

Prioriteringsrådet anbefaler at det satses på bedret livskvalitet fremfor lengre liv for gamle syke

Hvem skal dø?

Hvem skal leve? var tittelen på den amerikanske helseøkonomen Victor Fuchs' tankevekkende bok som kom ut for 30 år siden (1). Han var en av de første som satte fingeren på at helsevesenets suksess var i ferd med å skape et etisk problem: Utviklingen av moderne, effektiv og kostbar diagnostikk og behandling kombinert med bedre leveutsikter hadde gjort det til et potensielt pengesluk. Man kunne umulig gjøre alt for alle. Det ville være et spørsmål om penger, men også om hvor stor del av et samfunns samlede ressurser som kunne brukes på helsetjenester. Man måtte velge. Noen kunne få optimal behandling, andre ikke. Satt på spissen: Noen skulle få leve, mens andre måtte dø.

Slike valg er nærmest uforenlig med legers ønsker og løfter om å gjøre alt som står i vår makt for å redde liv og lindre lidelse. Victor Fuchs' poeng var at uansett hvor ubehagelig det var å foreta slike valg, så måtte de tas. Spørsmålet var hvem som skulle velge og etter hvilke kriterier. Det er mange måter å prioritere på. Man kan gi fortrinn til den som kommer først til møllen (dvs. til legen), til den som kan betale mest, til den som er sykest eller til den som vil ha størst nytte av behandlingen. Men en felles forståelse og aksept for de prioriteringskriteriene som velges er viktig for at befolkningen skal oppfatte helsevesenet som rettferdig. Et solidarisk helsevesen med like rettigheter for alle er viktig i Norge. Derfor var det naturlig at vi her i landet var nokså tidlig ute med å sette prioriteringskriterier i helsevesenet på den politiske dagsordenen. Inge Lønning ledet to offentlige prioriteringsutvalg som avgav innstilling med ti års mellomrom – i 1987 og 1997 (2, 3). I 2000 ble det opprettet et permanent prioriteringsråd – Nasjonalt råd for prioritering i helsevesenet. Både prioriteringsutvalgene og det nåværende prioriteringsrådet har forsøkt å være konkrete og til dels provoserende for å få i gang en bred debatt. Men denne har langt på vei uteblitt. Å flytte diskusjonen fra å være et tema på den politiske dagsorden til å bli et tema i den medisinske hverdagen har vært vanskelig.

Rett før jul 2003 sa prioriteringsrådet at man burde prioritere tiltak som bedret livskvaliteten hos de eldre fremfor livsforlengelse (4). Dette var et viktig utsagn og et kontroversielt standpunkt. Likevel ble det bare en kortvarig meningsutveksling i mediene før debatten igjen stilnet. En grunn til at det ble stille, var kanskje at rådet valgte å presentere sine konklusjoner slik de gjorde. Man kunne få inntrykk av at de tok stilling og mente at livskvalitet var viktigere enn livslengde for eldre mennesker. Slike spørsmål kan verken helsemyndigheter eller fagfolk besvare kollektivt på vegne av

enkelt personer. Det er helt individuelt hvordan man vurderer flere leveår i forhold til bedret livskvalitet. Dessuten er det svært forskjellig hva man oppfatter som god livskvalitet og hvordan man bedømmer sin livskvalitet i ulike faser av livet. For mange gir troen på at de kan få en ekstra dag eller måned eller et ekstra år betydelig økt livskvalitet – det vet de fleste som har vært i nærheten av alvorlig syke mennesker.

Prioriteringsrådet lager også et noe kunstig skille mellom det de kaller livreddende og livsforlengende behandling og det de kaller helsehjelp til å bedre livskvaliteten. De mener at kunnskapen er bedre når det gjelder det første, og at dette kan føre til en utilsiktet prioritering. Det er vanskelig å se at rådet har dekning for å lage et så klart skille. Problemet er at vi mangler kunnskap om effekt av de aller fleste tiltak rettet mot syke gamle. Hvem vet om ikke riktig smertebehandling, bedret funksjonsevne, godt tilpasset medisinsk behandling samt trivelige og verdige boforhold kan forlenge livet samtidig som det bedrer livskvaliteten? Etter all sannsynlighet gjør det det.

På denne måten trekker prioriteringsrådet noe av oppmerksomheten bort fra det som er hovedpoenget i vedtaket: At helsetjenestetilbudet til eldre mennesker må bygges ut og endres. Prioritering dreier seg om å gjøre valg. Men for å kunne gjøre valg, må man ha valgmuligheter. For å ha valgmuligheter må det finnes et tilbud, og før det kan bygges opp et tilbud må det finnes kunnskap og vilje til å satse. Det er ikke et spørsmål om å la noen dø for at andre skal leve et bedre liv, men om å sørge for reelle valgmuligheter.

Prioriteringsrådets utfordring til helsemyndigheter og helsepersonell er at prioriteringene f.eks. innenfor medisinsk forskning må endres. Vi trenger mye mer kunnskap for å kunne bygge opp et godt og verdig helsetjenestetilbud til eldre pasienter. Hovedproblemet for de eldre er ikke å skulle velge mellom et lengre liv og et bedre liv, hovedproblemet er at det ikke finnes tilbud å velge i.

Charlotte Haug
redaktør

Litteratur

1. Fuchs V. Who shall live? Health, economics, and social choice. New York: Basic Books, 1974.
2. Norges offentlige utredninger. Retningslinjer for prioritering i norsk helsetjeneste. NOU 1987: 23.
3. Norges offentlige utredninger. Prioritering på ny. NOU 1997: 18.
4. <http://www.shdir.no/index.db2?id=8865> (12.1.2004).