

Kronikk

Prioriteringer er mer enn å si nei

I det offentlige ordskiftet blir det å prioritere ofte identifisert med det å si nei. Dette er en skjev fremstilling som kan ha flere uheldige følger. For det første fremstår det å prioritere som mer uvanlig og kynisk enn det det faktisk er. For det andre blir fokus flyttet bort fra det store flertallet av de prioriteringer som foretas. For det tredje skygger klinikere og politikere unna den offentlige debatt.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Reidar Pedersen
reidar.pedersen@medetikk.uio.no
Ståle Fredriksen
Senter for medisinsk etikk
Universitetet i Oslo
0318 Oslo

Prioriteringer er beslutninger og handlinger der noe gis fortrinn fremfor noe annet. Dette gjøres til enhver tid både i klinisk virksomhet og i den politiske styringen av helsetjenesten. Å prioritere er en alminnelig, mangfoldig, grunnleggende og selvfølgelig foreteelse i helsetjenesten (1). Det er uheldig hvis den offentlige debatten ikke gjenspeiler dette mangfoldet, og det sentrale og alminnelige ved å prioritere.

En forenklet fremstilling

Å prioritere blir i den offentlige diskusjonen ofte identifisert med det å si nei til et eller annet (oftest høyteknologisk) behandlings- eller utredningstilbud. Denne forenklete fremstillingen gjenspeiler sentrale formuleringer og prinsipper fra den første offentlige utredningen om prioriteringer i det norske helsevesen (2). I den utredningen understrekes det ofte at det å velge bort et tilbud er sentralt ved prioriteringer. Ikke uventet er det nei-et det blir mest oppmerksomhet rundt. Nei-et får frem de

mest brutale sidene ved prioriteringer i klinisk praksis, for eksempel hvor urimelig og hvor kynisk kravet om prioritering kan være. To eksempler kan illustrere dette.

Eksempel 1. Helseøkonom Ivar Sønbo Kristiansen foreslo i februar 2003 å sette en grense for hva det norske samfunn skal betale for å vinne et leveår (3). Det betyr at behandling som er dyrere enn dette grenseløpet som hovedregel ikke bør finansieres av fellesskapet, ikke fordi den er unyttig, men fordi alternativkostnadene blir for store. Sentrale helsepolitikere som Dagfinn Høybråten og John Alvheim stemplet umiddelbart denne tilnærmingen som uaktuell skrivebordstenkning, og som kald og kynisk (4).

Eksempel 2. I Dagbladet februar 2004 kunne vi lese at norske myndigheter oppfordret leger til å ta livet av pasienter med høyt blodtrykk med rottegift (5). Stridens kjerne er ALLHAT-studien og forslaget om å bruke gamle og billige tiazider i stedet for nye og dyre medisiner i behandlingen av høyt blodtrykk. Ved å bruke et eldre, men veldokumentert medikament (tiazider) kunne staten spare over 100 millioner kroner, penger som kunne vært brukt til noe annet. Kritikerne hevdet bl.a. at de gamle medikamentene har alvorlige bivirkninger. Vi vil ikke forsøke å avgjøre hva som er faglig korrekt, men bare peke på det karakteristiske ved at Dagbladet fremhever hvem som skal ta livet av hvem, ikke om helsemillionene kanskje kunne vært brukt på en mer fornuftig måte.

Spørsmålet er om vi har latt oss blende av enkelheten ved å utlegge prioriteringer som det å si nei. I sin mest rendyrkede form er ikke dette en gal oppfatning av prioriteringer. Men klinisk og politisk virksomhet er sjelden rendyrket – og godt er det. Det er stort rom for skjønn og avveining av ulike interesser. Praksis formes av et samspill av bl.a. sykdommer, forventninger, plager, personlig kompetanse, utstyr, empati, jus, pårørende og vaktrutiner. Det bemerkelsesverdige er at vi klarer å håndtere dette samspillet så bra som vi tross alt gjør. Vi klarer som regel å finne gode løsninger. Langt de fleste pasienter er fornøyd med den behandlingen de får. Og – vil vi våge å påstå – pasientene er fornøyd bl.a. fordi legene og sykepleierne prioriterer mellom

dem på en mer fornuftig måte enn ved å si ja til noen og nei til noen andre, og så la det bli med det.

Enighet eller makt?

Prioritering i møtet med pasienten, på avdelingsnivå og i politikken, er mye mer enn å nekte pasienter noe de ønsker eller har krav på. De fleste prioriteringer i det norske helsevesenet skjer faktisk i forståelse og enighet. Den alminnelige debatt underslår det enkle poeng at vi mennesker har en bemerkelsesverdig evne til å bli *enige* med hverandre, og at denne evnen er sentral i det daglige prioriteringsarbeidet. Selv om offentligheten kunne gi inntrykk av noe annet, er det kun de færreste medisinske beslutninger som drives gjennom med makt.

Det kan derfor være fruktbart å skille mellom to former for prioritering:

- Prioritering gjennom enighet
- Prioritering gjennom makt

Oppmerksomheten i den offentlige debatt har vært rettet nesten utelukkende mot den siste formen. Vi mener man burde være mer opptatt av å finne ut av, og å legge til rette for, betingelser for å oppnå enighet, ikke minst fordi enighet er en effektiv måte å prioritere på. Konfrontasjon er noen ganger nødvendig og berettiget, men som en allmenn metode er det neppe en effektiv måte å styre medisinen på, verken på mikro- eller makronivå.

Dette gjelder også klinisk praksis. Det er vår enkle mening at kliniske prioriteringer er mindre konfliktfylte og mer balanserte enn det offentlige ordskiftet skulle tilsi. Større oppmerksomhet rundt den alminnelige prioriteringspraksis ville trolig øke kunnskap om av hva det er å prioritere, og hvilke verdier og interesser som står på spill. En slik oppmerksomhet vil også gjøre det enklere å peke på forbedringsmuligheter ved eksisterende praksis.

Polarisering

Slik det er i dag er prioriteringsdiskusjonen i stor grad plassert i periferien av klinisk og politisk virksomhet. Prioritering er blitt en oppgave for økonomer, jurister og administratorer. Vi har fått en rekke retningslinjer, forskrifter og lover som vi ikke vet hvordan fungerer. Det er imidlertid grunn til å frykte at de vil polarisere debatten ytterligere.



Ofta kan vi ønske å kunne prioritere som Ole Brumm, istedenfor kynisk og urimelig å prioritere bort. Foto SCANPIX/Trygve Indreliid

I møtet med det offentlige nei-et får pasienter sterkere motiver for å kjempe for tydelige juridiske retter til helsetjenester. Et eksempel på utvidede rettigheter er Odelsingets vedtak fra desember 2003 om endringer av pasientrettighetsloven som trådte i kraft 1. september 2004 (6). Vi tror imidlertid at resultatet av en polarisering mellom eksplisitte begrensninger og eksplisitte rettigheter lett kan bli en dårligere helsetjeneste uten økonomiske besparelser. Å basere helsetjenesten i for stor grad på rettigheter kan føre til at helsearbeidere blir mer opptatt av å fylle minstemålet for akseptabel praksis enn av å gi helhetlig og god omsorg og behandling. Vi mener at jusen er viktig for å definere nedre grenser og bunnlinjer, men den er neppe egnet til å definere god praksis eller god fordeling av helsetjenester.

En jungel av rettigheter, slik vi allerede kjenner det fra trygdesystemet, kan underminere det gode kliniske skjønn og føre til defensiv medisin. Det blir viktigere å unngå feil enn å gjøre godt.

Vi mangler oppmerksomhet omkring hvilke prioriteringsbeslutninger som faktisk tas, hva som påvirker dem og hvilke konsekvenser de får. Det er opplagt at ikke alle interesser kan eller bør få gjennomslag, men vi mangler en åpen diskusjon omkring hvilke interesser som er legitime og hvilke som er illegitime, og hvordan vi skal avveie de ulike legitime interessene.

De viktigste aktørene skygger unna

En annen fare ved å anse nei-et som den eneste måten å prioritere på, er at helsearbeidere og helsepolitikere mister ansikt ved å forsøke å ivareta den samfunnsoppgaven som prioriteringer er.

Igjen vil vi hevde at eksisterende praksis er mer fornuftig enn man kan få inntrykk av. Det blir for eksempel ofte hevdet at politikere ikke kan prioritere. Det mener vi er klart feil. Politikere er mestere til dette, og

de gjøre det hele tiden. Det er bare det at de prioriterer på en annen måte enn det som er opplest og vedtatt som «den riktige». Politikere har for eksempel ikke hatt noen problemer med å prioritere ned ungdomspsykiatri. Selv et så vesentlig område som sykehjemsmedisin har fått stemoderlig behandling.

I stedet for offentlig konfrontasjon driver politikere med prioritering som «det muligste kunst». De forsøker å finne løsninger som ikke er for kompromitterende. Noen ganger kan dette selvfølgelig være feigt eller en måte å unndra seg ansvar på. Men vi tror det er mye å hente på å forstå logikken i det politikere foretar seg.

En slik forståelse kan gjøre det enklere å få reelt gjennomslag for forbedringer, mens det kan virke som den forenklete måten å tenke prioritering på ofte får motsatt konsekvens av det som var intendert. Vi kan for eksempel ta forslaget om å prioritere ned mammografiscreening. Å komme med et slikt forslag er som å henge opp en blink foran opposisjonspolitikere. Det eneste de trenger å gjøre for å skåre fullt hus er å si: «Dette blir aldri aktuelt.»

Større rettferdighet i helsetjenesten krever både at man holder blikket på prinsippene, men man må også forstå den offentligheten som tiltakene skal gjennomføres i. Og den offentligheten omfatter blant annet tabloidpressen.

I lyset av et ekspanderende helsebudsjett fremstår det å si nei som illojalt overfor sin pasient, sine velgere, sine kolleger og sitt fag. For politikere, særlig mindretallsregjeringer, blir åpne prioriteringsvalg svært vanskelig. For klinikere med samaritansk innstilling blir prioritering lite relevant og hensynsløst. Spørsmålet om prioritering blir for klinikere et spørsmål om å tjene kollektivet eller pasienten, og da gir svaret seg selv (7).

Det er viktig å utvikle en offentlig debatt som tar utgangspunkt i det som faktisk er eksisterende prioriteringspraksis. Da vil det bli lettere å få politikere og klinikere til å ta offentlig ansvar. Vi sier ikke at det er lett. Vi sier bare at dagens debatt i stor grad foregår på siden av realitetene.

Til slutt

Vi har i denne artikkelen forsøkt å vise mulige uønskede effekter av å legge for stor vekt på nei-et i det offentlige ordskiftet om prioriteringer: Prioriteringer kan lettere stemples som kyniske. Man kan gå glipp av de sentrale og alminnelige prioriteringer som faktisk foregår i klinisk og politisk virksomhet. Dessuten kan det bidra til at de viktigste aktørene unndrar seg offentlig-

heten. For stor oppmerksomhet omkring nei-et kan underminere faglige vurderinger, føre til økt demokratisk underskudd og innskrenke mulighetene til legitime og sunne skranker for å begrense økningen i etterspørselen av helsetjenesten.

En offentlig prioriteringsdebatt som stadig fremhever nei-et, står i fare for å lide samme skjebne som kjerringa mot strømmen. Gubben har en god og pragmatisk løsning på hvordan tingene skal gjøres. Men kjerringa insisterer på sitt klippe, klippe, klippe – og drukner.

Litteratur

1. Førde R. Profesjonsetikk og prioritering er ikke eld og vatn. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 958–9.
2. Norges offentlige utredninger. Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. NOU 1987: 23. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1987.
3. Godal TA. – Lær dere å prioritere! Dagens Medisin 13.2.2003.
4. Godal TA, Sildnes B. Helseøkonom møter motbør: – Vi kan ikke sette pris på liv! Dagens Medisin 27.2.2003.
5. Schjerve H. Leger tvinges til å gi «rottegift» mot høyt blodtrykk. Dagbladet 11.2.2004.
6. Besl. O. nr 23 (2003–2004). Lov om endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m.
7. Wylter VB. Gi legene hva legenes er. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3797–9.