsett från att prissättningen kan te sig något godtycklig i vissa fall. Men när DRG kopplas till köpa-sälj system av det slag som finns i den s. k. Stockholmsmodellen uppstår problem och situationer som strider mot prioriteringsutredningens principer.

Styrsystemet uppmuntrar då till att betrakta patienter som intäktskällor, till skilda taxor för regionpatienter och andra, till kamp om marknadsandelar, till jakt på lönsamma patienter, till satsning på sådant som marknaden (dvs de som är villiga att betala) efterfrågar, till att få andra att stå för kostnaderna (kommun och landsting vill båda slippa betala, varvid gamla kan komma i kläm och slussas mellan de båda huvudmännen), etc.

Sådant strider mot utredningens avvisande av efterfrågeprincipen och dess satsning på ett sjukvårdssystem som är behovsstyrt snarare än efterfrågestyrt. Detsamma gäller att särbehandla patienter beroende på bostadsort och ta olika betalt för samma operation, beroende om man kommer från rätt eller fel sida om gränsen för upptagningsområdet.

### Valfrihet och självbestämmande

Valfrihet och självbestämmande har blivit honnörsord i den politiska debatten under senare tid, och dessa begrepp har också spelat en viktig roll i den sjukvårdspolitiska debatten. Patienternas valfrihet skulle öka.

Här finns en konflikt med utredningens principer. Bakgrunden är att alla som har behov är inte medvetna om dem. Även de som är medvetna om sina behov, har inte alltid tid och kraft att framföra dem: de kan vara för sjuka, för svaga, för utbildade för att kunna eller orka detta. Och omvänt, allt som efterfrågas har inte sin grund i behov; efterfrågan kan skapas och manipuleras bl.a. genom skicklig reklam och marknadsföring.

Den politiskt önskade och önskvärda valfriheten och den ökade satsningen på större utrymme för patienters och anhörigas självbestämmande, jämnar ofrånkomligen vägen till ett efterfrågestyrt sjukvårdssystem av det slag som utredningen tar avstånd från. Ju större utrymme för självbestämmande och valfrihet, desto större utrymme för marknadskrafternas fria spel. Kad valfrihet kan därmed komma i konflikt med behovs- och solidaritetsprincipen.

### Fri etableringsrätt

Detsamma kanske kan sägas om den fria etableringsrätten. Den infördes genom ett beslut av Riksdagen i december 1993 i syfte att öka patienternas valfrihet och stimulera konkurrensen mellan läkare. Den innebär att läkare och sjukgymnaster fritt får etablera sig i landet var de vill.

Denna fria etableringsrätt infördes under protest från bl.a. det parti som vann valet 1994, dvs socialdemokraterna, och denna rätt har nyligen rivits upp (1995). Hur som helst, är det klart att det inte går att motivera den fria etableringsrätten med hänvisning till utredningens tre grundprinciper.

Här finns en uppenbar spänning mellan utredningens förslag och det som till ganska nyligen var dagens praxis men nu är gårdagens praxis.

### Vad har hänt efter utredningen?

På ett hårdhänt sätt har svenskarna påmint om de ekonomiska problemen i vården. Landstingen har

tvingats till långtgående besparingar och rationaliseringar. Många som arbetat i vården har friställts. Vi har nyligen haft den största vårdstrejken i Sveriges historia.

Utredningen lade fram sitt slutbetänkande under 1995 (SOU 1995:5). Det har också översatts till engelska [9]. Om Landstingen diskuterar slutbetänkandet lika mycket som de tagit upp Vårdens svåra val, utredningens diskussionspromemoria, så har utredningen fyllt en av sina viktigaste uppgifter enligt direktiven, att stimulera till debatt kring grundläggande begrepp och principer som skall vägleda prioriteringar i vården.

Sådana kan bli nödvändiga, om effektivisering (utvärdering och utmönstring av icke effektiva behandlingsmetoder), rationalisering (bättre planering och användning av lokaler, personer och utrustning så att inga lokaler står tomma, ingen personal är sysslolös på arbetstid, och inga dyra apparater står oanvända), avgiftshöjning (i första hand höjning av patientavgifter, vilket i viss utsträckning redan skett), skattehöjning eller standardsänkning ensamma var för sig eller tillsammans inte räcker.

Prioriteringar på ett eller annat sätt har alltid förekommit i vården, och så kommer det också att bli i framtiden. Men om man arbetar på bred front och kombinerar effektivisering, rationalisering, avgiftshöjning, och eventuellt skattehöjning, kan behovet av smärtsamma och tragiska prioriteringar reduceras.

Vad har nu skett sedan utredningen presenterade sin slutrapport? Hur har utredningen kommenterats? Vad har de några av de centrala aktörerna på scenen gjort?

#### Remissvaren

Remissvaren har överlag varit positiva. Försöken att formulera en etisk plattform för prioriteringarna tillhör det som många framhållt som positivt. De valda principerna har också de flesta ansett sig kunna instämma i. Detsamma gäller diskussionen av många enskildheter, t.ex. satsningen på palliativ vård i livets slutskede och klinisk utvärdering av olika behandlingsmetoders effektivitet.

Någon systematisk sammanställning av de negativa remissvaren finns emellertid inte, såvitt jag känner till. Men mitt intryck av de kritiska remissvar jag sett är att de tillhör, om man får generalisera, i regel någon av följande kategorier:

- (a) några anser att utredningen inte är tillräckligt konkret och därför inte ger tillräcklig ledning - och som därmed glömmer att utredningen enligt sina direktiv inte skall förse politikerna med ett facit utan bidra till att skapa debatt kring och förståelse av prioriteringsproblematiken och principerna,
- (b) specialistföreningar som i något fall (gynekologi och näraliggande områden) anser att deras specialitet behandlas styvmoderligt och därför kanske känner sig hotade,
- (c) några få som anser att man bör välja andra utgångspunkter för diskussionen av problemen, t.ex. utilitarismen, och därför tar avstånd från vissa av utredningens förutsättningar.

#### Patientorganisationer

Kritiken mot utredningen har framför allt kommit från en patientorganisation, de ofrivilligt barnlösa intresseförening, IRIS. Den har varit mycket aktiv och kritiserat utredningens värdering av IVF (in vitro fertilisering, provrörsbefruktnings) och andra metoder att bota ofrivillig barnlöshet. Ledamöter av utredningen har också bearbetats med brev och telefonsynpunkter.

Utredningens uppgift är naturligtvis varken att fokusera den ena eller andra gruppens behov utan att titta på hela fältet, väga olika behov mot varandra, och framför allt diskutera vilka principer man i så fall skall kunna använda. När det gäller ofrivillig barnlöshet (som man trots allt kan leva med) aktualiseras frågor om synen på barn, varför man skaffar barn, om det är en rättighet att få barn, om ofrivillig barnlöshet är en sjukdom snarare än resultat av en sjukdom osv.

I slutrapporten finns en något mildare skrivning än i diskussionspromemorian, men i sak är det kanske



inte mycket som ändrats. Från många håll, också från många landsting, har utredningen fått stöd i denna fråga.

## Pressdebatten

Pressdebatten i Sverige har i hög grad speglat synpunkter som kommit fram i remissvar och i patientorganisationers och specialistföreningars yttranden. Förklaringen är enkel. Många av dem som hållit i pennan här har också skrivit artiklar och inlägg i dagspressen. De större tidningarna har haft artiklar och i vissa fall (t.ex. Sydsvenska Dagbladet) artikelsерier om prioriteringar i vården.

I tidnings- och tidskriftsdebatten har också prioritering med hänvisning till ålder tagits upp, och attityder till åldersrelaterade kriterier kartlagts. Sådana kriterier har också haft förespråkare i den svenska debatten. De har bl.a. menat att man bör satsa på den yngre i en situation där man måste välja mellan att göra en insats (t.ex. organdonation) för en 35-åring och en som är dubbelt så gammal.

Inte minst i Läkartidningen har utredningens förslag diskuterats livligt. Under perioden 1 juli-31 december 1995 publicerades åtminstone 11 artiklar i Läkartidningen som direkt handlade om prioriteringar, under perioden 1 januari-30 juni samma år var antalet lika stort. Om syftet med utredningen var att skapa debatt, har målet nåtts. Utan att ha någon vetenskaplig undersökning som stöd, skulle jag bli förvånad om inte Prioriteringsutredningen är en av de mest diskuterade utredningarna i Sverige under detta sekel.

## Landstingsförbundet

Landstingsförbundet ordnade tidigt flera konferenser kring prioriteringsproblemen, till vilka man också bjöd in deltagare från andra länder, i första hand Norge, för att redovisa sina erfarenheter. Den norska utredningen om prioriteringar [10] publicerades 1987, och man ville höra vad som hänt i Norge sedan dess. För att få igång debatten och intressera politikerna för problemet, tog man också initiativ till skrifter som presenterade problemet och kommenterades en del i massmedia.

Landstingsförbundet ordnade också en sluten hearing med ledande politiker i landstingsförbundets styrelse, när utredningen var i slutfasen av sitt arbete.

Vad gör landstingsförbundet nu? Vad planerar man att göra i framtiden? Enligt vad jag hört är i första hand följande tre saker aktuella, här nämnda i betydelseordning (den viktigaste först):

a) en ny enkät, som följer upp den enkät landstingsförbundet gjorde 1994. På så sätt får man en bild av hur det ser ut i landet, vilket gör det möjligt att starta en diskussion om läget, jämföra eventuella förändringar under senare år, t.ex. beträffande vård i livets slutskede och IVF.

Förbundet är också intresserat av att kartlägga hur det ser ut med etikkommittéer på de olika landstingen. I vilka landsting finns det sådana? Vilken är deras sammansättning och funktion? Vilken etisk plattform utgår de från? Hur ser deras mandat ut? Detta i sin tur kan bidra till att skapa debatt och resultera i artiklar i tidskriften Landstingsvärlden.

b) Landstingsförbundet planerar att ordna en egen konferens för tjänstemän, kontaktpersoner och andra intresserade, alternativt granska problemkomplexet kring patienträttigheter i anslutning till diskussionen om vårdgarantin. Socialdemokraterna har i olika sammanhang lyft fram denna fråga, vilket betyder att det finns tunga politiska intressen av att denna fråga, som diskuterades i prioriteringsutredningen, belyses ytterligare.

c) Landstingsförbundet planerar även att förbereda ett seminarium med egna topppolitiker för att diskutera resultaten av enkäterna och andra problem.

## Enskilda landsting och sjukhus

Enskilda landsting och sjukhus har ordnat hearings kring utredningens förslag, diskuterat relationerna mellan dem och deras egen praxis när det gäller prioritering, debatterat hur utredningens förslag kan tillämpas och vilka slutsatser man kan dra av dem. Utredningens ledamöter och sakkunniga har i viss

utsträckning medverkat, men också andra personer har engagerats.

Vissa landsting har också tagit intryck av utredningens skrivningar om olika typer av gränsfall, bl.a. insatser för ofrivilligt barnlösa. De har begränsat eller slopat rätten till IVF. Bland annat gäller detta Västerbotten och Sörmlands landsting. Sörmlands landsting har, som framgått av en artikel i Landstingsvärlden nyligen, sagt nej till IVF-behandlingar, och Västerbottens landsting har kraftigt reducerat möjligheterna att få sådan behandling. I lvsborgs landsting har man nyligen slopat möjligheten till generell mammografiscreening av kvinnor i vissa åldersgrupper, också något som prioriteringsutredningen diskuterat.

Enskilda landsting har vidare initierat samarbete i syfte att undvika de negativa effekterna av kraftig regionalisering och förberett samarbete över länsgränserna och strukturrationalisering av det slaget att t.ex. en viss typ av patienter får vård i Landskrona, medan de som kräver andra insatser behandlas i Helsingborg eller Ängelholm.

Prioriteringar syns i budgeten. Kalla siffror visar vad man vill satsa på, och vad man inte vill. En sjukhusdirektör jag känner bad nyligen en etikgrupp jag sitter med i att titta på ett förslag till budget, och särskilt ta ställning till en lång rad problem som direktionen arbetade med. Vi skulle kommentera dem explicit med utgångspunkt från prioriteringsutredningens principer.

Tanken var att det kunde vara en intressant uppgift att se var man hamnade om man lade dessa etiska principer till grund och ett ögonblick bortsåg från politisk taktik etc. Ekonomin skulle komma in på två sätt: dels i analyserna av vad som var kostnadseffektivt, och dels på det sättet att man (om pengarna inte räckte till) skulle stryka nerifrån. Men för övrigt skulle inte ekonomin beaktas.

Det blev så intressant för båda parter att vi beslöt finna nya former för att upprepa detta i framtiden. Tanken är naturligtvis inte att etikgruppen skall överta politikernas funktion. Avsikten är att gruppen skall presentera argument, belysa problem från nya håll. Den slutliga sammanvägningen och ställningstagandet blir självfallet alltid en politisk uppgift.

Men det intressanta är att detta skedde innan regeringen tagit något beslut om en proposition, och innan Riksdagen yttrat sig i frågan. Det ger en fingervisning om prioriteringsutredningens genomslag i Vårdsverige. Om många av utredningens idéer börjar tillämpas innan något formellt beslut tagits om detta, visar det ju att det finns ett starkt stöd för dessa idéer ute på fältet.

## Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är tillsynsmyndighet i Sverige, som bl.a. har att särskilt bevaka kvalitets- och säkerhetsfrågor.

Enligt vad jag erfarit avser Socialstyrelsen nu att göra en översikt över hur IVF-behandlingar ges i landet, sett från kvalitetsperspektivet. Om IVF ges sällan på vissa håll, på grund av att landstingets beställningar av denna behandling minskar, kan detta ligga till grund för diskussioner om strukturrationaliseringar. För att skickligheten skall hållas på hög nivå, måste - som för kirurger - verksamheten ha en viss volym.

Strukturrationaliseringar är ett sätt att spara pengar i vården, och systematiska utvärderingar av kvaliteten i verksamheten är ju också något som prioriteringsutredningen förespråkar. Det kan därför finnas skäl att nämna detta i det här sammanhanget.

## Regeringen

Regeringen kan komma att överväga att skriva en proposition som kommer att föreläggas Riksdagen om vissa prioriteringsproblem. Propositionen kommer då att ta upp vissa av prioriteringsutredningens förslag.

Det finns då två möjligheter. Den ena är att en sådan proposition kommer i en relativt nära framtid. Jag utgår från att denna proposition kanske då framför allt kommer att behandla de förslag till lagändringar som föreslogs i utredningen, bl.a. att skriva in vissa av utredningens principer i hälso- och

sjukvårdslagen eller att se över denna med anledning av de förslag till kompletteringar som utredningen gjorde.

Den andra möjligheten är att regeringen avvaktar till HSU 2000 blivit färdig med sitt slutbetänkande. I så fall tar man förmodligen också upp vissa organisations- och finansieringsfrågor, och kanske även en del problem om patienträttigheter. Det är självfallet svårt att säga något om när detta kan bli aktuellt. Om utredningen arbetar under ytterligare ett år, skall den sedan skickas ut på remiss. Remissinstanserna skall ha rimlig tid på sig, vilket betyder åtskilliga månader. Sedan skall remissvaren sammanställas, innan det kan bli aktuellt att överväga en proposition, som sedan i sin tur skall passera lagrådet innan den läggs på Riksdagens bord.

Det är naturligtvis svårt att säga hur långt tid denna process kan ta. Tiden kan ju också påverkas av vad som händer politiskt under detta och nästa år. Men två år är nog i så fall ett minimum.

## Riksdagen

Riksdagen har följaktligen inte haft någon proposition att ta ställning till från regeringen ännu.

Däremot har Riksdagen tagit upp en fråga som aktualiserats av prioriteringsutredningens kritik av de tidigare, delvis av taktiska skäl, beslutade vårdgarantierna.

Här fanns enligt min mening i princip två alternativ, om man ville undvika dubbla budskap i prioriteringssituationen: att slopa de tidigare beslutade vårdgarantierna eller att anpassa dem så att de blev förenliga med prioriteringsutredningens principer, som remissvaren ju visat att det fanns en bred uppslutning kring.

Riksdagen har emellertid nyligen (före julen 1995) valt en tredje väg, att utvidga dessa vårdgarantier till ytterligare några områden, varför de tidigare påtalade problemen kvarstår och dessutom har utökats med några nya.

## Utländska kommentarer

Utredningen har diskuterats och kommenterats i en del inflytelserika amerikanska medicinska facktidskrifter, och recenserats uppskattande av Arthur Caplan. De positiva kommentarerna är särskilt intressanta, eftersom utredningen ju direkt och indirekt tar avstånd från många av de principer som styr den amerikanska sjukvården.

## Framtiden

Vad kommer att hända i framtiden?

### Uppföljningskonferens

Med stöd av Socialdepartementet, WHO, Läkaresällskapet och flera nordiska länder kommer en internationell konferens kring prioriteringar i vården att äga rum i Stockholm i mitten av oktober 1996. Konferensens ordförande är Jerzy Einhorn, som ledde den svenska prioriteringsutredningen. Det finns också en programkommitté, vars ordförande är norrmannen Odd Arild Haugen. Danmark representeras i programkommittén av Povl Riis.

### Olösta, inbyggda systemkonflikter

Det finns en rad olösta, och kanske för närvarande olösbara, konflikter som är inbyggda i det svenska systemet. Hit hör å ena sidan konflikten mellan (a) det traditionella kommunala självstyret - kommuner och landsting är numera båda huvudmän för vården i Sverige, och (b) önskan att regler och policy skall vara likartade över hela landet. Det senare behövs för att principen "Vård på lika villkor" (Jfr hälso- och sjukvårdslagen) skall kunna uppnås.

I takt med att landstingen får allt sämre ekonomi, kan de - som tidigare sagts - spara pengar genom att minska utbudet av viss vård (mammografi, IVF, etc). Om vissa landsting säger nej till exempelvis IVF,

eller det finns andra skillnader mellan regelsystemen och praxis i olika landsting, så spelar det ju faktiskt en roll var man bor. Då ges inte vård på lika villkor.

## Lärdomar

Den svenska prioriteringsutredningen arbetade genom att först färdigställa en diskussionspromemoria, skicka ut den på remiss, gå igenom remissvaren och ta ställning till dem i slutrapporten. I varje fall i Sverige är detta arbetssätt inte särskilt vanligt, men just i detta fall fungerade det fint.

Alla västlännder kämpar med problem när det gäller att fördela resurser i vården och att prioritera. Norge och Holland har tillsatt statliga prioriteringsutredningar [2, 10]. Även Nya Zeeland har haft en prioriteringsutredning [7]. För att bevara och stärka förtroendet för vården inte minst i länder där vården till övervägande del finansieras via skatter (som Sverige och Danmark) är det viktigt att debattera och klargöra de grundläggande utgångspunkterna först, i stället för att direkt försöka besvara en rad specifika frågor.

Det visade sig emellertid till att börja med vara svårt att få igång en debatt om prioriteringar i Sverige. Man måste därför börja i tid. Politikernas intresse var ljumt. Det är i debatten viktigt att skilja mellan olika prioriteringsnivåer: klinisk, sjukvårdspolitisk-administrativ, rikspolitisk osv. Problemen är olika på dessa nivåer. Debatten i massmedia kom ofta att handla om fel saker eller om toppen av ett isberg: Lena 35, ensamstående, och Anders 74, familjeförsörjare - vem skall få leva? Med foton och reportage från deras hem.

Det som ligger under vattenytan och bestämmer ramarna, den politiska eller administrativa prioriteringen, diskuterades däremot sällan i massmedia, liksom strukturfrågor.

Vad återstår?

Vad mislyckades vi med i utredningen? Vad återstår att göra?

Att precisera sjukvårdens roll inom välfärdspolitiken? Antydningar finns i slutbetänkandet, men en mer djupgående analys krävs. Då kommer man också lätt in på politiskt brännbara och kontroversiella frågor. Det var väl anledningen - förutom tidsbrist - att vi inte kom längre i diskussionen av denna fråga.

Att definiera vari hälso- och sjukvårdens speciella kompetens består? Detta är uppenbart en central fråga för en rad avgränsningsproblem, t.ex. för diskussionen av relationerna till exempelvis socialtjänsten. Hit hör också gränsdragningsproblem mellan prevention och det arbete som bedrivs av Folkhälsoinstitutet i Sverige. Vem har ansvar för vad? Vilken kompetens finns på olika håll, och hur skall denna kompetens bäst utnyttjas?

Att diskutera det näst bästa alternativet? Det blir allt vanligare att läkare ställs inför valet mellan en bra och billig behandling (eller en medicin) eller en något effektivare men mycket dyrare behandling. När är det rimligt att välja det näst bästa alternativet? Det är en fråga som också kräver etisk genomlysning.

Det hade också varit önskvärt med en mer djupgående diskussion av hur man kan använda prioriteringsutredningens slutsatser och förslag (listorna t.ex.) i vårdens vardag. Kanske hade detta delvis varit att gå utanför direktiven, för uppgiften var inte att föreslå ett facit till problemen, och statliga utredningar arbetar numera under kraftig begränsad tid. De flesta ledamöter och sakkunniga gör dessutom arbetet på sin fritid.

Men det hindrar inte att jag så här i efterhand tycker att det hade varit värdefullt, om det hade funnits möjlighet att lägga ner mer kraft på denna fråga.

## Forskning

Prioriteringar är inte bara ett högaktuellt praktiskt problem för många aktörer i vården. Det är också ett intressant tvärvetenskapligt forskningsområde. Problemen kan belysas från många håll; etiska, ekonomiska, juridiska, medicinska, psykologiska, samhällsvetenskapliga, systemvetenskapliga,

vetenskapsteoretiska, osv.

Det är också angeläget med jämförande studier av hur problemen uppfattats och lösts i olika länder, hur debatten förts, vilka frågor som har kommit i förgrunden, vilka underförstådda värderingar och maktförhållanden som finns, mot bakgrund av skillnader mellan de jämförda länderna när det gäller sjukförsäkring, förekomst av privat vård, samarbete mellan landsting och privata vårdgivare. Förhoppningen är förstås att man borde kunna lära en del av varandra genom sådana jämförelser.

EU stöder en del forskning av detta slag. Jag leder ett sådant projekt där även Danmark är med (genom Sören Holm) och där de länder som studeras och jämförs är Portugal, Spanien, Tyskland, Danmark och Sverige.

## Litteratur

Litteraturen på området är enorm, som framgår redan av den litteraturförteckning på mer än 6 tättryckta sidor som finns i prioriteringsutredningens slutrapport [13], och den är långtifrån fullständig. Här anges bara några arbeten som har använts vid denna bakgrundsteckning.

- [1] Tom Beauchamp & James F. Childress. 1994. Principles of Biomedical Ethics, Fourth edition. New York: Oxford University Press.
- [2] Choices in Health Care. A Report by the Government Committee on Choices in Health Care, The Netherlands, 1992.
- [3] Det svårfångade människovärdet. 1991. Stockholm: Statens Medicinsk-etiska råd.
- [4] Göran Hermerén. 1994. Prioriteringar och etiska konflikter, SPRIDA, Stockholm: SPRI, (som första hälften av denna översikt bygger på).
- [5] Ingemar Hedenius- 1982. Om människovärde, Stockholm: Bonniers.
- [6] Per-Erik Liss. 1993. Health Care Need. Meaning and Measurement. Aldershot: Avebury.
- [7] National Advisory committee on Core Health and Disability Support Service. 1992. Your Health and the public Health. New Zealand.
- [8] Lennart Nordenfelt. 1991. Livskvalitet och hälsa. Teori och kritik. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- [9] Priorities in Health Care. 1995. Ethics, economy, implementation. Final Report by the Swedish Parliamentary Priorities Commission. Stockholm: SOU, 1995:5.
- [10] Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. Oslo: NOU 1987:23.
- [11] Robert Veatch. 1986. The Foundations of Justice. Why the Retarded and the Rest of Us Have Claims to Equality, New York: Oxford University Press.
- [12] Vårdens svåra val. Rapport från utredningen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården. SOU 1993:93.
- [13] Vårdens svåra val. Slutrapport från utredningen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården. SOU 1995:95.

---

## Prioritering set fra amterne

Niels Handskemager

formand for sundhedsudvalget i Nordjyllands Amt

Prioriteringsdebatten er inden for de senere år blevet mere og mere aktuel, og som amtspolitikere har vi særdeles vigtige roller. Lad mig nemlig starte med at slå fast, at prioritering inden for sundhedsvæsenet er en politisk opgave. Hvis vi ikke erkender det, risikerer vi at miste indflydelsen på fordelingen af samfundets ressourcer.

Men det er også vigtigt, at debatten bliver bred, således at både embedsmænd, patienter og befolkningen som sådan inddrages.

Derfor har Amtsrådsforeningen som et led i samarbejdet med Det Ethiske Råd opfordret amterne til at starte en prioriteringsdebat på lokalt plan. En sådan debat foregår allerede mange steder ude i amterne, og jeg håber, at denne konference kan medvirke til at styrke denne debat.

## **Prioritering**

Prioritering er barnelærdom for os alle. Lommepengene var begrænsede, og de kunne kun bruges én gang. Erfaringen lærte os at undvære, hvis pengene var brugt, eller - hvis vi var lidt smarte - at købe brugt og billigt så pengene kunne "strækkes", og vi kunne få nogle flere af ønskerne opfyldt.

Prioritering inden for sundhedsvæsenet er heller ikke noget nyt, men en betydelig sværere valgsituation. Behovene er uendelige og mulighederne uædede. Det nye er i virkeligheden den etiske dimension, som især Det Ethiske Råd med sit seneste debatoplæg har været med til at sætte fokus på.

Når man diskuterer prioritering, kan man starte med at stille det spørgsmål, om det overhovedet skal være nødvendigt at prioritere inden for sundhedsvæsenet.

Hvis man ser på udviklingen inden for den medicinske teknologi, vil der efterhånden blive færre og færre begrænsninger i behandlingsmulighederne.

Og med de mange muligheder vil det være nærliggende at have det udgangspunkt, at man over for ethvert sygdomstilfælde skal bruge alle de muligheder, som teknologien giver os.

### **Hvordan skal der prioriteres?**

Der eksisterer mange myter om prioritering i sundhedsvæsenet. En af dem er, at der slet ikke prioriteres. Men selvfølgelig gør der det.

Det er politikernes opgave at sørge for de overordnede rammer for et sundhedsvæsen, der svarer til, hvad borgerne ønsker i kvalitet, og hvad de vil betale for.

Lægerne skal stå for "mikroprioriteringen", - f.eks. hvem der først skal behandles på en skadestue osv. Vi er ikke læger og skal ikke prioritere mellem enkeltpersoner, men i stedet stå for "makroprioriteringen" - f.eks. fravalg af visse behandlingsformer og befolkningens adgang til skadestuer.

Når vi som politikere sætter mål for den service, vi vil tilbyde patienterne, er det også et udtryk for prioritering. Har man f.eks. sat som mål, at en patient højst må vente 1 time i en skadestue, betyder det, at man afsætter ekstra ressourcer dér på bekostning af noget andet.

Når man spørger, hvordan man så skal prioritere, er det nok nemmest at besvare spørgsmålet med et andet spørgsmål, nemlig hvordan der i hvert fald ikke skal prioriteres.

Der må som udgangspunkt ikke brydes med princippet om den frie og lige adgang til sygdomsbehandling. De grundlæggende værdier er, at alle menneskeliv er lige værdifulde.

Vi skal passe på, at vi ikke prioriterer på de stærkes og de raskes præmisser. Derfor skal der heller ikke være faste beløbsgrænser pr. patient. Et enkelt amt har f.eks. en psykiatrisk patient, der koster mere end 5 mio. kr. om året, og et andet amt havde på et tidspunkt en bløderpatient, der på et år kostede mere end 30 mio. kr. at behandle. Sådanne patienter kan man ikke blot prioritere fra.

Andre - efter min mening - uetiske principper for prioritering vil også være at prioritere yngre fremfor ældre og folk i arbejde frem for arbejdsløse.

Man kunne prioritere mere efter medicinske kriterier. Vigtige og gode kriterier er f.eks.: Er behandlingen effektiv? Kan den hjælpe mod livstruende sygdomme eller tilstande? Kan den hjælpe mod kroniske sygdomme? Er den vigtig for grupper, der er ude af stand til at tage vare på sig selv?

For at kunne prioritere efter medicinske kriterier, er det nødvendigt med tilstrækkelig dokumentation for behandlingseffekten. Her er kliniske databaser et vigtigt redskab.

Hvis der findes en virksom, gennemprøvet behandling, der kan lindre eller helbrede, så må konklusionen være, at så skal vi også bruge den.

På visse områder bliver der prioriteret helt fra. F.eks. er kosmetiske operationer stort set valgt fra i det offentlige sundhedsvæsen. Hertil kommer behandling for barnløshed, hvor der er rationeret til 3 behandlinger med IVF eller kunstig befrugtning.

Flere amter har udarbejdet prioriteringslister, der opdeler sygehuspatienterne i grupper efter behandlingernes vigtighed. Højest på listen rangerer alle akutte tilfælde - uanset diagnose. Næsthøjest rangerer kræftpatienter, der forventes at dø i løbet af kort tid, hvis de ikke kommer under behandling. Allernederst rangerer patienter, der ønsker behandlinger, der hverken er nødvendige eller specielt virksomme.

Sådanne lister har mødt modstand fra lægeside. "Menneskelig lidelse kan ikke måles", er det blevet sagt. Og det er jeg for så vidt enig i, for det vil altid være svært - faktisk umuligt - at måle andres behov. Alene af den grund kan vi nok aldrig finde en videnskabelig løsning på prioriteringsdebatten.

Jeg vil ikke tage stilling til, om sådanne lister er hensigtsmæssige eller ej. Jeg synes, det er et spørgsmål, man bør debattere. Jeg nævner det bare som et eksempel på, hvor svært det er at vælge - eller især at vælge fra.

Omvendt er der uden retningslinier for prioritering risiko for, at udviklingen sker på teknologiens præmisser. Manglende retningslinier kan føre til en udvikling bort fra de værdier, vi finder grundlæggende for det danske sundhedsvæsen.

### **Økonomisk nulløsning**

Vores sundhedsvæsen har i den sammenhæng mange fordele. Vi bygger på det udmærkede princip, at alle borgere uanset økonomisk formåen skal have lige adgang til sygdomsbehandling, det være sig på sygehus eller hos privatpraktiserende læge.

Samtidig er vores sundhedsvæsen meget billigt set i forhold til andre lande. Vores enstrengede finansieringssystem betalt over skatterne giver os de optimale muligheder for en samlet faglig og økonomisk styring af sundhedsvæsenet. Vi driver for kun 7.300 kr. om året pr. indbygger en sygesikring og et sygehusvæsen, der dækker hele befolkningen.

Indtil begyndelsen af 1980'erne steg sygehusudgifterne årligt med en sådan fart, at man med rette kunne være bekymret for, at sygehusudgifterne ville "æde" hele bruttonationalproduktet inden få år, hvis der ikke blev grebet ind. Det blev der så, og amterne har siden hen vist, at de er i stand til at styre udgifterne til sundhedsvæsenet.

I perioden 1982-1993 har der været stort set nul-vækst i sygehusvæsenet. Realvæksten har været ca. 1,5 % om året. Til sammenligning har væksten på andre amtskommunale udgiftsområder været betydelig større: Stigningen i sygesikringsudgifterne eksempelvis har i samme periode været 2,5 % om året. Personaleforbruget i sygehusvæsenet har i perioden været uændret, men der er kommet betydelig flere specialister, eksempelvis læger og sygeplejersker, på bekostning af andre plejegrupper og øvrigt personale.

Samtidig er produktionen steget markant: 18,2 % flere indlæggelser og 25 % flere ambulante behandlinger. Liggetiden er faldet fra 9,6 dage til 6,4 dage, og der er nedlagt 35 sygehuse.

### **Ventelister**

Som amtskommunale politikere har vi via den økonomiske politik prioriteret mellem sygehusene og sygesikringens aktiviteter og andre amtskommunale aktiviteter som miljø, uddannelse, turisme mv. Vi har også presset sygehusene ud i en prioritering. Det er de lange ventelister et udtryk for på trods af, at sygehusene er mere effektive end nogensinde. De ikke-akutte patienter venter på behandling, og lange ventelister er de fleste steder et aktuelt politisk problem.

Amtsrådsforeningen og regeringen aftalte i 1992, at der maksimalt skulle være 3 måneders ventetid til al ikke-akut kirurgisk behandling. Målet skulle nås ved udgangen af 1995. Der blev afsat ekstra

ressourcer, og aktiviteten i 1993 og 1994 er forøget med ca. 15.000 operationer om året. På trods heraf er ventelisterne længere end nogensinde, og målsætningen vil næppe kunne realiseres.

Målsætningen har kostet ressourcer; ikke kun penge men også personale, og det er der også knaphed på. Der er nogen, der siger, at det har haft til konsekvens, at andre områder inden for sygehusvæsenet, f.eks. den medicinske sektor og psykiatrien, er blevet nedprioriteret. Det har ikke været vores hensigt i og med, at ventelisteafviklingen er finansieret ved ekstra penge til sygehusene. Men det er en realitet, at vi mange steder mangler læger og sygeplejersker, og i en sådan mangelsituation betyder en udvidelse af aktiviteten på et område, at man må skære aktiviteten ned andre steder. Så utilsigtet eller ej er der tale om en prioritering.

Ventetidsmålsætningen gjaldt alle ikke-akutte kirurgiske diagnoser, herimellem sterilisation, stritører, hjerteoperationer og diskusprolaps. 3 måneders ventetid var målet, selvom man helt givet med rette kunne spørge, om den ikke burde være kortere for nogen og længere for andre lidelser, afhængig af patientens behov. Det tog vi som politikere ikke stilling til. Det har sygehusene imidlertid selv gjort mange gange tidligere. Det er jo ikke uden grund, at ventetiden til eksempelvis sterilisation og høreforbedrende operationerne typisk har været betydelig længere, end ventetiden til diskusprolaps og hjerteoperationer. Det har været en bevidst prioritering fra lægernes side, som vi som politikere med den generelle 3 måneders regel nu blandede os i.

Det gjorde Folketinget så også. I forbindelse med finansloven blev der indført en egentlig behandlingsgaranti på 3 måneder for knæ- og rygoperationer. Hvis ikke bopælsamtet selv kan opfylde garantien, har patienten ret til på amtets regning at blive behandlet et andet sted, eventuelt på et privathospital. Garantien blev indført uden tilførsel af ekstra penge. Folketingspolitikerne prioriterede hermed, at knæ- og rygpatienter skulle have forrang for eksempelvis hoftepatienter og brokoperationer mv., uden at der har fundet nogen lægelig vurdering sted af patientens behov.

De første evalueringer viser, at der efter al sandsynlighed nu finder en overbehandling sted. En patient med en knælidelse kan nemlig ikke nå at blive diagnosticeret og få afprøvet alternative behandlingsformer inden for 3 måneder. Men da det ved lov er bestemt, at patienten har garanti for at blive opereret inden 3 måneder, og der følger penge med, så vil patienten blive opereret, selvom det måske kunne have været undgået.

Det samme gør sig gældende for diskusprolaps. Her viser nye undersøgelser, at der opereres dobbelt så hyppigt nogle steder i landet i forhold til andre steder, uden at der kan påvises nogen forskel i behandlingseffekten.

Det vil sige, at folketingspolitikernes tilfældige prioritering har betydet, at nogle knæ- og rygpatienter opereres, som ikke burde have været opereret, og andre patienter, eksempelvis hoftepatienter som burde opereres, kommer til at vente længere.

Det kalder jeg et meget uheldigt eksempel på prioritering, som viser, hvor svært det er.

Forleden dag skulle vi i sundhedsudvalget i Nordjyllands Amt fordele en ventelistepulje. Men det var så som så med vores egen indflydelse på fordelingen. Garantiordningen for knæ og rygge betyder jo, at vi forlods må fordele til disse områder.

Samtidig betyder målsætningerne på ventetidsområdet, at der faktisk kommer flere på venteliste. Den indsats, vi gør i amterne for at "reklamere" for korte ventetider, betyder, at der ofte henvises flere patienter end tidligere.

I økonomiaftalen for 1996 mellem Amtsrådsforeningen og regeringen er 3 måneders reglen ikke med. Man anerkender fortsat ventelisterne som et problem, men har ingen målsætning om max. 3 måneders ventetid for alle ikke-akutte patienter. Simpelthen fordi det ikke er en brugbar målsætning - det vil blive alt for dyrt og ske på bekostning af andre patientgrupper samtidig med, at man reelt kan stille spørgsmål ved det fornuftige i en så generel målsætning. Vi er som politikere blevet klogere.

## **Nye behandlingsformer og ny teknologi**



Sygehusvæsenet har været igennem en kolossal omstilling fra stationær behandling til ambulat behandling, hvor patienten behandles uden indlæggelse.

Det har bl.a. betydet, at der kan opereres flere på kortere tid for de samme penge. Samtidig har ibrugtagning af ny operationsteknologi betydet, at patienter, der ikke tidligere kunne opereres, eksempelvis på grund af alder, nu kan opereres.

Et eksempel fra grå stær-operationer viser, hvilken problemstilling vi herved bevæger os ind i.

Antallet af grå stær-operationer er forøget med godt 30 % fra 1989 til 1994. Samtidig er operationsraten steget med 60 % for de 50-59 årige, 40 % for de 60-70 årige og 33 % for de over 80-årige. 3 ud af 4 patienter, der opereres for grå stær, er 70 år og derover.

Og ventetiden er stort set uændret og ofte lang - typisk 6-12 måneder.

Nogle siger, at vi må prioritere og lade være med at operere så mange. Andre siger lettere ironisk, at for år tilbage skulle man være næsten blind for at blive opereret, i dag kører man selv i bil hen og får det ordnet, og antyder dermed, at der opereres for mange. Jeg synes derimod, at udviklingen er et udtryk for en sund velfærdssituation. Det må da forbedre de ældres livskvalitet, og i øvrigt spare samfundet for en masse penge til hjemmehjælp osv. til de ældre, at de bevarer deres syn.

Mavesårsmedicin og nyrestensknusere er andre eksempler på ny teknologi, der har betydet, at mange undgår smertefulde og belastende operationer, og at mange flere har kunnet behandles med stigende livskvalitet til følge. Det synes jeg er en meget positiv side af vores velfærdssamfund.

Vi har hele tiden taget nye behandlingsmuligheder op - transplantationer, kikkertoperationer osv. - og det skal vi blive ved med. Hovedprincippet for os er: Hvis der findes en virksom og dokumenteret behandling, der kan kurere eller lindre, skal den bruges. Og indtil videre har vi ikke sagt nej til meget.

Vi skal udnytte de teknologiske muligheder bedst muligt og vi skal passe meget på, at prioritering ikke bliver lig med at stoppe udviklingen.

Vi skal dog ruste os med en sund skepsis og vedholdende efterspørge dokumentation for nye metoders effekt. Være patienternes kritiske vagthunde. Som politikere har vi så pligt til at tilrettelægge behandlingen så rationelt som muligt. Og det er sagen om 2 transplantationssteder i Danmark ikke et godt eksempel på. Det var dyre lærepenge ikke mindst for patienterne.

### **Internationale standarder**

Den medicinske udvikling er international. Vort sygehusvæsen skal være på linie med naboernes. Man kan let forestille sig, hvad der ville ske, hvis der fandtes en virksom behandling mod AIDS eller bestemte kræftformer i USA, England og Frankrig, men som vi forbød herhjemme. F.eks. hvis vi ikke ville have med genterapi at gøre. Danske patienter ville naturligvis rejse til udlandet. Jeg ville gøre det samme.

Kom vi først i en situation, hvor nogle kunne få en behandling i udlandet mod en livstruende sygdom, ville vi få en diskussion, hvis resultat ville være givet på forhånd. Der ville være patienter, der havde råd til at betale en behandling i udlandet, og der ville være andre, som ikke havde. Vores rodfæstede nationale uvilje mod at nogle kunne betale sig til behandling, mens andre måtte gå fra hus og hjem ville føre til samme resultat. Det danske sygehusvæsen skal have en kvalitet i behandlingen, som svarer til andre landes sygehusvæsen.

### **Frit sygehusvalg**

Det frie sygehusvalg blev indført i 1993 og amterne gik som bekendt forrest.

Mange tror det handlede om patienternes rettigheder - det gjorde det selvfølgelig også - men det handlede også om sund konkurrence. Det frie sygehusvalg betyder nemlig, at der er et vist pres på systemet til at yde det bedste; hvis ikke kan patienterne vælge det givne sygehus fra. Med et slag er der

indført markedsmekanismer i et offentligt styret og finansieret sygehusvæsen. Det, tror jeg, er med til at fremme effektiviteten yderligere.

Men det betyder også, at hvis Roskilde Amt eksempelvis vælger ikke at ville yde IVF-behandling, og Fyns Amt ikke vil yde kemoterapi til lungecancerpatienter, så kan det være svært at realisere. Det frie sygehusvalg indebærer nemlig, at hvis deres borgere vil have behandlingen, har de ret til at vælge et andet sygehus i et andet amt, og så kommer bopælsamtet alligevel til at betale for det. Det frie sygehusvalg har altså betydet, at der bliver en slags fællesnævner for amternes sygehusbehandling, og det vil oftest være den største. Borgerne er her med til at prioritere. Hvis man ønsker, at der skal ske indskrænkninger og prioriteringer, forudsætter det enighed mellem alle amter.

### **Mest muligt for pengene**

Jeg har forsøgt at belyse forskellige aspekter af prioritering inden for sundhedsvæsenet. Mit ønske har været at illustrere, at det er en utroligt kompleks problemstilling med mange forhold, som ofte reagerer som forbundne kar.

Jeg mener, vores væsentligste opgave som politikere og driftsejere i et amtskommunalt system er at sikre størst mulig effektivitet og kvalitet på sygehusene. Herved sikrer vi, at vi får mest muligt for pengene. Det er mit bedste bud i prioriteringsdebatten. Vi skal hele tiden kigge strukturen efter i sømmene, trimme vores organisationer og sætte systemet under et vist pres, så vi sikrer effektiviteten. Derfor ærgrer det mig eksempelvis også at læse om, at der tages alt for mange laboratorieundersøgelser, som ikke bruges på sygehusene. Det tyder på spild af penge, som kunne have været brugt rigtigt.

Og så tror jeg oprigtig talt, at vi politikere skal være meget varsomme med at blande os i "sengekantsprioriteringen"; dvs. den lægelige vurdering af behandlingsbehovet. Jeg har endnu ikke set nogen eksempler på, at en sådan politisk indblanding har været en succes. Det ender som regel med, at politikerne ikke kan holde til at efterleve sin beslutning, når det kommer til Fru Jensen, der henvender sig direkte til politikerne med sit problem.

hr>

## **Den konkrete anvendelighed af prioriteringsmodeller**

Cheflæge Paul D. Bartels

Randers Centralsygehus

### **Provinsens standardsygehus - centralsygehuset**

Mit udgangspunkt for diskussionen om prioriteringsmodellens konkrete anvendelighed er virkeligheden på et middeldansk centralsygehus. Randers Centralsygehus dækker 80-90% af borgernes behov for sygehusydelse i et optageområde på ca. 125.000 indbyggere. Herudover løses særlige opgaver indenfor visse specialer, dækkende et befolkningsgrundlag på op til 250.000 indbyggere. Opgaveløsningen - og dermed prioriteringsudgangspunktet - finder sted i tæt samarbejde med på den ene side universitetshospitalet og på den anden side primærsektor i kommuner og almen praksis.

Størstedelen af sygehusets ydelser sker til akutte patienter. Således var i 1994 mere end 90% af den medicinske afdelings indlæggelser akutte, mens der på det kirurgiske område sås en akutprocent over 50.

Som på landets øvrige sygehuse foregår der faglig-økonomisk begrundet prioritering. Synlig i form af ventetider af varierende længde til planlagte indgreb. Mens prioriteringen indenfor den akutte sektor, specielt den medicinske side, er mindre synlig, men giver sig udslag i regelmæssige episoder med overbelægning på de ikke-intensive områder af sygehuset. rsagerne hertil er de sædvanlige: Udvikling i medicinsk teknologi i bredeste forstand sammen med effektivisering af informationsformidling og krav om egal kvalitet hvad enten patienter behandles på universitetshospital eller basisniveau, stigende

forbrugerbevidsthed og dermed følgende serviceringskrav hos patienter og borgere samt ændring i befolknings sammensætning. Samtidig begrænsede muligheder for øgning af driftsmidlerne. Centralsygehuset befinder sig derfor i en konstant forandring.

### **Rammestyling og prioritering - sygehusledelsens rolle**

Opgaverne på centralsygehuset løses indenfor en politisk fastlagt økonomisk ramme - små 400 mio. kr. pr. år.

Jeg skal ikke diskutere grundlaget for fastlæggelse af rammestørrelsen men blot konstatere, at sygehusledelsens opgave er indenfor denne ramme at sikre en fordeling af ressourcer mellem de forskellige opgaver, således at optageområdets behov dækkes kvalitativt tilfredsstillende og omkostningseffektivt. Med denne formulering kunne det synes, som om overordnet prioritering indskrænkede sig til fordeling af sygehusbudgettet i poser uden den store interesse for konsekvenser og effekter, mens den faglige ledelsesmæssige indsats på sygehusniveau ensidigt rettes mod økonomi og budgetoverholdelse. Dette billede af rammestylingen dækker imidlertid ikke virkeligheden 5-10 år efter princippet indførelse i sygehusvæsenet.

Rammen uddeles med en række forpligtende forudsætninger fra de overliggende niveauer. Forudsætningerne kan være mere eller mindre konkrete og nærme sig egentlige kontrakter. Det gælder både opgavernes art, kvalitetsniveau og kvantitet, idet sidstnævnte som den mest tilgængelige størrelse hyppigst anvendes i prioriteringssammenhæng. Tilsvarende diskussion foregår mellem sygehusledelse og afdelinger/enkelte behandlere på sygehuset.

Som led i denne dialog om mål og resultater argumenteres der løbende mellem de forskellige niveauer om prioritering. Jeg kan således fra egne erfaringer nævne en bred debat mellem alle niveauer af sundhedsvæsenet i rhus amt omkring prioritering af opgaven "Den ældre patient med internmedicinske lidelser".

Mål-, ramme- og kontraktstyring som prioriteringsmiddel er endvidere også på centralsygehusniveau til en vis grad suppleret med svagt tilløb til markedsstyring for så vidt angår udenamts patienter og budgetforligspatienter (knæ og rygge). Her er dialogen mellem niveauerne omkring omfang og art af opgaveløsning begrænset.

På det praktisk konkrete plan ændrer prioriteringsopgaven sig i øjeblikket ud over det, der er givet i den forvaltningsmæssige administrative praksis. Det bliver stadig hyppigere nødvendigt at tage stilling til valg mellem behandlingsopgaver, som ikke er betinget af umiddelbare økonomiske forhold. Det drejer sig her om de situationer, hvor der skal vælges som følge af mangel på uddannede fagpersoner.

I tæt sammenhæng hermed ses i øjeblikket en stigende nødvendighed af at - som det hedder - opprioritere uddannelse frem for løsning af driftsopgaver. Med andre ord: Fravalg af patientbehandling her og nu med det formål at sikre patientbehandling i fremtiden.

### **Prioritering på sygehusniveau - konkrete eksempler**

De 3 nationers prioriteringsmodeller<sup>1</sup> er som andre tilsvarende indlysende rigtige. Jeg vil hævde, at hovedgrundlaget for de valg, der træffes i prioriteringsmæssig henseende, også på et gennemsnitsdansk centralsygehus er præget i hvert fald af forestilling om vurdering af sygdomsalvorlighed, behandlingseffektivitet set i forhold til omkostningsniveau samt princippet om lige adgang og ligeværd for alle. Imidlertid er det væsentligt for realismen i diskussion omkring prioriteringsprincipper at erkende, at virkeligheden synes mere mangfoldig end det, der dækkes af den medicinsk faglige og etiske dimension, jfr. figur 1, hvor det især skal fremhæves, at institutionshensyn ideelt set er midler, der ofte i den konkrete virkelighed ender som mål.

Figur 1: Hensyn som tages ved prioritering



Behandlingseffekt	Retfærdighed/lighed
Sygdomsalvor	Økonomi
Behov - ønsker	Betydning for andre i fremtiden (forskning, undervisning)
	Institutionshensyn: "Faget", "byen/amt-et", "Markedet", "Sygehuset"

Det er også åbenbart, at der heller ikke på sygehusniveau i prioriteringssammenhænge etableres umiddelbar kobling mellem tilvalg og fravalg. Dette betinges bl.a. af rammestyringsmodellen. Det er en stadig tilbagevendende begivenhed, at nyudvikling "finansieres" indenfor sygehusets egne rammer. Det vil sige, at ressourcerne til en given udvidelse af aktivitet tages diffust over hele sygehuset, f.eks. ved en forestilling om en generel produktivitetsstigning på nogle få procent pr. år. Denne fremgangsmåde er praktisk rimelig at administrere, men kan give anledning til, at fravalget netop sker på de vanskeligt dokumenterbare områder, som f.eks. omsorgsområdet.

Jeg skal prøve at illustrere kompleksiteten i prioriteringsbeslutninger på sygehusniveau ved 3 udvalgte tilfælde.

### 1. Overgang til kikkertkirurgi

Væsentligt medvirkende i beslutningen om dette, som både indebar investering i ekspertise og teknologi, var både hensyn til kundeservice (minimal varighed af postoperativt sygeleje), vurdering af økonomi (besparelse på sengedage) og betydning for faglig udvikling og fortsat rekruttering af kompetente læger til sygehusets kirurgiske afdelinger. Solid dokumentation for effektivitet var egentlig ikke til stede.

### 2. Anskaffelse af CT-scanner

Igen investering i såvel ekspertise som teknologi. Beslutning om anskaffelse er foretaget efter særdeles grundig vurdering af konsekvenser for kvalitet af specielt akut patientbehandling. Et meget væsentligt element i prioriteringsbeslutningen var også overvejelser omkring bestykning af andre centralsygehuse af samme størrelse, overvejelse af institutionsinteresser på et stadigt mere åbent marked. Samtidig spillede også her rekrutteringsmuligheder indenfor såvel det radiologiske som flere kliniske specialer en rolle.

### 3. Opprioritering af behandling af den almenmedicinske patient

Opprioriteringen udløses af overbelægningsdebat som led i generel amtslig politisk prioritering. Argumentationen for denne opprioritering består i dokumentering af overbelægning samt vidnesbyrd gående på kvalitetsproblemer. Opprioriteringen kommer i stand både ved eksterne midler og ved intern omprioritering. Beslutningsgrundlaget er her kvantitative data omkring aktiviteten samt "anstændighedsvurdering", mens egentlig medicinsk evidens for nytte eller omkostningseffektivitet er fraværende.

## Problemer omkring prioritering på sygehusniveau

Som konklusion på ovenstående vil jeg fremhæve de 3 problemer, jeg ser som væsentlige i valg af prioriteringsmodeller på praktisk udførende niveau:

1. Vanskeligheden ved at opnå tilstrækkelig dokumentation omkring nytte samt omkostningsforhold i forbindelse med prioriteringsbeslutninger.

Det er vigtigt, at man gør sig klart, at sygehusvæsenets virksomhed er meget bred og spænder fra biomedicinsk intervention til ren asylfunktion. Dokumenterbarheden af aktiviteterne på sygehuset har imidlertid ikke den samme bredde - her tenderer de rene biomedicinske aktiviteter til at være bedst belyst. Således er der næppe tvivl om, at påstanden om de kun 10-20% effektive behandlinger og indgreb ikke holder, når det gælder brug af moderne farmaka. Det vil sige, at lægges der i prioriteringsmodeller meget vægt på evidensbaseret medicin, må der samtidig ske en udvidelse af mængde og bredde i helsetjenesteforskning.

2. Prioriteringsmodellerne må for at være realistiske i den praktiske hverdag også medtage analyser af og holdninger til institutionspolitikker i bredeste forstand.

3. Prioriteringsmodellerne skal kunne tackle investeringsproblemet, som både med hensyn til dokumentations- og forskningskrav samt uddannelseskrav ser ud til at få stadig stigende betydning.

## Noter

1. For en gennemgang af Norges, Sveriges og Hollands modeller, se Det Ethiske Råds debatoplæg Prioritering inden for sundhedsvæsenet fra 1995.

---

## Den konkrete anvendelighed af prioriteringsmodeller

Chefsygeplejerske Mette Fink

Odense Universitetshospital

### Indledning

Prioritering betyder, at der foretages valg af, hvilke ønsker der skal tilgodeses, set i lyset af, at der kun kan benyttes en begrænset mængde ressourcer. En række spørgsmål må overvejes i forbindelse med disse valg.

- Hvad er alternative omkostninger ved de valg, vi træffer?
- Kender vi, kan vi overskue, alternative omkostninger?
- Afvejning af hvad der skal til nu og i fremtiden.
- Fordeling mellem forskellige grupper (i denne forbindelse grupper af patienter), osv.

De overvejelser vil afspejle det værdigrundlag, hvorpå valgene træffes, ligesom enhver prioritering må baseres på et mål, som netop afspejler værdigrundlaget.

Prioritering foregår på flere forskellige niveauer, som det f.eks. er beskrevet i Det Ethiske Råds debatoplæg (de 4 valg). Der er overordnede niveauer og helt konkrete niveauer, hvor man som personale står over for den enkelte patient. Det er ofte i denne debat skitseret, at der eksisterer helt forskellige værdigrundlag på de forskellige niveauer. Dette er udtrykt gennem den etiske holdning/opfattelse, nemlig pligtetikken og nytteetikken, hvor nytteetik groft sagt anføres at tilhøre økonomer, mens pligtetik henhører til læge- og sygeplejerskestanden. Når jeg trækker det forhold frem her i indledningen, er det fordi, jeg ikke er enig i dette synspunkt. Jeg mener, at begge grupper veksler mellem de to etikker.

Min erfaring er, at der konstant blandt læger og plejepersonale finder prioritering sted, behård endda og på et nytteetisk grundlag. I en aftenvagt i en kirurgisk afdeling er plejepersonalnormeringen typisk 1 sygeplejerske og 2 social- og sundhedsassistenter, eventuelt den ene elev. Der er plads til 25 patienter, med overbelægning på 2, hvortil kommer, at der er meldt om 2 akutte patienter. Der er døende patienter, nyopererede patienter, patienter der skal have foretaget store sårskift osv. Der er helt klart knaphed på personaleressourcer. Slet ikke nok til at yde den omsorg, som patienterne har behov for. Der prioriteres, og det sker ud fra nytteetiske overvejelser, dvs. under hensyntagen til hele gruppen

af patienter.

Spørgsmålet er - og det ved vi ikke, det er i hvert fald ikke undersøgt - hvorvidt man, hvis der havde været andre personer i den omtalte aftenvagt, ville have prioriteret på samme måde? Det vil sige, har personalet et fælles værdigrundlag i deres konkrete prioritering? Det er her, for mig at se, at prioriteringsmodellernes konkrete anvendelighed kommer ind i billedet.

## **Prioriteringsmodellen i Fyns Amt**

Prioriteringsmodellen i Fyns Amt er bygget op om elementære målsætninger: Kontraktstrategi og prioriteringsprincipper.

Det er nu 4. år, at Odense Universitetshospital indgår kontrakt med Fyns Amt om hospitalets samlede økonomi og samtidig 4. år, at hospitalsledelsen indgår kontrakt med afdelingsledelserne om deres økonomi med samme målsætninger og prioriteringsprincipper samt justering af kvalitetsmål.

### **Kontraktstrategien i Fyns Amt**

Ganske kort vil jeg introducere hovedelementerne i kontraktstrategien i Fyns Amt.

Betegnelsen smager af den markedsideologi, som så at sige skyller hen over sundhedsvæsenet i disse år. Der er mange tilhængere, men lige så mange modstandere.

Betegnelsen kontrakt er hentet fra det private erhvervsliv og giver mindelser om stykpriser og leverancer. Erhvervslivets kontrakter tilhører det civile rets system, der sikrer, at et kontraktbrud udløser sanktioner, og at parterne kender dette på forhånd. Hvis afdelingsledelser og hospitalsledelse ikke opfylder deres kontrakt, giver det dønninger, men om det derudover får konsekvenser, og i givet fald hvilke, er mere uvist.

Hvad indeholder kontrakten?

Hver afdeling har inddelt deres patienter i ti grupper, hvor hver gruppe indeholder et antal sygdomsdiagnoser. Disse ti grupper er igen fordelt på antal elektive og antal akutte patienter pr. år.

Kontrakten på hospitalsniveau består groft skitseret af samtlige afdelingers kontrakter. Når jeg siger groft skitseret, er det fordi, de tværgående kliniske afdelingers og serviceafdelingers kontrakter er bygget anderledes op. Det vil jeg ikke komme ind på her.

I kontrakten binder man sig således til pleje og behandling af et vist antal akut og elektivt indlagte patienter på et år. Hertil hører et bestemt budget. Grundlæggende skal aktivitet, økonomi og kvalitet fastlægges samtidig, ellers er der ingen forskel fra rammestyning.

### **Målsætninger**

Med udgangspunkt i overholdelse af den til enhver tid gældende lovgivning, overenskomster, driftsaftaler mv. er formuleret følgende målsætninger for udviklingen og driften af hospitalsvæsenet:

1. Sundhedspolitiske mål,
2. fagligt relaterede mål,
3. overordnede driftsmål,
4. patientrelaterede mål,
5. midler til opnåelse af disse mål,
6. forhold i relation til generelle kerneydelser.

### **Prioriteringsprincipper**

Imidlertid er målsætningen for de sundhedspolitiske mål udmøntet i konkrete prioriteringsprincipper. Det er således anført i kontrakten, at udgangspunktet for prioriteringen bør være, at man først og fremmest behandler de sværeste sygdomstilfælde; f.eks. livstruende og invaliderende sygdomme.

Herefter må man i prioriteringsovervejelsen tage udgangspunkt i nyttevirkningen af behandlingen og inddrage aspekter som livskvalitet og livsforlængelse.

Prioriteringsrækkefølgen er:

- Behandling af livstruende sygdomme og sygdomme med akut 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, som er prioriteret højere.
- Behandlinger må som udgangspunkt ikke indføres, medmindre de må anses for nødvendige og har en dokumenteret nyttevirkning.
- Behandlingsmetoder må løbende revideres i overensstemmelse med nye dokumentationer for nyttevirkning.

De to sidste pinde er områder, som vi forventer at høre meget mere til i fremtiden. Det drejer sig nemlig om medicinsk teknologivurdering (MTV). Derfor er dette også med som et særligt notat i kontrakterne:

- Der skal foreligge en medicinsk teknologivurdering efter de fra Sundhedsstyrelsen udmeldte og godkendte retningslinier i forbindelse med alle ansøgninger om midler til projekter og til apparaturanskaffelser.
- Ved indførelse af ny medicin foretages vurdering efter samme retningslinier som for teknologivurdering. Herunder skal konsekvenser for sygesikringsområdet anføres (medicin efter udskrivelsen).

Det vil jeg vende tilbage til, men dokumenteret nyttevirkning er således et gennemgående krav.

På afdelingsniveau skal der prioriteres efter de prioriteringslister, der indgår i den enkelte afdelingskontrakt, efter princippet:

Når antallet af akutte patienter stiger udover, hvad der er forudsat i kontrakten, skal de elektive patienter nedprioriteres i en fastlagt rækkefølge. Således synliggøres hvad det er for en prioritering der sker, når afdelingen ikke kan klare hele aktiviteten.

Af politiske bindinger på afdelingen ligger, at prioriteringen ikke må gå på alder, køn og sociale forhold.

Prioriteringssystemet er udformet af de enkelte afdelinger. Ved at lade dem indgå i afdelingskontrakterne har man sikret sig, at de ansvarlige politikere ved, hvad de får for pengene, og hvad konsekvensen bliver, hvis behovet vokser fra budgettet. Afdelingsledelserne har initiativpligt overfor hospitalsledelsen, hvis der opstår forudsætningsbrist i afdelingskontrakterne.

### **Erfaringer fra 3 år med kontraktstrategien**

Generelt er fordelene ved kontrakter, at der er opnået gennemsigtighed, gennemskuelse og ikke mindst konkretisering af politikernes forventninger og afdelingernes formåen. Politikerne kan så sige se, hvad de får for pengene, og det kan afstemme forventningerne. Patienternes viden om området er mere reel, men generel.

Kontrakterne fører til en mere faglig og saglig drøftelse mellem afdelingsledelser, hospitalsledelse og

det politiske niveau, når hospitalets og afdelingernes kontrakter skal fastlægges. Vi kan sige fra, hvis det skitserede forventningsniveau ikke er realistisk.

### Erfaringer på hospitalsniveau

Nu har jeg indledningsvis været inde på de generelle fordele. På hospitalsniveau har det dog stået helt klart, at det ikke er blevet lettere at udforme et holdbart budget, fordi budgettet nu hedder kontrakt og samtidig angiver, hvor mange patienter der skal gennem systemet på et år.

I 1993 måtte hospitalet således have en tillægsbevilling. I 1994 kom Odense Universitetshospital ud med overforbrug, og i 1995 er der allerede givet tillægsbevilling. Et eventuelt overforbrug kan vi kun gisne om i skrivende stund. Det er kendte problemer. Kontraktstrategien har imidlertid gjort det synligt, hvor problemerne ligger.

Det er i sig selv en stor opgave at afstemme 40 afdelingers ønsker og formåen med de amtspolitiske prioriteringer og ændringer i befolkningsbehov. Opgaven bliver sværere, når regering og Folketing fører en aktiv sundhedspolitik, hvor prioriteringer og udspil til tider griber dybt ind i amternes planlægning.

Allerede det første år kom kontraktstrategien under hårdt pres. Med det frie sygehusvalg og stigning i patienttilgangen kom vi betydeligt over kontraktens patientgrundlag, hvilket betød stigende ventelister. Forløbet demonstrerede et af de centrale problemer, de et-årige kontraktperioder giver nemlig meget ringe styrings- og justeringsgrundlag. En generel sænkning af aktiviteterne skal til i den situation, men et stort hospital er som en supertanker lang tid om at ændre kurs og bremse op. Der kom en tillægsbevilling. Supertankeren har tilsvarende vanskeligt ved at komme op i hastighed.

Det andet kontraktår var præget af de landspolitiske 3 måneders ventetidsgaranti for knæalloplastik og discusprolapsoperationer. Desuden skulle Odense Universitetshospital deltage i den landsdækkende udbygning af kapaciteten på hjerte-kar-området.

Næsten alle frie puljemidler var imidlertid lagt ind i budgetterne, samtidig brugte afdelingerne deres kontrakter fuldt ud. Der var intet overskud. Det andet år resulterede i stort overforbrug. Selv om regnskabsprognosen frem til november 1994 så ud til et pænt regnskab, gik det ikke sådan. Informationssystemer omkring driftsbudgetter viste sig ikke at være gode nok, og det var netop dér, overskridelsen var.

Det tredje år, 1995, var der lagt op til en stram økonomi hele året, så stram, at hospitalsledelsen tilkendegav over for politikerne, at den var urealistisk stram. Det foregående års overforbrug skulle dertil hentes ind, overvejende i de afdelinger, der præsterede overforbruget. I mange afdelinger betød det i en periode totalt stop for indkaldelse af patienter fra ventelister. ret var som for andre hospitaler præget af sygeplejestrjke og længerevarende sygeplejerskemangel.

### Konklusion

Vi savner et tilstrækkeligt informationssystem, hvor vi kan følge udviklingen i aktivitet og økonomi og knytte oplysningerne sammen med kvalitetsmålene. Det vigtigste er at få længerevarende kontraktperioder og samtidig at tilvejebringe puljemidler til uforudsete situationer, som er et af et hospitals grundvilkår.

### Erfaringer fra afdelingerne

Afdelingerne har mulighed for at disponere inden for kontrakten, både hvad angår aktivitet og budget, f.eks. omlægning fra stationær til ambulans behandling og flytning af lønmidler (f.eks. ubesatte stillinger til drift).

De fordele, der derved opnås, skulle bl.a. være incitament til effektivisering. Men der er en svaghed ved systemet, for som det fungerer i dag, vil en afdeling ikke få lov til at beholde fordelene ved effektiviseringen ret længe. Afdelingerne er forbundne kar - tomme senge i én afdeling og overbelægning i en anden. Det går ikke. Man hjælper hinanden. Nyttetik?



En anden, men måske meget overset, svaghed ved kontraktstrategien er, at prioriteringslisten kun gælder inden for den enkelte afdeling.

Når patientgruppen ses i en bredere sammenhæng, kan det opleves tilfældigt, hvilken patient der nedprioriteres. I andre sammenhænge ville det måske ikke lige netop være blevet den patientgruppe. Noget andet er, at det i en afdeling år efter år ofte vil være den samme patientgruppe, der står for skud som rangerende længst nede på prioriteringslister.

Vi har jo også oplevet, at politikerne alligevel ikke kan bære den prioritering, så vi endte med at måtte nedprioritere et andet sted, som det var tilfældet i "kemosagen". På den måde kan man sige, at "trængte patientgrupper" bliver særdeles synlige, også på overordnet niveau.

Vi må erkende, at det er de (foreløbigt) elektive patienter, der er afdelingens elastik i systemet. Det kan give store problemer i afdelinger med høj akutgrad. Derved er vilkårene ulige for afdelingen og dermed også for patientgruppen. Som afdelingsledelse opleves der ikke så stor forskel på rammestyring og kontraktstyring.

I kontrakt 95 og 96 har der ikke været meget at forhandle om. Der er meldt en ramme ud, som der ikke kan forhandles om, men fordelene er, at vi får mulighed for at synliggøre vores problem. Som et eksempel kan nævnes, at en afdeling reelt kun har haft prioriteringslisten i brug to gange, i stedet har afdelingen fået tillægsbevilling.

## Konklusion

Allerede det første års erfaringer med kontraktstrategien afdækkede en tilbagevendende situation med de et-årige-kontrakter.

Aktiviteten i en afdeling er ikke jævn året igennem. Patienttilgangen er svingende, og det er personaleforbruget også. Man skal langt hen på året, før det kan udredes, om aktiviteten skal sænkes. Skal den det, bliver det altid sidst på året.

Her mangler tilstrækkelige informationssystemer. De, mål vi har, er for grove. Vi har behov for oplysninger om, hvad de enkelte patientgrupper koster, og som også siger noget om kvaliteten af ydelsen.

## Perspektiver

Jeg var indledningsvis inde på, at vi forventer, at medicinsk teknologivurdering, MTV, vil komme til at spille en betydelig rolle fremover i prioriteringsdebatten og dermed i udviklingen af prioriteringsmodeller.

I foråret 1995 afholdt hospitalsledelsen på Odense Universitetshospital temadag for afdelingsledelserne om netop emnet prioritering.

I den forbindelse nedsatte hospitalsledelsen et ad-hoc udvalg med dekan Mogens Hørder som formand. Udvalgets hovedopgave var at forsøge at gøre prioriteringsovervejelser operationelle. Formålet er at tilvejebringe et begrebsapparat, som vil være anvendeligt i konkret stillingtagen til indholdet af de kontrakter, som afdelingsledelser og hospitalsledelsen indgår. Nøgleordet i udvalgsarbejdet var dokumentation for effekten af undersøgelse, pleje og behandlingsmetoder, økonomi, patienttilfredshed og organisation. Kort sagt MTV som konkret redskab i en prioritering.

Set fra et sundhedsfagligt synspunkt har vi store forventninger til anvendelse af MTV sammen med referenceprogrammer og patientforløbsprogrammer. Udviklingen af referenceprogrammer foregår på nationalt plan og burde ideelt set være forudgået af MTV. Det er den oftest ikke, men indeholder dog mange elementer fra MTV.

1996 bliver året, hvis det går som planlagt, der kommer til at dreje sig om patientforløb, audits. Der er således allerede som noget nyt stillet krav om tværfaglig gennemgang af forskellige cases, og

beskrivelse af tre udvalgte patientforløb i de enkelte afdelinger. Dvs. beskrivelse af alle faggruppers og specialers indsats i enkelte forløb fra indlæggelse til udskrivelse. Odense Universitetshospital har endnu ikke udarbejdet en egentlig model for beskrivelse af patientforløb, men er godt på vej med udgangspunkt i referenceprogrammer. Således har alle kliniske afdelinger med udgangen af 1995 valgt tre patientforløb.

Her er foreløbig allerede valgt fire, som også er politisk godkendt, og som der skal arbejdes med. Omkring årsskiftet prioriterer hospitalsledelsen yderligere et antal, der skal arbejdes med i hvert center og på tværs af centrene.

Indledningsvis var jeg inde på spørgsmålet om, hvorvidt vi har et fælles værdigrundlag i den konkrete prioritering. Jeg mener, vi for at skabe lighed må stræbe mod det, og at arbejdet med patientforløb kan blive et vigtigt skridt på vejen, idet det synliggør prioriteringen.

## **Afslutning**

Prioriteringsdebatten vil fortsætte. Nogle er af den opfattelse, at prioriteringskonflikterne ikke kan løses, men må håndteres. Fyns Amts model er et eksempel, men i debatten er det ikke tilstrækkeligt. Der er efterlyst en prioritering af prioriteringsdebatten, med for eksempel et etisk udgangspunkt, et demokratisk udgangspunkt og et styringsmæssigt udgangspunkt. Med de styringsværktøjer, der er udviklet i Fyns Amt, finder jeg, at der er grundlag og mulighed for en prioritering af debatten.

## **Anvendt litteratur**

Ugebrevet Mandag Morgen nr. 2, februar 1995. Prioriteringer i sundhedsvæsenet bliver en kronisk lidelse.

Morgenposten Fyns Stiftstidende, 25.2.1995. Det svære valg. Terkel Christiansen. Center for Helsetjenesteforskning og Socialpolitik. Odense Universitet.

Debatoplæg fra Det Etske Råd.

---

## **Erfaringer fra prioritering på amtsplan**

Sundhedsdirektør Peter Orebo Hansen

Storstrøms amt

Storstrøms amt har i de sidste 1-2 år brugt en del tid på at diskutere prioritering i sundhedsvæsenet. Diskussionerne har bølget højt på alle niveauer i amtet: Blandt borgerne, i medierne, blandt politikerne, blandt medarbejderne på sygehusene osv.

I denne artikel berettes om erfaringerne fra prioriteringen i Storstrøms amt.

Det er ikke en beskrivelse af "de vises sten" - for sådanne findes ikke i prioriteringsdebatten, der i følge sagens natur aldrig vil kunne afsluttes. Men det er en beretning om nogle foreløbige erfaringer suppleret med en redegørelse for nogle teoretiske og praktiske problemstillinger i sundhedsprioriteringen - set fra en amtslig synsvinkel.

## **Baggrund**

Nogle - efterhånden ganske få - mennesker opfatter "prioritering i sundhedsvæsenet" som fy-ord, der er uetisk og fjernt fra dansk tradition.

Andre - bl.a. Storstrøms Amtsråd - ser prioritering i sundhedsvæsenet som en ganske naturlig del af styringen af den offentlige sektor:

Al teoretisk og praktisk erfaring viser, at efterspørgslen altid vil overstige udbuddet af sundhedsydelse

- uanset bevillingernes størrelse - og derfor vil der altid være behov for at regulere efterspørgsel og udbud.

Regulering kan og skal antage mange former, f.eks.:

- \* forøgelse af behandlingskapaciteten på udvalgte områder,
- \* organisatoriske omlægninger mv., der medfører et større behandlingsudbud for uændrede ressourcer,
- \* efterspørgseldæmpende initiativer, som f.eks. sundhedspædagogiske tiltag, og
- \* prioritering, hvor udbuddet af ydelser rationeres på grundlag af udvalgte kriterier.

Prioritering kræver, at sygehusejeren tager stilling til dels hvilke sygehuseydelser, der skal leveres (afgrænsning af sygehusopgaven), dels i hvilken rækkefølge patienterne skal have del i de ydelser, der er afgrænset som sygehuseydelser (sammensætning af venteliste). Det er vanskelige spørgsmål, som ikke alene er et sundhedsfagligt anliggende, men i nok så høj grad kalder på etiske, økonomiske, juridiske og andre holdninger.

Prioritering i sundhedsvæsenet har altid eksisteret. Enten skjult, hvor resultatet af lægernes prioritering kunne aflæses af udviklingen i ventelisterne. Eller ved såkaldt "decibel-prioritering," hvor konkrete patienter (mis-)bruges til - via medierne - at skaffe en afdeling flere ressourcer. Både den skjulte og den meget højrøstede prioritering indebærer en risiko for, at de stærkeste og mest højtråbende patientgrupper tilkæmper sig en uforholdsmæssig stor andel af ressourcerne. Det kan f.eks. ikke udelukkes, at medicinske og psykiatriske patienter tidligere er blevet nedprioriteret til fordel for de mere "spændende og salgbare" kirurgiske patienter.

Storstrøms amt har ønsket at synliggøre den prioritering, der hidtil er foregået i det skjulte. Dette sker gennem en formaliseret dialog mellem sygehusene og politikerne om, hvordan de begrænsede ressourcer til sygehusvæsenet skal prioriteres i forhold til behovene. Centralt i denne dialog er "prioriteringsoversigterne," som indeholder en oversigt over, hvordan aktiviteten prioriteres på sygehusene.

### **Prioriteringsoversigter - indhold**

Storstrøms amt har siden 1993 arbejdet efter den såkaldte "kontraktstrategi", der indebærer, at sundhedsudvalget og de enkelte sygehusledelser indgår 1-årige aftaler om mål for aktivitet, kvalitet, service og økonomi. I forhold til traditionel budgetteringspraksis synliggør kontrakterne parternes fælles ansvar for målopfyldelsen, herunder for den foretagne prioritering. @ndres forudsætningerne undervejs, indeholder kontrakterne genforhandlingsklausuler.

Idéen med prioriteringsoversigterne opstod - lidt hovedkulds - i efteråret 1994 i forbindelse med forhandlingerne mellem sygehusledelserne og sundhedsudvalget om kontrakterne for 1995:

Situationen var, at sundhedsudvalgets budgetramme for 1995 umiddelbart ikke svarede til sygehusledelsernes forventninger om patienttilgang i 1995. Under de indledende kontraktforhandlinger præsenterede sygehusene sundhedsudvalget for besparelsesforslag, der ikke vandt gehør i sundhedsudvalget.

Fremfor at beordre en traditionel procent-reduktion af sygehusenes budgetrammer udbad sundhedsudvalget sig i stedet den enkelte sygehusledelses forslag til, hvordan den forventede patienttilgang i 1995 behandlingsmæssigt skulle prioriteres indenfor den givne budgetramme. Prioriteringsoversigterne, som indeholdt en skala fra 1-10, skulle udarbejdes på grundlag af patienternes behandlingsbehov, altså sygdommens sværhedsgrad. På baggrund af prioriteringsoplæggene skulle sundhedsudvalget foretage den endelige prioritering, som herefter ville blive indarbejdet i kontrakterne. Sundhedsudvalget var ikke interesseret i at prioritere på patientniveau - det som Etisk Råd kalder det 4. prioriteringsniveau - men derimod at øve indflydelse på prioriteringen af patientgrupperne i amtet - jfr. Etisk Råds 2. og 3. prioriteringsniveau.

På baggrund af forslagene til prioriteringsoversigter fra sygehusene udspandt der sig en heftig debat, der bl.a. blev ført i medierne, hvor det fæg med beskyldninger om nedskæringer og frasortering af patientgrupper i strid med sygehusloven osv.

Det hele endte med, at Amtsrådet et par måneder inde i 1995 vedtog at forøge sundhedsudvalgets budgetramme for 1995 med ca. 10 mio. kr.

Sporene fra den første prioriteringsrunde skræmte ikke mere end, at sundhedsudvalget valgte at videreføre idéen med prioriteringsoversigterne for 1996 således, at oversigterne indgår i kontrakterne for 1996.

Figur. 1 på næste side indeholder en beskrivelse af de prioriteringsgrupper, der indgår i oversigterne.

Figur 1

Prioriterings nr.	Prioriteringsgruppe
1. Akutte	Alle akutte patienter uanset diagnose.
2. Subakutte	Patienter som ikke kræver akut indlæggelse, men dog indlæggelse inden for ganske få dage efter henvisning. Dvs. patienter, som med stor sikkerhed vil dø i løbet af dage eller uger, hvis de ikke behandles. Eksempler: Kræftpatienter, patienter med kronisk hjertesvigt, patienter med svær blodmangel.
3. Patienter truet på liv eller førlighed	Patienter som vil kunne dø eller blive svært invalideret, hvis de ikke behandles. Flertallet skal behandles i løbet af få uger. Eksempler: Alvorlige tilstande af dårligt reguleret sukkersyge, astma, betændelse i tarmkanalen, sten i urinvejene, diskusprolaps med afklemning af nerver, øjensygdomme som kan give varig blindhed, skizofreni, svære blødningsforstyrrelser.
4. Betydelig forringet livskvalitet	Patienter som har betydeligt forringet livskvalitet på grund af vedvarende smerter og/eller førlighedstab, og hvor behandling med dokumenteret effekt kan afhjælpe generne. Eksempler: Svær slidgigt i hofter eller knæ, angina pectoris, åreforkalkning i ben, smertebehandling af uhelbredeligt kræftsyge.
5. Reduceret livskvalitet	Patienter som har reduceret livskvalitet på grund af anfaldsvise eller moderate smerter, lettere førlighedstab og/eller andre væsentlige gener, og hvor behandling med dokumenteret effekt kan afhjælpe generne. Eksempler: Brok, forstørret prostata, meniskskader, grå stær, galdesten.

6. I nogen grad reduceret livskvalitet

Patienter som har gener, der i almindelighed hverken er smertefulde eller i væsentlig grad hæmmende på førligheden, men i nogen grad reducerer livskvaliteten. Behandling har formodet effekt. Eksempler: Skelen hos voksne, tårevejslidelser, åreknuder, misbrug, neuroser, sexologiske lidelser.

7. Ikke påkrævede eller uvirksomme behandlinger

Patienter som ønsker behandlinger udført, der ikke er sygdomsbetingede, eller behandlinger som har tvivlsom effekt. Eksempler: Kosmetiske operationer, sterilisationer, behandling for barnløshed.

Der er - som i den norske prioriteringsmodel fra 1989 - taget udgangspunkt i prioriteringskriterierne:

\* sygdommens sværhedsgrad (f.eks. graden af fysisk og psykisk smerte, funktionsevne samt risiko for død eller invaliditet ved manglende behandling) og

\* den dokumenterede nytteeffekt af behandlingen (f.eks. forventet sandsynlighed for effekt ved behandling, risiko for forværring ved udsættelse).

Men i modsætning til den norske model arbejder Storstrøms amt med 7 niveauer i stedet for 5. Derudover har amtet - bl.a. i lyset af de norske erfaringer - valgt at forlade "diagnosen" i beskrivelsen af prioriteringsniveauerne i erkendelse af, at kliniske erfaringer viser, at f.eks. 2 patienter med samme diagnose langt fra altid har det samme behandlingsbehov eller den samme nytte af en given behandling.

Idéen er, at der for hvert sygehus udfyldes et skema (jfr. figur 2, der indeholder et prioriteringsskema for Centralsygehuset i Næstved), hvor efterspørgsel og udbud af ydelser er fordelt på de 7 prioriteringsniveauer.

På basis af de sygehus-specifikke oversigter kan dannes en amtsdækkende prioriteringsoversigt.

Figur 2. Prioriteringsskema for Centralsygehuset i Næstved, 1996:

Nr.	Forventet antal ventende pr. 31.12.95	Forventet patienttilgang 1996	Forventet efterspørgsel 1996 ialt (A + B) C	Aktivitet			Afgang fra ventelisten af andre årsager G	Venteliste pr. 31.12.96 (C-F-G) H
				Udskrevne og døde D	Deldøgn E	Behandlede ialt (D + E) F		
1		21.527	21.527	18.475	2.742	21.217		
2	26	3.015	3.041	930	2.082	3.012	0	29
3	157	5.984	6.141	2.104	3.710	5.814	10	317
4	979	3.602	4.581	1.034	2.486	3.520	11	1.050
5	1.544	5.397	6.941	703	4.497	5.200	261	1.480
6	520	1.728	2.248	236	1.480	1.716	80	452
7	315	401	716	18	323	341	31	344
Ialt	3.541	41.654	45.195	23.500	17.320	40.820	393	3.672

Det skal understreges, at prioriteringsoversigterne omfatter alle patientgrupper, dvs. ingen patientgrupper er på forhånd "frasortet." Derimod er der forskel på, med hvilken hastighed patienterne kommer til. Konsekvenserne af den foretagne prioritering af behandlingskapaciteten aflæses af udviklingen på ventelisten, jfr. figur 2.

**Prioriteringsoversigter - ikke problemløse!**

Udfyldelsen af prioriteringsoversigterne har selvfølgelig ikke været problemløs:

Det har for det første vist sig overordentligt vanskeligt at beskrive den samlede efterspørgsel og det samlede udbud ud fra de to prioriteringskriterier: Sygdommens sværhedsgrad og ydelsernes dokumenterede nytteeffekt. En beskrivelse af fremtidige udbuds- og efterspørgselsforhold vil traditionelt blive foretaget med udgangspunkt i historiske data. Men det har vist sig, at der på både afdelings- og sygehusniveau mangler klinisk viden om, hvordan patienterne historisk og aktuelt fordeler sig på prioriteringsniveauerne, hvilket naturligvis vanskeliggør prognostiske vurderinger. Dette kan umiddelbart overraske, idet de to prioriteringskriterier netop er meget klinisk prægede.

For det andet er det klart, at den daglige, kliniske anvendelse af de to prioriteringskriterier i nogle tilfælde indbyrdes konflikter, hvilket også de norske erfaringer antyder: F.eks. vil anvendelsen af prioriteringskriteriet "sygdommens sværhedsgrad" tilsige, at en alvorligt syg kræftpatient bliver behandlet, mens anvendelsen af prioriteringskriteriet "dokumenteret nytteeffekt" indebærer, at egentlig behandling af patienten ikke nødvendigvis iværksættes.

For det tredje er det spørgsmålet, om de to benyttede kriterier kan stå alene, eller skal suppleres med yderligere prioriteringskriterier (f.eks. kriterier som erhvervsmæssig tilknytning, alder, omkostninger ved behandlingen etc.). F.eks. kan man forestille sig, at lægen kan blive bragt i en situation, hvor kapacitetsmæssige årsager tvinger ham til at prioritere mellem to patienter, der ligger ens for så vidt angår sygdommens alvorlighed og effekt af behandling.

For det fjerde forudsætter anvendelsen af prioriteringskriteriet "dokumenteret nytteeffekt" viden om de enkelte behandlings nytteeffekt! Det er velkendt, at denne forudsætning langt fra er tilstede i det danske sundhedsvæsen i dag.

For det femte har det vist sig vanskeligt at udfylde prioriteringsoversigterne på grund af mangel på specifik viden om omkostningerne ved de forskellige behandlinger.

For det sjette indebærer opgivelsen af "diagnosen" som fordelingskriterium, at de eksisterende patientregistreringssystemer - der netop er baseret på "diagnosen" som registreringsenhed - ikke umiddelbart kan anvendes til at registrere den faktiske udvikling i patientprioriteringen, som den fremgår af kontrakternes prioriteringsoversigter.

Nogle af de problemer, der er knyttet til prioriteringsoversigterne, arbejder Storstrøms amt videre med. Andre af problemerne, f.eks. den kliniske dokumentation af behandlingerne og tilvejebringelsen af relevante omkostningsdata, må karakteriseres som problemer af mere generel natur, der forudsætter ensartede løsninger på landsplan.

### **Prioritering handler om dialog**

Firkantet sagt handler prioritering i sundhedsvæsenet for 10% om noget sundhedsfagligt. Resten drejer sig om følelser, livsværdier, politiske holdninger og lignende "bløde" faktorer, som f.eks. lægerne naturligvis ikke har patent på.

Derfor er det også vigtigt, at der til stadighed føres en dialog mellem f.eks. politikerne og borgerne samt mellem politikerne og sundhedspersonalet om den sundhedsmæssige prioritering.

Når "erfaringerne fra prioritering på amtsplan" skal beskrives, hører dialogen med borgerne og sundhedspersonalet derfor med i beskrivelsen.

Dialogen har et dobbelt formål: Politikerne får lejlighed til at forklare borgerne om de prioriteringsmæssige overvejelser, der ligger bag forskellige sundhedspolitiske beslutninger. Og borgerne får mulighed for at fortælle politikerne, hvad de mener om den faktiske prioritering, der foregår. Helt analogt, når det drejer sig om dialogen politikere-sundhedspersonale: Politikerne får mulighed for at forklare personalet, i hvilken retning de prioriteringsmæssige overvejelser går. Og lægerne kan f.eks. redegøre for de utallige prioriteringsmæssige beslutninger, der træffes i en travl, klinisk hverdag.

Som et eksempel på "prioriterings-dialogen" kan nævnes, at Storstrøms amts sundhedsudvalg i 1995 har gennemført i alt 6 borgermøder rundt omkring i amtet. Møderne har været en del af den aktuelle sundhedsplanrunde, og ét af de gennemgående temaer var "prioritering i sundhedsvæsenet."

Helt konkret kan nævnes borgermødet i Fakse, som havde prioritering som aftenens hovedtema: I overværelse af ca. 150 tilhørere gennemspillede mødedeltagerne et sundhedsprioriteringsspil, som Experimentariet i København har udviklet i samarbejde med Det Ethiske Råd: Mødedeltagerne inddeltes i grupper og skulle "lege sundhedspolitikere" for en aften, dvs. de blev konfronteret med nogle konkrete, sundhedspolitiske valgsituationer, hvor de for en given bevilling skulle vælge mellem en række alternative behandlings- og forebyggelsesmæssige tiltag (f.eks. 40 hofter; trafikforebyggelse der kan forebygge et dødsfald og otte invaliderende ulykker osv.).

Et andet eksempel på prioriteringsdialogen var, da Storstrøms amts sundhedsudvalg sidste efterår arrangerede et prioriteringsmøde sammen med Lægekredsforeningen. På mødet diskuterede overlæger, oversygeplejersker og amtsrådsmedlemmer prioritering i sundhedsvæsenet, bl.a. på grundlag af nogle på forhånd udsendte autentiske cases, hvor konkret, klinisk prioritering havde været nødvendig. Et af mødets resultater var, at der blev udtrykt fælles erkendelse af behovet for synlig prioritering i sundhedssektoren. Hvordan det skal foregå i de kommende år, vil der komme forslag til fra en arbejdsgruppe, Lægekredsforeningen og amtet i fællesskab vil nedsætte i forlængelse af prioriteringsmødet.

### **Problemstillinger i sundhedsprioriteringen**

I et overordnet tilbageblik på den hidtidige sundhedsmæssige prioritering i Storstrøms amt er der fire temaer, der går igen, når problemstillingerne i prioriteringen skal sammenfattes: De mange etiske spørgsmål, forskning & udvikling, lovgivningsmæssige initiativer mv. og endelig manglen på en række basale informationer om konsekvenser af valg af forskellige prioriteringsalternativer.

I det følgende knyttes nogle enkelte, uddybende bemærkninger til disse problemstillinger.

Som det tidligere er omtalt i denne artikel, indebærer prioritering i sundhedsvæsenet bl.a., at sygehusejerne tager stilling til, hvilke ydelser der skal leveres. Dermed stilles sygehusejerne/amterne overfor vældige etiske udfordringer, der ikke alene handler om stritører, store bryster og insemination af lesbiske, men også om dybt alvorlige samvittighedsspørgsmål som f.eks. indsatsen ved livets begyndelse og afslutning. Spørgsmålet om visitation af patienter til sygehusenes intensivafdelinger, som for nylig blev rejst fra Bispebjerg Hospital, er det seneste eksempel på, hvor vanskeligt det er at gennemføre den nødvendige åbne og fordomsfrie debat om prioriteringsspørgsmål med et klart, etisk tilsnit.

Et andet område, der skaber vanskeligheder for sundhedsmæssig prioritering på amtsligt (såvel som på nationalt og internationalt) plan, er den sundhedsvidenskabelige forskning & udvikling. Den sundhedsvidenskabelige forskning & udvikling skaber nye behandlingsmuligheder der - sammen med økonomien - definerer albuenummet for den sundhedsmæssige prioritering.

Al erfaring viser imidlertid, at det kræver mere end almindeligt politisk mod og mandshjerte at sige nej til behandlingsmulighederne, når de først er udviklet. Derfor er det vigtigt, hvis man ønsker indflydelse på prioriteringen af ressourcerne i sundhedsvæsenet, at blikket rettes imod den sundhedsvidenskabelige forskning & udvikling.

Det er til gengæld vanskeligt at opnå samfundsmæssig indsigt med - endsige indflydelse på - den sundhedsvidenskabelige forskning: NASTRA-betænkningen fra sidste år (jfr. Forslag til en national strategi for sundhedsvidenskab, betænkning nr. 1284, januar 1995) viser, at over halvdelen af de samlede, sundhedsvidenskabelige forskningsmidler anvendes i den private sektor, og at betydelige andele af den forskning, der foregår i offentligt regi, finansieres med private midler.

Et par nyere eksempler illustrerer, hvordan den sundhedsvidenskabelige forskning & udvikling påvirker den sundhedsmæssige prioritering:

For ca. et år siden afholdt Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd og Dansk Sygehus Institut

en konsensus-konference om knogleskørhed. Konferencen viste bl.a., at den aktuelle forskning i knogleskørhed i Danmark domineres af private medicinalfirmaer, hvorved bl.a. megen vigtig forskning omkring specifikke sammenhænge mellem fysisk aktivitet og knogleskørhed forsømmes. I stedet koncentrerer forskningen om udvikling af nye og kostbare lægemidler, hvis effekter ikke altid forekommer veldokumenterede.

Et andet, meget aktuelt eksempel, er introduktionen af lægemidlet Beta-inteferon, som er et lægemiddel, der i følge producenten hæmmer invaliditetsudviklingen hos scleroseramte.

Lægemidlet anvendes i dag i USA. Det koster ca. 10.000 kr. pr. måned pr. patient og skal anvendes i livslang behandling. I Danmark er de samlede omkostninger vurderet til ca. 100 mio. kr. årligt. Dokumentationen for, at præparatet har den påståede, positive effekt, er tvivlsom, og den hviler på en enkelt undersøgelse, der internationalt er blevet skarpt kritiseret. Der er desuden betydelig usikkerhed om bivirkningerne af lægemidlet.

Producenten søgte i slutningen af 1995 markedsføringstilladelse i EU med henblik på udlevering af lægemidlet fra sygehusafdelinger i hele EU. Sagen gav anledning til en betydelig debat i faglige, administrative og politiske kredse i slutningen af 1995 gående på, om lægemidlet skulle ordineres fra sygehusene overhovedet og - i bekræftende fald - hvordan det skulle ordineres, dvs. hvilke administrative og kliniske retningslinjer, der i givet fald skal gælde for ordinationen.

Sagen er i skrivende stund ikke afsluttet. Men den nævnes her, fordi den giver anledning til konklusioner af principiel betydning for den fremtidige, sundhedsmæssige prioritering:

For det første viser den, at der skal udvises stor omhu med hensyn til at sikre, at effekten af nye behandlinger (herunder nye lægemidler) er veldokumenteret.

For det andet illustrerer sagen, at det volder betydelige etiske og politiske vanskeligheder at sige nej til et nyt behandlingstilbud, der allerede anvendes - enten i udlandet eller herhjemme - på forsøgsbasis.

Skal politikerne derfor for alvor have indflydelse på den prioritering, der foregår i sundhedsvæsenet, er det helt afgørende, at det politiske søgelys også er rettet imod den løbende, sundhedsvidenskabelige forskning & udvikling.

Et tredje tema, der konstant skaber vanskeligheder for sundhedsmæssig prioritering i et amt, er den stadige drypvise forekomst af mere eller mindre velkoordinerede initiativer fra centralt hold med betydelig virkning for sundhedssektoren.

Her skal omtales nogle enkelte eksempler:

Forsøgsordningen med knæleds- og discusprolapsoperationer tvinger amterne til enten at øge bevillingerne eller til at skubbe andre patientkategorier, f.eks. hoftepatienterne, længere ned i køen.

Indførelse af HTLV-screening, hvor man på baggrund af internationale undersøgelser kan regne sig frem til, at omkostningerne ved at undgå ét HTLV-induceret tilfælde af blodkræft i alt andrager ca. 600 mio. kr.

Orlovsordningerne medfører, at 2.000 sygeplejersker med ét slag er taget ud af sygehusdriften, hvilket forhindrer amterne i f.eks. at opprioritere ventelisteindsatsen og behandlingen af de sindslidende.

Lægemanglen der er et produkt af, at Sundhedsstyrelsen ikke lever op til sit overordnede ansvar for at uddanne det tilstrækkelige antal læger, sætter selvfølgelig nogle snævre grænser for amternes prioriteringsmuligheder. I øjeblikket er f.eks. mellem 10 og 15 % af lægestillingerne i Storstrøms amt ledige, hvilket bevirker, at det i stigende omfang er kvalifikationerne blandt de læger, vi er i stand til at rekruttere, der bestemmer, hvordan sundhedsvæsenet skal indrettes, fremfor den omvendte situation, hvor amtet efterspørger lægelige kvalifikationer på baggrund af en forudgående beslutning baseret på prioritering og planlægning.

Det fjerde og sidste område, der erfaringsmæssigt har voldt vanskeligheder i den amtslige,



sundhedsmæssige prioritering, handler om informationen vedrørende konsekvenserne af de sundhedspolitiske valgmuligheder.

Det ligger vel i sagens natur, at politikerne ikke ønsker at opprioritere anvendelsen af virkningsløse sundhedsydelser! Ikke desto mindre er det en kendsgerning, at det står lidt sløjt til med at dokumentere nytteeffekten af såvel eksisterende som nye sundhedsydelser.

Meget bedre står det ikke til med at belyse omkostningerne ved sundhedsydelse. Dette skyldes naturligvis til dels problemerne med ydelseernes sundhedsfaglige dokumentation, men også, at der ikke endnu er udviklet en metodik og et informationssystem, som kan give et dynamisk, dvs. et løbende og ajourført, billede af udviklingen i de marginale omkostninger ved de forskellige sundhedsydelser.

Det må konstateres, at det er temmelig vanskeligt at foretage den nødvendige belysning af konsekvenserne af forskellige, sundhedspolitiske alternativer, og det præger naturligvis de sundhedspolitiske beslutninger i dagens Danmark, at konsekvenserne af givne beslutninger ikke altid kan beskrives med den ønskede klarhed.

## **Afslutning**

Det aktuelle spørgsmål er ikke, om der skal prioriteres i sundhedsvæsenet, men derimod hvordan?!

Erfaringerne fra prioriteringen i bl.a. Storstrøms amts sundhedsvæsen viser, at det er vigtigt:

at der hele tiden foregår en debat og afklaring af vigtige, etiske spørgsmål i sundhedsvæsenet. Debatten og afklaringen er et nationalt anliggende,

at der skabes et større folkeligt engagement i styringen af den sundhedsvidenskabelige forskning & udvikling,

at vidensgrundlaget for prioriteringsbeslutninger på alle niveauer i sundhedsvæsenet forbedres og udbygges. Der tænkes især på det sundhedsfaglige og økonomiske datagrundlag. Der ligger her store udfordringer for Sundhedsstyrelsen, de lægevidenskabelige selskaber og diverse sundhedsøkonomiske institutter, og

at de statslige, sundhedspolitiske initiativer understøtter amternes ansvar for den sundhedsmæssige prioritering.

Mest afgørende er dog, at der skabes og fastholdes en dialog mellem borgerne, sundhedspersonalet og politikerne om prioritering i sundhedsvæsenet. Uden dialogen vil der opstå myter og konflikter og dermed risiko for et ineffektivt sundhedsvæsen.

---

## **Vi skal skabe en åben og ærlig debat**

Karen Højte Jensen

medlem af Folketinget for Det konservative folkeparti

Der er altid foregået en prioritering i sundhedsvæsenet, og der vil i al fremtid foregå en sådan prioritering. At hævde andet ville være at videregive en ren illusion. En illusion som for en politiker måske nok kan være bekvem - i forhold til borgerne som vælgere. Men er der nogen troværdighed i blot at dække sig bag et skjold, der skærmer for virkelighedens verden?

Jeg må imidlertid indrømme, at blot det at ytre sig om behovet for en åben drøftelse af denne prioritering er som at bevæge sig ind i et område belagt med miner. For nogle få år siden - i KV-regeringens tid - var jeg så formastelig offentligt at tilkendegive, at vi måtte debattere - også med borgerne - hvem der skulle prioritere, og ikke mindst hvordan der skulle prioriteres. En TV-journalist ringede mig op og indledte samtalen med at konstatere, at der åbenbart var uenighed mellem de konservative og Venstre, idet Sundhedsministeren havde givet udtryk for, at der var råd til det hele.

Samtalen "fladede ud", da det stod mig klart, at journalistens ærinde var at kunne meddele seerne, at der 1) var uenighed mellem regeringspartierne og 2) at konservative mente, at nogle måtte dø - modsat det andet regeringspartis holdning. Disse to manipulerende og slagkraftige udsagn fristede ikke mig til at gå på skærmen. Til gengæld fortæller oplevelsen en del om den rolle/magt, en formidler af nyheder kan have.

Jeg finder det prisværdigt, at Etisk Råd aktivt har engageret sig i debatten om prioriteringen i sundhedsvæsenet - ikke mindst med sit debatoplæg. Jeg vil dog gerne understrege, at jeg ikke forestiller mig, at vi nogensinde bliver færdige med dette væsentlige tema.

Prioritering er ikke en åbenlys folkesag, og det vil det næppe nogensinde blive. Alligevel mener jeg, at politikere og fagfolk må gøre en aktiv indsats for at skabe en saglig debat blandt borgerne, således at der kan opnås en samklang mellem dem, der beslutter, og dem, der bliver berørt af beslutningerne. Dialog og tillid er afgørende. Prioriteringen skal afspejle befolkningens ønsker og forventninger.

Enkelte reaktioner på debatoplægget gør mig ængstelig for, at debatten bliver polariseret og forenklet, så man får det indtryk, at prioritering alene handler om behandling eller ingen behandling - om liv eller død. Det er næppe muligt at komme med en enkel, objektiv definition af, hvad der menes med prioritering i sundhedsvæsenet, men der er efter min opfattelse behov for en klargøring af begrebet. Debatten inddrager spørgsmål som økonomiske ressourcer, etik og borgernes indsigt og medindflydelse. Prioritering er ikke blot et spørgsmål om fravalg, men i lige så høj grad om tilvalg. Der findes ingen objektivitet i disse spørgsmål.

Der prioriteres hver eneste gang, man beslutter, om et område skal have tilført ressourcer eller ej. På centralt plan bliver initiativerne ofte taget i forbindelse med regeringens aftale om amternes bloktilskud og som led i finanslovsaftalen. Lad mig i flæng nævne udvidelse af hjerteoperationskapaciteten, indførelse af nye behandlinger som f.eks. transplantationer, forsøgsordning vedrørende knæledsoperationer og diskusprolaps, reduktion af tilskudsprocent til medicin. Men uddannelse af plejepersonale og sygeplejerskernes forældreorlov er jo også et resourcespørgsmål, der griber dybt ind i behandlingsskapaciteten. Dette nævner jeg for at understrege kompleksiteten i de mange valg, og så skal jeg for god orden skyld tilføje, at der i de årlige finanslove sker en overordnet prioritering af ressourcerne mellem de forskellige offentlige opgaver. Amternes prioritering sker som bekendt ved budgetlægningen. Rammerne er altså fastlagt, før man når frem til valgene mellem behandlingstilbud for den enkelte patient eller valgene mellem patienter. Her er det så, at lægen ofte kommer til at stå i en ganske vanskelig situation.

Når prioritering i de senere år er blevet sat på dagsordenen, er det vel først og fremmest begrundet i erkendelsen af en begrænsning af de økonomiske ressourcer, samtidig med at den medicinske-teknologiske udvikling muliggør stadig flere nye behandlingsformer. Hertil kommer, at der i befolkningen er en stigende tendens til at fokusere på krop og helbred. En opinionsundersøgelse har faktisk vist, at en "rask krop" er det, der betyder allermost for danskerne i deres hverdag.

Befolkningens forventninger til sundhedsvæsenet er desuden stigende - og i en sådan grad, at der synes at være et gab mellem disse forventninger og de realistiske muligheder.

Det konservative folkepartis grundholdning er, at vi alle er ligeværdige - men forskellige. Ud fra den holdning skal arbejdet i sundhedsvæsenet tilrettelægges.

Der er lige og fri adgang til behandlingssystemet, uafhængig af økonomisk formåen og social status. Behandling ydes efter behov. Lige adgang til sundhedsvæsenet er imidlertid ikke ensbetydende med, at alle med samme behov kan behandles samtidig. Derfor skal der vælges, og disse valg skal helst føles retfærdige og rimelige. Politikernes valg har konsekvenser for andre end dem selv, og derfor skal de kunne forklare, hvorfor de valgte, som de gjorde. Disse valg skal samtidig kunne forenes med den vægt, der i de seneste år er blevet lagt på at styrke patienternes stilling i form af større valgfrihed, flere valgmuligheder, bedre information, samtykke i forbindelse med behandling, kvalitetssikring af ydelser, forbedret klageadgang mm.

I et velfærdssamfund skal borgerne kunne have forventning om at blive behandlet, når de er syge. De

lange ventetider er naturligvis helt uacceptable. Problemet er i høj grad affødt af den kendsgerning, at der på grund af den medicinsk-teknologiske udvikling løbende kommer nye behandlingsmuligheder til. Ud fra en økonomisk synsvinkel kan dette medføre forøget ressourcebehov, men i andre tilfælde kan det i realiteten også betyde billigere behandlinger på grund af mindre indgreb, behandling med medicin i stedet for kirurgisk indgreb, færre sengedage osv. Det er ingen naturlov, at enhver ny behandling er en dyr behandling - og vedbliver at være det.

Ressourceforbruget har i de seneste år stort set været fastfrosset, mens udgifterne på andre områder - f.eks. til overførselsindkomster - er steget markant. Gennem den overordnede prioritering vil det være nødvendigt, at sundhedsvæsenet bliver tilført flere ressourcer i de kommende år. Men det er naturligvis en forudsætning, at det tilsikres, at de midler, der allerede rådes over, udnyttes optimalt til glæde for patienterne.

Der er et åbenlyst behov for, at især sygehusvæsenets ressourcebehov bliver vurderet. Unødvendige omkostninger skal skæres væk uden at gøre patientbehandlingen dårligere. Den sygehuskommission, som regeringen og Det konservative folkeparti har nedsat, skal vurdere den overordnede organisation af sygehusvæsenet og analysere de faktorer (demografi, teknologi, sundhedsfaglige, uddannelsesmæssige forhold mm.), der vil påvirke sygehusvæsenets langsigtede udvikling. Kommissionen skal desuden vurdere andre temaer i arbejdet - bl.a. brugen af teknologi i behandlingen, effektivitetsforbedringer gennem ændringer af eksisterende faggrænser, tilrettelæggelsen og styringen af den højt specialiserede behandling. Alt sammen med henblik på at finde nye løsningsmodeller.

Som nævnt skal syge mennesker kunne behandles. Derfor er der ikke tale om, at behandlingen af hele menneske- eller sygdomsgrupper skal standses.

Det ligger også langt fra mit menneskesyn at nedprioritere eller i yderste konsekvens udelukke patienter, der har fået sygdomme på grund af stofmisbrug, alkoholmisbrug eller tobaksrygning. Hvor skulle grænsen i øvrigt sættes? Hvad med den unge motorcyklist, der bliver lemlæstet for livet på grund af vanvittig kørsel, eller det dumdristige hovedspring i svømmehallen, der medfører lammelse. Personlig skyld er ikke et acceptabelt begreb i denne sammenhæng. Men dette skal selvfølgelig ikke tolkes derhen, at jeg ikke mener, at den enkelte har et ansvar for egen sundhed. Jeg finder det ærligt talt svært at forstå, at en person, der har fået en kompliceret hjerteoperation, fortsætter med at være storryger, spise usundt og unnlade motion.

Det er nødvendigt at foretage grundigere overvejelser, inden nye behandlinger sættes i gang. Der er i hvert fald eksempler på, at behandlinger er sat i gang over night eller er kommet ind ad bagdøren uden forudgående økonomisk og etisk vurdering - og uden viden om befolkningens holdninger.

Men det her er jo virkelig svært. I vort åbne samfund holdes det naturligvis ikke skjult for offentligheden, at lægerne nu er i stand til rent fagligt at tage nye behandlingsformer i brug. Lynhurtigt bliver spørgsmål om indførelse af en behandling personificeret i en enkelt patients liv eller død. Og det kan gennem bevidst brug af medierne blive en "folkesag", der medfører et betydeligt pres på den/de ansvarlige. Altså er målet nået.

Jeg kan illustrere med et eksempel fra realiteternes verden - nemlig historien om hvordan medier, læger og politikere i december 1991 pressede på for at få lungetransplantationer indført i Danmark, hvilket fik daværende sundhedsminister Esther Larsen til at ændre mening over en weekend. Helt ærligt havde hun intet valg.

Samme aften toner en sengeliggende mand frem i begge TV-kanalers nyhedsudsendelse. Han er ved at dø, har slanger ud gennem næsen og er totalt afhængig af iltapparatet. Stærkt afkræftet appellerer patienten til Sundhedsministeren, om at danske læger får lov til at transplantere lunger. For at give ham og ventelistens seks andre lungepatienter en større chance for at overleve. Ministeren havde tidligere tilkendegivet, at en række forhold først måtte analyseres nøje, og at der var tale om en særdeles vanskelig og omkostningstung behandlingsform. Ministeren ved, at en lungetransplantation kræver lige så mange ressourcer som fem almindelige hjerteoperationer. Politikere fra oppositionen presser på. Lederen af det danske transplantationsprogram, professor, dr.med. Gösta Pettersson, presser også på. Han havde nogle dage før TV-indslagene i et stort interview i Berlingske Tidende gjort opmærksom

på behandlingsmuligheden og på den omtalte patient. Et par dage efter patientens optræden i TV meddeler Gösta Pettersson Sundhedsministeren, at man har fundet en velegnet donarlunge. Et sådan pres kan ingen minister ignorere! Tragisk nok døde patienten før operationen af et hjertestop.

Denne historie - som særskilt kunne give anledning til overvejelser om lægeetik og presseetik - rejser spørgsmålet om, hvorvidt de, der har det formelle beslutningsansvar på området, også har den reelle kompetence. Når det går så galt, skyldes det, at der ikke foregår en overordnet debat, hvor betænkeligheder, fordele og ulemper vægtes, inden det kommer til at dreje sig om en enkelt persons liv eller død.

Jeg mener, at vi bør arbejde på at få en overordnet vurdering. Men når der skal tages beslutninger for "de andre", stiller det først og fremmest krav til sundhedspersonale, politikere og journalister. Og "de andre" er vel at mærke ikke blot patienter med livstruende sygdomme, men også de gamle på de medicinske afdelinger og de psykiatriske patienter. Disse grupper er blevet klemt af den ensidige fokusering på de livstruende sygdomme, hvilket jeg finder dybt beklageligt. Det er en uacceptabel prioritering, der i virkeligheden er udtryk for en helt tilfældig "prioritering".

Når man indfører nye behandlinger, må det være et krav, at effekten af behandlingerne kan dokumenteres - hvilket i øvrigt er lige så relevant og påkrævet for behandlinger, der har været i brug i årevis. Dette er væsentligt - både af hensyn til patienter, etik og økonomiske ressourcer.

Fokus er først og fremmest rettet mod sygehusopgaverne. Men det er lige så relevant at kaste et blik på medicinforbruget, da der fortsat kommer flere nye og ofte bedre - men også kostbare - lægemidler frem. Som eksempel vil jeg pege på de nye antidepressive piller, som giver færre bivirkninger end de gængse. Lægefagligt har det synspunkt været fremme, at de ordineres for rundhåndet, hvilket medfører en markant ekstra offentlig udgift. Når et lægemiddel først har fået tilskudsstempet, har lægen ansvaret i forhold til den enkelte patient. Et ansvar, som bør forvaltes med stor disciplin - både ud fra en sundhedsfaglig og en økonomisk vurdering.

Det må løbende vurderes, hvad det offentlige sundhedsvæsen skal tilbyde. Amternes ønsker om at fjerne ikke-helbredsbetonede behandlinger fra det offentlige sundhedsvæsen kan jeg tilslutte mig.

Forebyggelse gennem screeningsprogrammer bør ikke iværksættes uden en grundig belysning af, hvilke undersøgelser der skal tilbydes til hvem og hvorfor samt en afvejning af fordele og ulemper.

I prioriteringsdebatten henvises der ofte til, at menneskers livskvalitet kan forbedres af dette eller hint, eller at livskvaliteten efter f.eks. transplantationer er for ringe på grund af behovet for medicin. Må jeg være fri! Vi har heldigvis ikke et statsautoriseret begreb for, hvad livskvalitet er. Det enkelte menneskes livskvalitet overlader jeg gerne til det enkelte menneske selv at vurdere.

Det er netop baggrunden for, at det er lægen, der sammen med patienten og eventuelle pårørende skal beslutte, om en behandling skal iværksættes, fortsættes eller standses.

De behandlingsmæssige og økonomiske rammer må politikerne påtage sig ansvaret for. Derfor må politikerne også have både mod og vilje til at skabe en åben og ærlig debat.

---

## **Prioritering af sundhed/sygdom**

Direktør Thorkil Kjær

Astma-Allergi Forbundet

Det er et uomtvisteligt faktum, at der er brug for flere midler i Sundhedsvæsenet, end der umiddelbart er til rådighed. Derfor er det nødvendigt at fordele midlerne. Springet mellem det beløb, samfundet afsætter til sundhedsvæsenet og det beløb, sundhedsvæsenet synes at have brug for, er endda blevet større. Dette nødvendiggør en prioritering, som uvægerlig vil gå ud over nogle.

Der synes at være en tendens til at prioritere ud fra nogle betragtninger om, hvad der giver mindst "ballade" og således bedst accepteres i samfundet. Det er derfor ikke nogen stor overraskelse, at forebyggelse af sygdom er en født taber i prioriteringen. Her er det forholdsvis let at spare uden at gøre sig alt for upopulær, det er nemlig ikke muligt at angive konsekvenserne direkte. Således har overfølsomhedssygdomme da også fået lov at udvikle sig meget kraftigt, uden at det har ført til forebyggelsestiltag i nævneværdigt omfang. En stor del af den forebyggelse, der er brug for, er endda forholdsvis billig. Men oftest venter man med at gribe ind, til sygdommen er brudt ud, og symptomerne er blevet alvorlige.

Sygdomme, som i de fleste tilfælde ikke er livstruende her og nu, men giver ubehag og generel oplevelse af dårligt helbred, har også tendens til at blive nedprioriteret. Det betyder, at vores største folkesygdomme - overfølsomhedssygdommene - nedprioriteres i sundhedsvæsenet på trods af, at mange af disse sygdomme kan udvikle sig til alvorlige og i nogle tilfælde livstruende sygdomme. Venter man med at behandle, til sygdommene bliver alvorligere, koster det samfundet langt mere, end hvis der sættes ind på et tidligere tidspunkt med forebyggende foranstaltninger. Med andre ord er det ud fra et samfundsøkonomisk aspekt fuldstændigt tåbeligt at nedprioritere forebyggelse. Det svarer til først at lappe hullet i taget, når der er opstået skader helt ind i konstruktionen.

Såfremt folkesygdommene ikke medtages i prioriteringen, vil man aldrig opnå de resultater, der efterstræbes, og som er ønskelige. Og ønskelige resultater er vel altid øget sundhed i befolkningen.

Det højeste ønske, de fleste har til livet, er et godt helbred. Derfor kan det virke underligt, at det tilsyneladende er så svært at skaffe flere midler til sundhedsvæsenet. Skatteborgerne vil givetvis vægte dette område højere end så mange andre, såfremt de blev spurgt. Selv de mest skatteplagede danskere rynker sjældent på næsen overfor udgifterne til sundhedsvæsenet. Blot ønsker man, at der ikke fråsdes med midlerne.

En brugerorienteret administration på hospitalet vil således også skabe basis for større budgetter på området og vice versa. Lange ventetider, placering af senge på gangene, et udpint personale osv. er ikke brugerorienteret. Meget specialiserede og epokegørende operationer og behandlingsformer som f.eks. hjertetransplantationer belaster budgettet meget - og det tager ressourcer fra andre funktioner, som kunne være til gavn for flere.

Det er ønskeligt, om man får bragt grundydelse i sundhedsvæsenet på højde med de krav, man stiller i dag, og at sundhedsvæsenet giver flest mulige mennesker de ydelser, de har krav på i det danske samfund. Ydelser skal tilgodeses forhold, de fleste har glæde af - ikke kun de få. Dette må efter min opfattelse primært ske gennem ændret tankegang i såvel administration som hos beslutningstagere, men også gennem øgede bevillinger og gennem strategisk planlægning ud fra rationelle synspunkter.

Hvis økonomien ikke slår til, må der en overgang udvises tilbageholdenhed overfor nogle af de ganske få, men ekstremt dyre, enkeltbehandlinger, der tilbydes. Det skal dog understreges, at dette ikke er ønskeligt, men må blive en konsekvens, hvis ikke der kan skabes flertal for at øge bevillingerne tilstrækkeligt.

Overfølsomhedssygdomme er et godt eksempel på, hvad der i fremtiden ikke må kunne ske:

Over 1 million mennesker har i dag en eller flere overfølsomhedssygdomme. Disse sygdomme koster hvert år det offentlige et sted mellem 6 og 8 milliarder kr.

Sygdommene accelererer kraftigt, hvilket tydeligt fremgår af rapporter fra DIKEs repræsentative undersøgelser. Således ses en stigning i antallet af voksne med høfeber på 63% ved allergisk høfeber og 59,7% ved helårs høfeber. Antallet af voksne med astma er steget 64%. Udviklingen er sket i perioden fra 1987-1995.

En anden undersøgelse viser, at der i 1961 var 3% af vores børn, der havde eksem, og i dag drejer det sig om ca. 18%.

8-10% af danske børn har astma, og astma er den hyppigste årsag til børns indlæggelse på hospital, og sådan kunne man blive ved. Det er næsten deprimerende at tænke over, hvorledes vores

sundhedsvæsen har valgt at tackle disse problemer eller rettere har valgt ikke at tackle problemerne. Det kan vi ikke være bekendt, og Astma-Allergi Forbundet skal henstille til, at fremtidens prioriteringsmodeller konstrueres sådan, at også de store folkesygdomme uden den store videnskabelige prestige må få del i opmærksomheden.

---

## Folkesundhed bør prioriteres

Direktør Ingrid Due Pedersen

Gigtforeningen

I de senere år er der opstået et stadigt voksende krav om en prioriteringsdebat inden for det danske sundhedsvæsen.

Baggrunden herfor er mangeartet, men kan i væsentlig grad begrundes i, at et højt udviklet og specialiseret sundhedsvæsen ikke har kunnet løse befolkningens følte sundhedsmæssige problemer, samtidig med at nye og i høj grad livsstilsbetingede "folkesygdomme" er blevet fremtrædende i sygdomsbilledet.

De såkaldte velfærdssygdomme, som f.eks. hjerte-karsygdomme, kræft og mange af Gigtforeningens målgrupper - f.eks. rygpatienter og patienter med forskellige nedslidningssygdomme - præger sygdomsbilledet i dag og kræver derfor opmærksomhed. De udgør en stor trussel, både hvad gælder for "tidlige dødsfald" og forringelse af danskernes "gode leveår" og "livskvalitet generelt".

De senere års sundhedspolitiske debatter har været omfattende og bærer præg af et stort og stadigt stigende engagement i befolkningen.

Flere og flere er blevet bevidste om egne sundhedsforhold, ligesom der er en stigende interesse for selv at tage vare på egen sundhed. Ligeledes er der en øget bevidsthed i befolkningen om muligheden for at stille krav til og vælge imellem forskellige tilbud i sundhedsvæsenet. Disse forhold har også de sygdomsbekæmpende organisationer, som f.eks. Gigtforeningen, kunnet mærke, idet foreningen stadig får flere og flere henvendelser fra gigtramte, som ønsker information om forskellige behandlingstilbud og effekten af disse.

Der er alt i alt tale om en udvikling, som peger i retningen af et sundhedsvæsen med meget bevidste og kritiske brugere, som i mindre grad end tidligere tager sundhedsvæsenet og specielt lægen for den givne autoritet.

Muskel- og skeletssygdomme er sygdomme og gener i bevægeapparatets knogler, led, bindevæv og muskler. Typiske og velkendte eksempler er ondt i ryggen, myoser, slidgigt og leddegigt. Men også en lang række såkaldte autoimmunologiske sygdomme med symptomer fra såvel muskler og led som kroppens bindevæv og indre organer, f.eks. lunger og nyrer, er i dag defineret som reumatologiske sygdomme.

Muskel- og skeletssygdomme er velfærdstruende sygdomme, der for det enkelte menneske betyder tab af muligheder for livsudfoldelse, smerter, gener og nedsat funktionsevne.

Muskel- og skeletssygdomme er desuden den hyppigste årsag til langvarigt sygefravær. Omkring hver tredje anmeldte arbejdsbetingede lidelse har at gøre med muskel- og skeletssygdomme. Ligeledes pensioneres hver tredje førtidspensionist af denne årsag. Sygdommene og symptomerne fører ofte til lægebesøg, og gigtpatienter har et meget stort forbrug af smertestillende- og anden medicin. I runde tal koster muskel- og skeletssygdommene alene det danske samfund 21 mia. kr. om året.

Forebyggelse af muskel- og skeletssygdomme er derfor et område, som blev prioriteret i forbindelse med regeringens forebyggelsesprogram i 1989. Men der var dengang behov for en udredning af en række spørgsmål før grundlaget for et koordineret program kunne fremlægges. Denne udredning blev foretaget af DIKE (Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi), og i 1993 fremlagde DIKE en rapport,

som skulle danne "idégrundlag til forebyggelse af muskel- og skeletsygdomme i Danmark".

Der var og er således stor enighed om, at reumatologiske sygdomme har et sådant omfang og har så stor indflydelse på den enkelte syges livskvalitet, samtidig med at de belaster de offentlige ressourcer, at de i høj grad fortjener offentlighedens og politikernes opmærksomhed, både hvad gælder primær forebyggelse, dvs. forebyggelse af sygdommenes opståen, men også - og måske i særlig grad - sekundær og tertiær forebyggelse. Denne form for forebyggelse skal tilbydes som et led i den behandling, reumatologiske patienter modtager for at forhindre yderligere progression af sygdommen og dermed yderligere forringelse af patientens livsudfoldelsesmuligheder. Denne form for forebyggelse skal ske i et samarbejde mellem den primære og den sekundære sundhedssektor.

I modsætning til livstruende sygdomme, som f.eks. hjerte-karsygdomme og kræft, lever reumatologiske patienter med deres sygdom i mange år - ofte med nedsat mulighed for livsudfoldelse på grund af smerter og fysisk begrænsning, samt med truslen om yderligere tab på grund af eventuel sygdomsudvikling og invaliditet. Det er derfor af meget stor betydning, at reumatologiske patienter får vedvarende tilbud om såvel medicinsk- som rehabiliteringsbehandling, f.eks. vedligeholdelsestræning.

Gigtforeningen beskæftiger sig med muskel- og skeletsygdomme gennem økonomisk og psykosocial støtte til gigtramte, forskning samt oplysningsarbejde. Gigtforeningen driver desuden hospitals- og sanatorieaktiviteter for at sikre gigtramte kvalificerede behandlingstilbud og medvirke til kvalitetsudvikling på området.

Det er derfor en naturlig del af foreningens arbejde at medvirke til og deltage i den offentlige sundhedsdebat - ikke mindst for at synliggøre gigtramtes mangeartede problemer af såvel medicinsk som psykosocial karakter.

Der synes i øjeblikket at være en tendens i samfundet til at prioritere behandling og forskning af livstruende sygdomme højt, ligesom tilstande, som kræver ny teknologisk viden og udvikling, har stor interesse. Dette er naturligt og forståeligt, men hvis det sker på bekostning af mindre livstruende sygdomsgrupper, som f.eks. gigt, hvor udbredelsen endog er så omfattende, at der er tale om en egentlig folkesygdom, må det være naturligt for Gigtforeningen at råbe vagt i gevær og medvirke til, at der skabes mulighed for en egentlig folke debat.

Som tidligere nævnt er der en tiltagende interesse i befolkningen for at deltage i sundhedsdebatten. Sundhedsvæsenets fremtidige brugere vil i stigende omfang kræve at kunne vælge imellem de tilbud, som til enhver tid eksisterer i sundhedsvæsenet.

Det er en sandhed uden modifikation, at et sundhedsvæsen, som det vi ser i dag under rivende udvikling og med daglige nyheder om nye teknikker og nye behandlingsmuligheder, til stadighed vil skabe nye brugere med nye krav!! En spændende udvikling, men den er også ressourcekrævende og det i en sådan grad, at det er af stor vigtighed, at nuværende og kommende brugere af sundhedssystemet får mulighed for at deltage i den debat og prioritering, som uvægerligt må komme, da ressourcerne tvinger os til at gøre nogle valg.

Brugernes deltagelse skal medvirke til, at debatten bliver så nuanceret som mulig, men skal desuden også sikre en større loyalitet og forståelse overfor de beslutninger, som politikerne skal tage på baggrund af debatten.

Sundhedssektoren kan ikke løse befolkningens sundhedsproblemer alene. Det skønnes, at kun ca. 10% af de faktorer, som påvirker sundheden, befinder sig inden for sundhedssektorens rammer.

I dag er det da også således, at der i andre samfundssektorer gøres en meget stor indsats og afsættes betydelige midler til forebyggende sundhedsarbejde. Alle samfundsområder har således et ansvar for at medvirke til at fastholde og gerne forbedre befolkningens sundhedstilstand og dermed også et ansvar for at deltage i såvel den debat, som drejer sig om den specifikke medicinske prioritering, som den mere generelle debat om sundhedshensyn.

Gigtforeningen vil gerne tage sin del af ansvaret for denne debat, da det ikke er i foreningens interesse, at højt specialiserede behandlingsmetoder til relativt små patientgrupper bliver prioriteret til fordel for

medicinsk behandling og rehabilitering af grupper, som skal leve med deres lidelser i mange år og derfor let mister nyhedens interesse, som f.eks. gigtramte.

Gigtforeningen vil også gerne slå fast, at foreningen bakker op omkring en bred folkelig prioriteringsdebat. Denne bør ikke begrænses til at være en snæver faglig debat, hvor helhedssynet let kommer til at mangle på grund af for snævre faglige interesser, som set specifikt kan være yderst relevante, men som taber denne relevans, når helheden skal varetages.

---

## **Findes der rationelle kriterier for prioritering i sundhedsvæsenet?**

### **Hvem skal prioritere og hvordan?**

#### **Program for debatdag den 22. februar 1996.**

Velkomst ved Det Etske Råds formand Lars Nordskov Nielsen og formand for Amtsrådsforeningens sygehusudvalg, amtsborgmester Knud Andersen, Bornholms Amt

Præsentation af Det Etske Råds debatoplæg om prioritering inden for sundhedsvæsenet ved rådets formand professor Lars Nordskov Nielsen

Erfaringer fra Norge ved læge Ole Frithjof Norheim, Bergen

Erfaringer fra Sverige ved professor Göran Hermerén, Lund

Pause

Prioritering set fra amterne ved formand for sundhedsudvalget i Nordjyllands Amt Niels Handskemager

Den konkrete anvendelighed af prioriteringsmodeller ved cheflæge Poul Bartels, Randers

Den konkrete anvendelighed af prioriteringsmodeller ved chefsygeplejerske Mette Fink, Universitetshospitalet i Odense

Erfaringer fra prioritering på amtsplan ved sundhedsdirektør Peter Orebo Hansen, Storstrøms Amt

Frokost

Prioritering set fra Christiansborg ved folketingsmedlem Karen Højte Jensen

Hvem skal prioritere og efter hvilke kriterier? Diskussion i fagligt panel bestående af:

Formand for Det Etske Råd Lars Nordskov Nielsen,

medlem af Det Etske Råds arbejdsgruppe om medicinsk prioritering, forfatter, præst Asger Baunsbak-Jensen,

amtsborgmester Knud Andersen,

sundhedsudvalgsformand Niels Handskemager,

cheflæge Poul Bartels,

chefsygeplejerske Mette Fink,

sundhedsdirektør Peter Orebro Hansen og

folketingsmedlem Karen Højte Jensen.



Her vil også blive spørgsmål fra salen.

Pause

Repræsentanter for 3 patientorganisationer: Direktør Thorkil Kjær, Astma- Allergiforbundet, Landsformand Jens Chr. Gøtrik, Kræftens Bekæmpelse samt Direktør Ingrid Due Pedersen, Gigtforeningen får hver 10 min. til præsentation af foreningens synspunkter og til at stille spørgsmål til det faglige panel.

Derefter spørgsmål fra salen.

---

| [Til forside](#) |

---