

MEDICINSK PRIORITERING, POLITISK BELYST

Kapitel i Medicinsk Årbog 1988

Af amtsborgmester Erling Tiedemann

"Man begriber ikke tingene ret,
førend man kan sige, hvad man tænker,
således at andre kan forstå det!"

J. S. Sneedorff (1724-64)

I hele Norden er den medicinske prioritering blevet et stedse mere påtrængende problem. Problemet har frustreret både læger og politikere. Det har ofte hensat dem i en – desværre gensidig – forbitrelse. Og samtidig med, at mediernes og offentlighedens interesse i stigende grad er blevet vakt, er forvirringen omkring medicinsk prioritering ikke derved blevet nævneværdigt mindre.

På en vis måde kan man godt sige, at den medicinske prioriterings problemer har taget politikere og læger på sengen. Vel vidste man, at fænomenet altid har været der; blot meldte det sig ikke tidligere med en sådan styrke. Prioriteringen var stort set stiltiende. Men nu udvides gabet mellem de økonomiske ressourcer og den lægeteknologiske udviklings muligheder med en hidtil uset hast – og på en måde, som både læger og politikere har svært ved at forholde sig til.

I de indledende faser har en stor del af debatten derfor bestået i en benægtelse af problemets realitet eller i en beskæftigen sig med, "hvem der har skylden", i stedet for med, "hvad der er problemet".

Resultatet har været polarisering og tilløb til isolation mellem de primære interessenter, skønt alene en fælles beskæftigelse med spørgsmålene vil kunne føre til den nødvendige afklaring.

Men også andre end de læger og politikere, som har det største ansvar og (sammen med medierne?) den største indflydelse på den faktiske prioritering, er præget af en vis rådvildhed.

Når det drejer sig om prioriteringen af sundhedssektoren i forhold til andre sektorer, er mange efterhånden kommet i tvivl.

På den ene side står erkendelsen af, at både den demografiske og den medicinsk-teknologiske udvikling reelt forøger behovet for bevillinger, hvis de skal svare til det udbredte ønske om en sufficient og stadig opdateret service.

På den anden side har ikke kun politikere i stigende grad erkendt, at de lægelige muligheder hele tiden øges, og at behovstærsklen derfor hele tiden flytter sig – eller sagt med andre ord: Der er endeløse muligheder for at finde relevante begrundelser for at *opprioritere* sundhedssektoren, langt flere, end det er muligt at finde for at *nedprioritere* andre områder.

Med til forvirringen og frustrationen hører også erkendelsen af, at faktiske prioriteringer ofte etableres i modstrid med de erklærede: én ting er, hvad der siges; noget ganske andet er, hvad der gøres. Måske skyldes forskellen på det sagte og det gjorte, at den medicinske prioriterings sprogbrug endnu er meget upræcis og uudviklet, og at den derfor har svært ved at slå igennem.

PRIORITERINGENS VÆSEN

Prioritering er rangordning, beroende på valg. Og da det altid har været nødvendigt at vælge, er prioritering så gammel som arvesynden. Prioritering er ikke noget, der nu skal indføres. Det er noget, der altid har været der. Det nye er, at prioriteringen bliver bevidst og synlig.

Lige så gammel som arvesynden er imidlertid også modviljen mod at tale ganske åbent om prioriteringen, specielt om medicinsk prioritering. Den, der gør dét, betragtes hurtigt som mere kynisk end *Talleyrand*.

Og dog er det hele i en vis forstand uhyre banalt: Hver gang, vi vælger at bruge nogle penge, beslutter vi ikke blot at bruge *disse* penge til *dette* formål, men vi beslutter samtidig, at vi *ikke* vil bruge de samme penge til noget andet. Ethvert valg af noget er identisk med et fravalg af noget andet. Prioritering er at gøre mindre af det ene for at kunne gøre mere af det andet. Og når man *har* brugt pengene til det ene, kan de ikke længere bruges til det andet:

En krone er en krone er en krone,
du bru'r den, gi'r den ud, nu er den brugt.
En anden dag så mangler du en krone;
det er så netop den, som blev forbrugt ...
En krone er en krone er en krone,
den kan ej bruges mér, når den er brugt.

Prioritering er valg på forskellige niveauer: Det drejer sig både om en prioritering *inden for sundhedssektoren* og om en prioritering *af sundhedssektoren* i forhold til andre formål i samfundet.

En forudsætning for en relevant drøftelse af prioriteringen er en erkendelse af de samlede ressourcers begrænsning; en erkendelse af, at ressourcerne altid vil skulle fordeles mellem sektorerne – og en erkendelse af, at sundhedssektoren, uanset hvor stor en del af kagen, den får, altid vil have sine egne, interne prioriteringsproblemer, der ikke kan løses *ad modum Peter Plys*, som – da han blev spurgt, om han helst ville have honning eller syltetøj – svarede: Tak, begge dele!

Mere specifikt drejer medicinsk prioritering sig om de valg og rangordninger inden for sundhedssektoren, der i særlig grad foretages af læger og politikere, på grundlag af faglige og værdimæssige vurderinger – og i situationer, hvor der råder misforhold mellem ressourcer og muligheder vedrørende undersøgelse, behandling, pleje og forebyggelse.

Dette misforhold er kronisk, da sektoren er karakteristisk ved, at vi til enhver tid *kan* mere, end vi *magter*; vi kan *udrette* mere, end vi kan *overkomme*; og udviklingen vil sikre, at der aldrig nogen sinde vil være ressourcer nok til at gennemføre alle de undersøgelser og give alle de behandlinger, der i sig selv er fagligt mulige og – måske – ønskelige.

Behovene vokser i takt med mulighederne, men de nye muligheder forøger ikke ressourcerne i samme takt, som de når at skabe oplevelsen af et nyt behov.

Det er ikke kun et spørgsmål om penge. Man kan diskutere, hvor mange hjertekirurger, man *ønsker* at have i et land, men man kan ikke diskutere, hvor mange man *har*; det sidste beror ikke på diskussion, men på optælling. Og den samlede arbejdstid, som det eksisterende antal kirurger udfylder, netop i dag, danner den reelle overgrænse for ressourceindsatsen netop i dag. Den lægearbejdstid, der bruges til at give en patient et nyt hjerte, kan ikke samtidig eller bagefter bruges til at udføre en bypass-operation. Eller for at gå endnu videre i tankegangen: Det hjerte, der indopereres i én patient, kan ikke samtidig eller bagefter bruges til en anden. Og man røber jo ingen hemmelighed ved at oplyse, at levende hjerter ikke er noget, man blot kan bestille på apoteket.

Uanset om man derfor betragter problemerne under synsvinklen penge, personaletid eller organreserver, står man over for en uundgåelig ressourcebegrænsning. Med det syn på behovsbegrebet, som fremgår af det foregående, må det derfor – hvor barokt og provokerende, det end måtte lyde – slås fast, at enhver indsats i forhold til patienter reducerer indsatsen i forhold til patienter, nemlig de andre.

ROLLEFORDELINGEN

Prioriteringen finder som nævnt sted på forskellige niveauer. Lidt forenklet kan man udmærket tale om tre niveauer og betegne dem med de gængse begreber strategisk, taktisk og operationelt.

Som *strategisk* forstås her prioriteringen mellem sfærer og sektorer, herunder sundhedssektorens prioritering i forhold til andre sektorer: investering/opsparring/forbrug; privat/offentligt; uddannelse, aldersforsørgelse, kultur, infrastruktur osv.

Som *taktisk* forstås prioriteringen af de forskellige dele af sundhedssektoren i forhold til hinanden: forebyggelse/behandling; højteknologisk diagnosticering/plejefunktioner; specialer og behandlingsformer i forhold til hinanden o.s.v.

Og endelig forstås som det *operationelle* prioriteringsniveau de valgsituationer, der opstår i forhold til den enkelte patient eller ved valget mellem patienter.

Rollefordelingen mellem de forskellige aktører knytter sig til disse niveauer, men den er hverken éntydig eller indiskutabel.

Det drages sjældent i tvivl, at beslutningerne på det strategiske niveau er rene politiske. Der findes ingen faglig uddannelse, der kvalificerer til at tage stilling til, hvordan man skal prioritere militærudgifter i forhold til sundhedsudgifter. Det er officerer og læger naturligvis lige så berettigede til at have en personlig opfattelse af som alle andre borgere, men deres mening er som for de øvrige borgere vedkommende af politisk og ikke af faglig natur.

Omvendt må det operationelle niveau principielt siges at tilhøre læger (og andet medicinsk personale). De valg af behandling eller valg mellem patienter, som kræver faglig uddannelse og rutine, hverken kan eller bør træffes politisk.

På det taktiske niveau forholder det hele sig meget mere uklart, og det er også her, den faktiske prioritering har udløst den største diskussion i offentligheden – og de fleste skænderier mellem fagfolk bag kulisserne.

Rollefordelingen er tvetydig – formentlig, fordi ingen af grupperne er i stand til at stå alene med prioriteringen på dette niveau: Lægerne magter det ikke, fordi ingen faglig uddannelse har givet dem grundlag for at tage stilling til, om man skal foretrække hofteoperationer frem for stær-operationer; og politikerne magter det ikke, fordi en seriøs stillingtagen kræver en indsigt i de faglige muligheder, som de ikke har.

På det taktiske niveau består rollefordelingen derfor i en specifik deltagelse i et differentieret samspil.

Den beskrevne rollefordeling på de forskellige niveauer er af ideel natur; det er den forchromede sandhed. I virkelighedens verden er det mere indviklet.

For det første er det jo blotlagt for almen observation, at politikernes beslutninger om den helt overordnede ressourcefordeling sker under højtrøstet debat, ikke blot dem imellem, men først og fremmest leveret af interesseorganisationer af forskellig art. Det er umuligt at se væk fra, at de højest råbende på denne måde ofte har opnået noget, som de mere stille i landet må være foruden, – et fænomen, som har givet grundlag for udtrykket *decibel-prioritering*.

Men bortset fra dette må man også mere seriøst spørge, om eksempelvis læger har en *forpligtelse* til at deltage i debatten om prioriteringen af sundhedssektoren i forhold til andre sektorer (at de har samme *ytringsfrihed* som alle andre, siger sig selv).

I demokratier som de nordiske træffer politikerne jo i høj grad deres beslutninger under hensyn til vælgernes signaler og dom, og som udgangspunkt er det derfor ikke irrelevant, når læger hævder, at de er nødt til at informere om fagets situation og muligheder, hvis borgerne skal give deres signaler og træffe deres valg på grundlag af reel viden.

Problemet opstår, hvis den viden, der formidles, ikke er reel. Det vil typisk være tilfældet, hvis kun halvdelen af problemstillingen kommer frem. Eller hvis det holdes uomtalt, at prioritering er nødvendig, og at intet kan gøres, uden at det sker på bekostning, herunder på andre patienters bekostning.

Under forudsætning af, at informationerne gives på en måde, som i så henseende er loyal over for virkeligheden – og dermed over for modtagerne, – er der for mig at se intet forkert i, at læger melder sig i den offentlige debat med faglige synspunkter.

En anden modifikation med hensyn til den principielle rollefordeling drejer sig om prioriteringen på det operationelle niveau. Her må det forudses, at der i stigende grad vil skulle vælges mellem patienter, som ikke alle kan behandles. Kan lægerne stå alene med dette valg, og vil de? bør de? tør de?

Uanset, at problemstillingen ikke kan afvises, bør det ud fra en samlet betragtning af konsekvenserne af de mulige alternativer fastholdes, at valg i forhold til enkelte patienter bør træffes af læger, eventuelt på formaliseret kollegial basis. I demokratier, der med rette stræber efter størst mulig åbenhed omkring de politiske beslutninger, vil politikere, der i parentes bemærket ikke er beskyttet af faglig diskretion, ikke kunne indgå i en så følsom stillingtagen, som valg mellem patienter indebærer. Hvis lægerne med rette må hævde, at et valg mellem patienter med nøjagtig samme diagnose, prognose etc. ikke kan træffes på et rent fagligt grundlag, må man spørge, om lodtrækning så ikke er at foretrække. Terningen kan jo ingen beskylde for at tage illegitime hensyn.

Men selv om politikerne ikke hører hjemme i den patientrelaterede prioritering, kan de naturligvis være med til at tage stilling til de kriterier, efter hvilke den konkrete prioritering på patientniveau skal ske, – og dermed er vi tilbage på det taktiske niveau: fordelingen af ressourcer mellem institutioner, specialer, behandlingsformer o.s.v.

Når rollefordelingen mellem læger og politikere på dette niveau skal specificeres, er det nødvendigt at understrege den principielle forskel på de præmisser, de hver for sig tager udgangspunkt i. Selv om vores kultur i de seneste årtier er kommet til stigende erkendelse af, at kausalpræmisser og værdipræmisser ikke er så lette at holde ude fra hinanden i virkeligheden, som de er på tankens plan, så er der dog ingen tvivl om, at lægerne i særlig grad er forpligtet til at handle ud fra årssagssammenhænge, mens de mere alment menneskelige vurderinger og værdier først og fremmest er politikernes gebet.

De formelle beslutninger på det taktiske niveau træffes i den sidste ende af politikerne – i praksis dog ofte på deres vegne af administrative embedsmænd. Samspillet vil derfor i praksis skulle bestå i fælles rådslagning med henblik på opnåelse af et vist mål af konsensus, som derefter kan blive kon-

firmeret gennem politiske beslutninger, der er i rimelig overensstemmelse med, hvad man har drøftet sig frem til.

Når man er nået så langt, består rollerne oftest blot i at være loyale over for hinanden bagefter ...

I gamle dage (for 20 år siden ...) fungerede samspillet mellem læger og politikere på en anden måde. Ikke bedre, ikke værre, men anderledes. De erindringsforskydninger, som traditionelt får ungdommens soldatertid til at fremstå i et udelukkende positivt skær, medfører naturligvis også, at der ses tilbage på de gamle dage som en tid, hvor politikere og læger arbejdede langt bedre sammen. Sandheden er, at de havde det meget bedre med hinanden, fordi de havde færre kollisionsmuligheder: Misforholdet mellem ressourcer og medicinske muligheder var ikke blevet så manifest; samfundets almindelige løn- og arbejdsvilkår havde endnu ikke holdt deres indtog på sygehusene; og den vidtgående specialisering, der medfører behov for samarbejde og koordination i langt større målestok, var endnu kun i sin vorden.

Arbejdet frem mod en afklaring af de specifikke roller, som læger og politikere har i forhold til hinanden i det nødvendige samspil på det taktiske niveau, går derfor ikke gennem en tilbagevenden til fortiden, men gennem udvikling af nye modeller, der svarer til nutidens – og fremtidens – krav.

Alligevel er der brug for at retablere noget, man havde mere af i fortiden, nemlig den personlige kontakt. En intensiv dialog (d.v.s. en samtale, hvor man giver sig tid til hinanden) mellem læger og politikere er nødvendig, hvis man skal nå til en fælles forståelse af prioriteringen og dermed af rollefordelingen.

Denne kontakt må først og fremmest udspille sig på det lokale og regionale niveau, men den vil i høj grad kunne blive inspireret og tilskyndet gennem seminarer, symposier, konsensuskonferencer og lignende, som i øvrigt udmærket kunne afholdes på nordisk plan.

Selv om læger, politikere og disses nærmeste, administrative rådgivere uundgåeligt bliver hovedaktører ved den medicinske prioritering, melder andre interessenter sig med krav om at være med. Der er dels tale om andre faggrupper inden for sundhedssektoren, dels om faggrupper, der repræsenterer discipliner, som – uden at være direkte integreret i sektoren – dog har betydning for arbejdet med prioriteringen. Endelig finder også repræsentanter for patientorganisationer, at de bør have et ord med.

I relevant omfang er andre faggruppers deltagelse i prioriteringsprocessen absolut væsentlig. De repræsenterer en række erfaringer fra det daglige virke i sundhedssektoren, både i den primære og den sekundære del af denne, og de har i øvrigt ofte en meget afgørende indflydelse, om ikke på de explicitte prioriteringsbeslutninger, så dog på den faktiske prioritering. Det må i den forbindelse ikke overses, at adfærd og ressourceforbrug i forreste, operationelle linie, hvor hovedparten af det øvrige personale arbejder, i meget høj grad låser handlingsmulighederne fast på det taktiske niveau.

Til disse grupper – så vel som til lægerne – er det imidlertid nødvendigt at sige, at de i forhold til prioriteringsprocessen repræsenterer et fag og ikke en faggruppe. Det er fagets muligheder og begrænsninger, ikke gruppens interesser, der skal tages i betragtning ved prioriteringen.

Mange andre faggrupper vil kunne levere et ønskeligt og kvalificeret bidrag til arbejdet med at klarlægge den medicinske prioritering og med at finde frem til synliggjorte principper for den. Nævnes kan som rene eksempler jurister, samfundsforskere, filosoffer, journalister og andre. Specielt er det herudover relevant at fremhæve den endnu lille, men voksende skare af *sundhedsøkonomer*, som meget bevidst og kvalificeret arbejder på at afdække sektorens økonomiske sammenhænge – og dens ofte oversete virkelighed. Sundhedsøkonomerne vil blandt andet kunne skabe grundlag for, at medicinsk teknologivurdering kommer til at spille en meget mere afgørende rolle for prioriteringsbeslutningerne end hidtil.

Egentlig sundhedsøkonomisk sagkundskab er også nødvendig, hvis prioriteringsdebatten i fremtiden skal komme til at foregå på grundlag af andet end rent talmagiske produktivitetsmålninger. Hvordan skal man tage i betragtning, om det gør mere eller mindre ondt? Hvordan skal man point-

sætte, at patienten, der har trukket i kaldesnoren, venter to minutter – i forhold til, at vedkommende venter et kvarter? Hvordan skal man indregne hensynet til patientens egne forhold og arbejdstid, når valget mellem sygehusvæsenet og den primære del af sundhedssektoren skal træffes? Og så videre.

Når vi dernæst vender os til patientforeninger og tilsvarende interesseorganisationer, må det siges, at selv om disse selvfølgelig har deres fulde ret til at gøre sig gældende i debatten både på nationalt og lokalt plan, så er deres mulighed for at deltage i en blot nogenlunde tværgående prioriteringsproces stærkt begrænset. Hovedparten af dem repræsenterer en enkelt patientgruppe med særdeles specifikke interesser, og deres konkrete syn på, om det er tilladeligt, at den ene patientgruppe opnår noget på andre patienters bekostning, er meget afhængig af, hvad det er for en gruppe, der opnår noget ...

Alligevel skal man ikke med et pennestrøg afskrive dialog med patientorganisationer, dels fordi de udmærket kan have et relevant budskab på hjerte, fx. om prioriteringen mellem højteknologisk behandling og mere almindelig omsorg og pleje, dels fordi både læger og politikere kan have en klar interesse i at få disse organisationer i tale.

Ved nærmere eftersyn har disse foreninger sammen med forskellige sygdomsbekæmpende organisationer nemlig en stor indflydelse på den faktiske prioritering i sundhedssektoren. Denne indflydelse opnås gennem *donationer*, der i praksis ofte bliver mere bestemmende for udbredelse og placering af diagnostiske og terapeutiske muligheder end de beslutninger, der træffes af ministerier, styrelser og regionale myndigheder.

På denne baggrund vil det være meget hensigtsmæssigt, om der trods de modstridende interesser kunne opnås en vis, fælles forståelse med disse organisationer om de retningslinier for den medicinske prioritering, som alle derefter bør respektere.

FORSØG MED RETNINGSLINIER

På et område, der er så boblende som sundhedssektoren, vil retningslinier aldrig få nogen lang levetid, *hvis de skal tages alt for håndfast*. Hvad der er brug for, er mere nogle pejlemærker, noget at sigte efter, nogle tommefingerbetragtninger, som trods alt har en vis almen gyldighed osv.

Som et forsøg i den retning kan nævnes den norske betænkning om retningslinier for prioriteringer inden for sundhedsvæsenet,¹ som direkte definerer fem prioriteringsniveauer eller -kategorier. Fire af disse handler om forskellige grader af positiv prioritering, mens det femte niveau drejer sig om aktiviteter, som har nul-prioritet.

Første prioritet skal i følge den norske betænkning være reserveret aktiviteter, som er nødvendige i den forstand, at det har umiddelbart livstruende konsekvenser – for enkeltpatienter, patientgrupper eller samfundet som helhed – hvis de ikke iværksættes øjeblikkeligt.

Anden prioritet tillægges aktiviteter, som er nødvendige i den forstand, at svigtende indsats får katastrofale eller særdeles alvorlige konsekvenser på længere sigt – for enkeltpatienter, patientgrupper eller samfundet som helhed.

Tredie prioritet hæftes på aktiviteter med dokumenteret nytteeffekt, hvor konsekvenserne af svigtende indsats er klart uønskede, men uden at være så alvorlige som nævnt i forbindelse med første og anden prioritet.

Fjerde prioritet drejer sig om efterspurgte aktiviteter, der antages af have helbreds- eller livskvalitetsforøgende effekt, men hvor de skadelige virkninger af svigtende indsats klart vejer mindre tungt, end tilfældet er ved manglende aktivitet med højere prioritet.

¹ Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste, NOU 1987: 23, Universitetsforlaget, Oslo

Nul prioritet er niveauet for sundhedstjenester, som er efterspurgte, men som hverken er nødvendige eller har en klart dokumenteret nytteværdi.

Udredningen rummer en række eksempler på disse prioriteter, som pladsen her ikke tillader at gå ind på. Hensigten med at nævne dem er da også først og fremmest at fremhæve dette forsøg på at opstille nogle niveauer, – lad dem være aldrig så ufuldkomne, og lad muligheden for at anvende dem i den daglige turbulens være aldrig så diskutabel, tilbage bliver netop deres evne til at stimulere en bevidst diskussion om den prioritering, der hidtil har været stiltiende og tilsvarende inkonsistent.

MEDIERNE

Tilbage står at nævne, hvad jeg ikke betænker mig på at karakterisere som problem nr. 1 i forbindelse med den medicinske prioritering, nemlig mediernes rolle og adfærd.

Blot et enkelt kig i bakspejlet vil vise, at en lang række faktiske prioriteringer er kommet i stand som følge af pres, der enten er udøvet af medierne, eller som er formidlet af dem.

Det er meget sædvanligt, at man i den forbindelse kritiserer medierne og deres niveau. Det er ikke mit anliggende. Medierne har også deres problemer at slås med, og både læger og politikere kan inden for egen kreds finde eksempler på folk, der har ageret sådan i forhold til medierne, at det bagefter var svært at sige, hvem der misbrugte hvem.

Det kræver heller ikke mange dages efterforskning at finde frem til eksempler, hvor politikere har vist mangel på mod i forhold til et medieakut pres.

Ud fra ønsket om, at debatten i samfundet om den medicinske prioriterings problemer kan blive åben og bred, og at prioriteringen som sådan kan blive synlig, bliver det imidlertid et selvstændigt formål at søge at få medierne i tale i sammenhænge, der ikke er knyttet til et konkret mediedrama.

Uden en seriøs medvirken fra mediernes side er det vanskeligt at inddrage befolkningen i den medleven og stillingtagen, som demokratiet ideelt forudsætter.

Men skal dette lykkes, er det nødvendigt, at de direkte aktører, læger og politikere, selv når til fælles afklaring af prioriteringens natur: Mellem denne afklaring på den ene side og på den anden side evnen til at fremlægge den på en forståelig måde gennem medierne er der en gensidig afhængighed, som en sprogmagister i 1800-tallet, J. S. Sneedorff, så udmærket har beskrevet med det udtryk for erkendelse, der indledte dette kapitel: "*Man begriber ikke tingene ret, førend man kan sige, hvad man tænker, således at andre kan forstå det!*"