

Det usynlige valg

Af journalist Henrik Dørge, Weekendavisen

Genteknologien tvinger danskerne til at beslutte, om sundhedsvæsenet skal indføre nye behandlinger, der giver livskvalitet, men ikke helbreder sygdomme. Der er ikke råd til alle tilbuddene, advarer formanden for Etisk Råd.

»DET er med prioritering inden for sundhedssektoren som med månens bagside. Den er der, men man kan ikke se den.« Sådan lød indledningen til et foredrag, Erling Tiedemann holdt for et selskab af læger, da han som en af de første herhjemme i 1980'erne forsøgte at rejse en offentlig debat om, hvilke tilbud sundhedsvæsenet egentlig har råd til at tilbyde borgerne.

Men tidsånden var ikke med borgmesteren i Vejle Amt. Hans bestræbelser på at få en åben drøftelse af sundhedspolitikens skjulte til- og fravalg blev nærmest tiet ihjel. Selv valgte Venstre-manden at lægge sit liv radikalt om. Efter tyve år som amtsborgmester med ansvaret for sygehusene i den østjyske region lod han sig frivilligt pensionere fra den politiske magtpost. Han tog til Paris for at læse teologi i et par år på Institut Catholique sammen med sin hustru. I 1996 vendte parret hjem, og Erling Tiedemann blev leder af Pastoral-Centret, der er et forlag inden for den katolske menighed.

Siden årsskiftet har han tillige været formand for Etisk Råd. I dag kan han registrere, at debatten, han tidligere havde så svært ved at rejse, så småt er ved at finde en plads på den samfundspolitiske agenda. For eksempel har vismændene for nylig i en rapport kritiseret, at kriterierne bag sundhedsvæsenets prioriteringer »er vanskelige at identificere for udenforstående.«

Spørger man den 68-årige Erling Tiedemann, fornemmer han, at såvel politikerne, sygehusadministratorer som læger nu er mere parate til at diskutere udformningen af en af velfærds-Danmarks grundstene. Men han mener også at kunne konstatere, at der fortsat eksisterer en modvilje mod at få hele sandheden om sundhedsvæsenets dunkle prioriteringer frem i lyset: »At prioritere betyder at vælge. Og du kan ikke vælge til uden at vælge fra. Så når man beslutter sig for at opprioritere ét område, kan man ikke gøre det uden at sige, at anvendelsen af pengene er udtryk for, at man tager dem

fra et andet, som pengene alternativt kunne være gået til. Det er prioritering for høns.«

I forbindelse med økonomiaftalen for nylig mellem staten og amterne kunne parterne stolt erklære, at nu har kræft-området fået flere penge. Men når man er tilbageholdende med at tale om fravalgene, er det så, fordi det er politisk upopulært?

»Jeg ved det ikke. Men det er klart, at prioriteringer og om-prioriteringer i realiteten er udtryk for nødvendige valg, i takt med at der kommer nye behandlingsmuligheder. Du skal for eksempel ikke længere opretholde et stort beredskab til folkeundersøgelser for tuberkulose, hvis tuberkulosen stort set er ved at være afskaffet. Men da man begyndte at nedlægge lungeklinikkerne, blev der hyl og skrig, blandt andet fra de ansatte. Og hyleriet er med til at opretholde fornemmelsen af prioritering som noget ondt. Selv betragter jeg det som godt. Prioritering er udtryk for en bevidst proces, hvor man hele tiden omfordeler ressourcerne, så man får det bedst mulige resultat. Fornemmelsen af at man bare kan bruge flere penge, når det er inden for det offentlige sundhedsvæsen, er jo illusorisk. Der er ganske enkelt en overgrænse for, hvor meget der kan udskrives i skat.«

Med skyklapper på

Personligt finder Erling Tiedemann, at prioriteringen inden for sundhedssektoren led et alvorligt tilbageslag, da behandlingen mod barnløshed blev indført som et officielt tilbud: »Det blev indført uden en egentlig tilbunds gående drøftelse af, om det skulle betragtes som omfattet af sundhedsvæsenets tilbud. Men man kan ikke sidestille barnløshed med en sygdom«.

Er du decideret modstander af, at behandling mod barnløshed blev indført som et offentligt behandlingstilbud?

»Det er et politisk valg, og det vil jeg som medlem af Etisk Råd ikke blande mig i. Jeg vil bare tilføje, at vi bliver nødt til at se i øjnene, at alle tilvalg ikke kan lade sig gøre. Det rider prioriterings-diskussionen som en mare, at den altid foregår med skyklapper på. Vi forholder os isoleret til, hvad vi bør gøre for at hjælpe alle mulige grupper af patienter. Men da enhver samtidig kan se, at vi ikke kan blive ved med at samle ressourcer til enhver ny behandlingsmulighed, så bliver vi nødt til at sortere i disse nye muligheder. Jeg indrømmer, at det er vanskeligt. Men det bør være et overordnet princip at sortere imellem, hvad der er sygdomsbehandling, og hvad der er livskvalitets-forbedringer. Det antyder dog, at der bør være en politisk målsætning for, hvad vi vil med sundhedsvæsenet.«

Ufrivillig barnløshed er dog en social situation af stor betydning for de par, det rammer?

»Det bestrider jeg ikke. Jeg siger bare, at det var et tilvalg, som enhver kunne se, at man godt kunne have ladet være med. Der er jo masser af mennesker, der afhjælper deres barnløshed ved at betale for det selv på privatklinikker eller ved at bruge mange penge på at adoptere. Det har man ikke gjort til en offentlig opgave. Man indførte behandling mod barnløshed som et klumpedumpe-tilvalg uden at se det hele i en større sammenhæng og spørge: 'Hvad er det, vi lukker op for nu.' Det, man principielt lukker op for her, er at gå fra at behandle sygdomme og over til at give en service med henblik på at forøge folks livskvalitet.«

Det er der vel ikke noget forkert i?

»Det siger jeg heller ikke. Men man kan spørge, hvad der skal ske, når den næste livskvalitets-forøgende mulighed opstår. Og dem møder vi mange af i den kommende tid. Fordi der vil komme nye tilbud, hvis hensigt ikke er at helbrede sygdomme. På en måde er det doping. For doping er jo at indtage et stof, der øger dine muligheder, hvad enten det er Viagra, der øger potensen, eller et stof, der forbedrer hukommelsen. Tænk, hvis de mange gamle, der ikke kan huske fra næse til mund, kunne huske igen. Det vil da være at forøge livskvalitet. Problemet er bare, at hvis enhver mulig medicinsk behandling, der ikke drejer sig om sygdomme, skal være tilgængelig for befolkningen, har vi virkelig åbnet op for en forudselig kæmpe-vifte af muligheder.«

Det princip har man vel stadfæstet allerede for mange år siden med behandlingerne mod fx grå stær. For at ældre får svækket syn er jo ikke en sygdom?

»Nej, jeg siger også bare, at der er skabt en glidebane for, hvad man anser for at være sygdomsbehandling. Der er jo folk, der betragter det som en sygdom, at man ikke kan få børn. Jeg vil så bare stadig have lov til at mene, at når to lesbiske kvinder ikke selvstændigt er i stand til at lave børn sammen, er det ikke udtryk for en sygdom.«

De dyre patienter

Men udover behandlingen mod barnløshed er der da ikke mange tilbud i sundheds-væsenet, der alene er livskvalitets-forøgende?

»Nej, men det bliver der, og det er derfor prioriterings-diskussionen er så vigtigt. På verdensplan er man i gang med et kæmpeprojekt på det genteknologiske område. Der

bliver ikke bare muligheder for genteknologiske behandlinger, men også for at forbedre vores normale, menneskelige egenskaber. Skal vi sige ja til at tage dem i anvendelse, vil det koste så uanede ressourcer, at sundhedsvæsenet holder op med at være et almindeligt behandlings- og forebyggelses-system.«

Ifølge formanden for Amtsrådsforeningen, Kresten Philipsen, kan vi ikke forsvare at nægte at give folk behandlingstilbud, der er til stede. Vi må simpelthen bare betale regningen. Er der ikke noget rigtigt i tankegangen?

»Jeg er enig med ham, så længe vi snakker om behandling af sygdomme. Specielt forstået på den måde at vi ikke kan sige til en dødssyg patient: 'Vi har altså lige opbrugt bevillingen for i år til din sygdom, så du må vente til 1. januar på at få de piller, du har brug for.' Den form for prioritering kan vi ikke gennemføre. Men jeg vil ikke uden videre sige ja til tankegangen, når det handler om tilbud om livskvalitetsforbedringer. Dertil kommer, at vi vel også må sige, at selv for sygdomsbehandlinger er der en overgrænse. Når jeg har holdt oplæg ude i forsamlingshuse, har jeg spurgt, hvad man må bruge af ressourcer på at behandle én enkelt patient. Når jeg spørger, om man må bruge 100.000 kroner, ser folk på mig, som om jeg var idiot. For selvfølgelig må man det. Derefter spørger jeg, om det også er i orden at bruge 25 millioner kroner. Så bliver der stille i lokalet, og folk ser ned i kaffekoppen. For det kan de hverken sige ja eller nej til. Når jeg så til sidst fortæller, at man faktisk i Danmark har brugt 70 millioner kroner på én patient, løfter folk øjnene fra kaffekoppen og siger til hinanden: 'De er sgu da ikke rigtig kloge.' Derfor er det for nemt at slå ud med arme og sige, at når er folk er syge, skal de bare behandles, uanset prisen. Efter min mening kan det godt forsvares at bruge 70 millioner kroner på én patient, når det sker som led i udviklingen af en ny behandlingsmulighed. Her vil de første patienter altid være meget dyre at behandle, og det er der ikke noget forkert i. Men hvis det bliver normen, at man permanent skal behandle større patientgrupper til en pris på mange millioner kroner per patient, forbyder det sig selv.«