

Pris?

Kostnadseffektiv?

Behov?

Effekt?

Prioritet?

Etisk prioritering av helsetjenester

AV KJELL ARNE JOHANSSON OG INGRID MILJETEIG

Prioritering i helsevesenet er å holde tilbake nyttig helsehjelp for enkeltpasienter eller en gruppe pasienter, til fordel for andre pasienter eller samfunnsghoder. Rettferdig prioritering av helsetjenester innebærer vanskelige valg hvor folk vil være uenige i hva som er rett fordeling.

Stener Kvinnsland, direktør i Helse Bergen, skriver i Bergens Tidende 21.02.2009: «Jeg hadde aldri trodd at jeg noen gang skulle komme til å sette svake grupper opp mot hverandre. Men det er faktisk hverdagen nå».

Kriterier for prioritering

Hvordan kan en forholde seg rettferdig til en slik situasjon hvor alle ikke kan få den helsehjelpen de trenger? Den nasjonale prioriteringsretningslinjen (Lønning II) og prioriteringsforskriften anbefaler at beslutninger må bygge på relevante kriterier:

- 1) Effekten av behandlingen
- 2) Alvorlighetsgraden av sykdommen
- 3) Kostnadseffektiviteten av behandlingen
- 4) Dokumentasjonens kvalitet

Utfordringen ved bruk av disse allment akseptable kriteriene er at folk vil vektlegge dem ulikt. Noen vil mene at de sykeste bør få tilgang til dyr behandling til tross for minimal forventet effekt. Andre vil mene at en slik vektlegging av de sykeste vil innebære for stort offer for pasienter som er mer effektive helseforbrukere, det vil si grupper som kommer på et høyere helsenivå for mindre ressurser.

Prioriteringslitteraturen beskriver denne prinsipielle uenigheten som en konflikt mellom likhetsidealet og maksimeringsidealet. Disse konfliktene er til stede i både mikrobeslutninger på et klinisk nivå og i makrobeslutninger hvor man allokterer mellom ulike helseprogrammer. I denne kronikken beskriver vi tre viktige prioriteringsbeslutnin-



Kjell Arne Johansson

er lege og avslutter denne våren et 4 års PhD prosjekt ved Institutt for samfunnsmedisinske fag (Universitetet i Bergen) hvor han har forsket på etiske dilemma ved HIV-prioriteringer i lavinntektsland med utgangspunkt i hans feltarbeid fra Iringa i Tanzania.



Ingrid Miljeteig

er lege og har nylig levert en PhD i medisinsk etikk med tittelen: «End-of-life priorities in complex settings: An ethical analysis of decisions in Indian neonatal units». Hun underviser i medisinsk etikk og i global helse for legestudenter og masterstudenter ved Universitetet i Bergen..

ger i helsevesenet hvor folk vil være uenige om hva som er riktig å gjøre. De tre dilemmaene har elementer fra den generelle konflikten mellom likhet og maksimering, men de er likevel såpass ulike at de må diskuteres hver for seg.

Prioriteringsdilemmaet

Hvor mye vekt skal de dårligst stilte ha og hvem er dårligst stilt? Tenk deg at prioriteringsrådet skal velge å anbefale ett av to program: 1) behandling T1 til pasienter med rastløse bein og 2) behandling T2 til pasienter med lungekreft. Begge behandlingene øker gruppens helsetilstand med 1 QALY¹ og de koster begge 500 000 NOK per QALY. De fleste typer helseøkonomiske evalueringer er likegyldig til hvilken gruppe vi bør velge på grunn av identisk kostnad-nytte-rate. Dette strider mot de fleste menneskers intuitisjon, og de ville valgt å tilby behandling til pasienter med lungekreft på grunn av tilstandens alvorlighetsgrad. Valget blir vanskeligere hvis effekten synker eller kostnad-nytte raten stiger i lungekreftprogrammet. Det vil være rimelig uenighet om hva som er akseptable terskler for effekt eller kostnad-effekt for å endre anbefaling fra program 1 til 2.

¹ QALY=Quality Adjusted Life Year (Kvalitetsjusterte leveår) er vanlig mål på helse i helseøkonomiske evalueringer som inkluderer både mortalitet/antall leveår og livskvalitet.

Et helsemaksimerende prinsipp vil velge program 1 straks effekt eller kostnad-nytte-rater viser at dette programmet øker helsen mest. Et prinsipp om absolutt likhet vil favorisere program 2 uansett. Helseøkonomen Erik Nord har vist at befolkningens gjennomsnittlige verdier ligger et sted mellom absolutt maksimering og absolutt likhet.

Folk vil også være uenige om tolkningen av hvem som er dårligst stilt og hvilke dimensjoner av et menneskeliv som er relevant å trekke inn i helseprioriteringer. Noen mener det er viktig å se på enkeltpasienters eller grupper av pasienters generelle velferdssituasjon. Er det verre å være fattig og litt syk enn rik og veldig syk? Et annet aspekt er tiden. Hvem er dårligst stilt av de som er akutt syke i dag og de med generelt dårlig helse over en lengre periode? Hvem er dårligst stilt av de som trenger hjelp i dag, og de som er forventet å trenge hjelp mot samme sykdom i fremtiden? Dette siste spørsmålet er svært relevant når det gjelder å velge mellom behandling og forebygging.

Aggregeringsdilemmaet

Hvordan skal vi veie nytten av små individuelle helseeffekter som samlet gir stor helsegevinst i forhold til færre store individuelle helseeffekter med mindre total helsegevinst?

Følgende eksempel kan illustrere dette: Tenk deg at prioriteringsrådet i Norge må velge mellom å tilby behandling til pasienter med Pompes sykdom (sjelden dødelig muskellidelse som skyldes mangel på alfa-glukosidase) eller gratis MR-undersøkelse av smerter i knær. Behandling av Pompes sykdom koster 3,2 millioner i året per pasient og forventes å forlenge livet litt og bedre livskvaliteten litt for barn med denne muskellidelsen. Vi antar i dette hypotetiske eksempelet at vi kan få 2 QALY per pasient med Pompes sykdom. Knesmerter er veldig vanlig og vi antar en effekt på 0,05 QALY per pasient og at kostnadene er på ca 3000 NOK per pasient.

Den totale helsegevinsten blir mye høyere hvis vi velger å tilby MR av kne enn behandling av Pompes sykdom. MR-kne-programmet vil da score høyest på total helsegevinst og lavt på individuell helsegevinst, mens programmet som behandler Pompes sykdom scorer høyt på individuell helsegevinst og lavt på total helsegevinst. Hvilket skal man da satse på?

Her er det to ekstreme ytterpunkter. De som aksepterer aggregering vil velge gratis MR av kne fremfor å behandle få pasienter med Pompes sykdom, på grunn av at helsen øker mest hvis vi legger sammen effekten av alle MR-undersø-



ILLUSTRASJONSFOTO: OLARU RADIAN-ALEXANDRU

kelsene. Det andre ytterpunktet legger til grunn at hver person er unik og at å legge sammen helsegevinst ikke er akseptabelt. Vår intuisjon er best til hjelp når vi sammenligner en pasient mot en annen, og det kan virke intuitivt urimelig å velge å tilby MR for knesmerter fremfor å gi livreddende behandling til ett barn med en dødelig muskelsykdom. Men, når vi foretar makrobeslutninger blir grupper av pasienter satt opp mot hverandre, og vår intuisjon er ikke like presis i gruppebeslutninger. Vi kan forvente at folk har ulike terskler for hvor stor en aggregert nytte bør være før vi skal velge ikke å tilby store individuelle helseeffekter, som sammenlagt er små. Noen vil akseptere å ofre en pasient til fordel for litt helseeffekt til hele Norges befolkning.

«Fair sjanse» vs. beste utfall-dilemmaet

Hvor mye skal vi favorisere best mulig helseeffekt fremfor det å gi folk en fair sjanse til helsegevinst?

Her kan vi vise til et eksempel fra organtransplantasjon: To personer har ventet like lenge i kø for å få et hjerte og har kun noen uker igjen å leve uten nytt hjerte. Sykehuset har kun ett hjerte tilgjengelig. Den ene personen forventes å leve i to år med hjerte, den andre i 20 år.

Utgangspunktet for dette dilemmaet er at vi sammenligner to personer med samme alvorlighetsgrad hvor behovet for helsehjelp er likt. «Helsemaksimereren» velger igjen det alternativet som gir mest total helse og tilbyr hjerte til den personen som vil leve i 20 år. Andre vil fortsatt argumentere for at ethvert menneske er unikt, og at det er urettferdig hvis personen som kun er ventet å leve i to år ikke skal få en rimelig sjanse til denne helsegevinsten bare fordi at den er mindre. Noen argumenterer for at loddrekning er det mest rettferdige i dette tilfellet. Andre inntar en slags mellomposisjon og argumenterer for et vektet lotteri hvor de med størst forventet nytte skal få økt sjanse til å få behandling, er det mest rettferdige alternativet. Behandlings-effekten blir dermed viktigere, men ikke det dominerende.

Hva er dagsorden i prioriteringsdebatten?

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten ble etablert i 2007 av Helse- og omsorgsdepartementet for å gi innspill til viktig prioriterings spørsmål i Norge. Rådet er sammensatt av sentrale ledere i de ulike helseforetakene og representanter fra primærhelsetjenesten, Helsedirektoratet, politikere, pasientorganisasjoner og Statens legemiddelverk. Rammen under viser et utvalg av prioriterings spørsmål som er diskutert i rådet siden 2007.

En kartlegging magasinet Mandag Morgen nylig gjorde blant sentrale ledere i Helse-Norge viste at toppene mente at få i det norske helsevesenet tør å si tydelig nei til nyttig helsehjelp. Lederne var også misfornøyd med politikernes manglende vilje til å gå inn i vanskelige prioriterings spørsmål. De mente politikerne har et viktig ansvar i grensesettingen av helseressurser, men at de i liten grad våger å si hva som skal inkluderes eller ekskluderes. Lederne mente også at Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten bør bli mer synlig.

Konklusjon

Når Stener Kvinnsland sier at vi må tørre å snakke om prioriteringene som gjøres og om hva vi må velge bort, er det de tre nevnte dilemmaene som vi må forholde oss til. Det er vanskelig å få til enighet, og dilemmaene er ofte teknisk kompliserte og utilgjengelige for folk flest. Derfor er det svært viktig å ha skikkelige og tillitskapende prosedyrer for hvordan en tar prioriterings beslutninger. Det er dette den internasjonale prioriteringsdebatten har fokusert på de siste årene. Vi bør derfor også tilstrebe mer åpne og tydelige prioriterings beslutninger i Norge i årene fremover.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: Kjell.Johansson@isf.uib.no / Ingrid.Miljeteig@isf.uib.no