

Kronikk

Profesjonsetikk og prioritering er ikkje eld og vatn

Den moderne legen må meistre balansen mellom omsynet til einskildpasienten og omsynet til bruken av samfunnet sine ressursar. I tillegg pregar økonomistyring i aukande grad faglege forhold. Dette er ei utvikling som bekymrar. Effektivitet og ventetider er to viktige mål på kvalitet i helsetenestene. Men viktigare er det at dei pasientane med størst behov får behandling med nytte. For å sikre at helsetenester blir gitt til dei pasientane som treng det mest, må legar engasjere seg meir aktivt i prioriteringsarbeidet. Prioritering må tuftast på faglege kriterium.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Reidun Førde

reidun.forde@legeforeningen.no
Legeforeningens forskningsinstitutt
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo
og
Senter for medisinsk etikk
Universitetet i Oslo

Den moderne legerolla stiller store og tilsynelatande motstridande krav (1): Legen må både meistre forholdet til den einskilde pasienten og samtidig ta omsyn til viktige samfunnsinteresser.

I legeetikken er idealet om at legen sitt fremste ansvar er overfor den einskilde pasienten heilt sentralt. Pasientane sin rett til å påverke eigen behandling er også styrka gjennom dei nye helselovene (2, 3). Litt forenkla kan ein seie at idealet om den miskunnsame samaritanen som vårt offentlege solidariske helsevesen er tufta på (4), er i ferd med å bli avløyst av modellen med pasienten som velinformert handlar av

helsetenester og med legen som serviceytande tekniskar (5).

Med meir effektiv medisin er også pasientane sine tankar om kva medisinen bør yte endra. I ei undersøking frå 2000 svarte 85 % av norske legar at dei ofte eller iblant møter urealistiske forventningar om kva dei kan yte frå pasientar og pårørande, og 54 % oppgav at dei ofte eller iblant la meir vekt på pasienten sitt ønske enn sitt eige medisinske skjønn (6). Denne artikkelen skapte debatt. Fleire tok avstand frå ein slik praksis, medan andre sa at legar aldri kan frikople seg frå pasienten sine interesser. Med den nye utviklinga mot legeoverskot og auka vekt på pasientpreferansar, er det sannsynleg at slik praksis berre vil bli styrka. Nyleg er det vist at norske fastlegar er blitt meir opptekne av å tekkjast pasientane og ser i mindre grad på seg sjølve som portvakter for samfunnet sine ressursar (7).

Den moderne legen i etisk skvis

I 1994 kom ei ny formulering inn i etikkelgelverket for legar (kapittel 1, § 12), som pålegg legen å ta omsyn til samfunnsøkonomien og å hindre at einskildpasientar får ein urettvis prioriteringsmessig fordel. Dermed blir det tydeleg korleis både etiske reglar og samfunnet gir den moderne legen tilsynelatande motstridande oppgåver.

Nå er det ikkje noko nytt at legar blir pålagt eit samfunnsansvar (8). I dag har vi t.d. om lag 50 lovpålagte unntak frå teieplikta til legen, og samfunnet har gitt legen ei sentral rolle ved fordeling av trygdemiddel. Sjølv om pasienten er i økonomisk naud og sjølv om ei sjukmelding eller trygding kunne løyse eit økonomisk problem for pasienten, krev faglege og profesjonsetiske reglar at vi skal vere objektive og regeltrufaste (9).

Ikkje berre legeetiske og juridiske reglar fører fokus bort frå det eksklusive lege-pasient-forholdet. Det er grunn til å spørje om krava til inntening og effektiv drift i helseinstitusjonane, der økonomisk balanse blir eit svært viktig kvalitetsmål, truar grunnleggjande etiske ideal (10–12). Det vil seie at pasientane blir delte inn i lønnsame og ulønnsame grupper snarare enn i trengjande og mindre trengjande pasientar (10).

Lian hevdar i sitt doktorgradsarbeid at det skjer ei rekke utilsikta endringar i helsetenesta som er ei følgje av innsatsstyrt finan-

siering og behandlingsgarantiar, men ho fann likevel gjennom faktiske undersøkingar at norske legar ikkje oppfører seg som nyttemaksimerande aktørar. I kliniske handlingsval baserte dei seg meir på eigne profesjonsetiske og faglege normer enn på kva som var nyttig for andre (11). Det er ei av forklaringane på kvifor mange legar i så låta grad var lojale mot den såkalla venteliste-garantien (13).

I 1998, altså før den nye foretaksmodellen, blei det gjort ei spørjeundersøking blant landets overlegar (til saman 688). Prosjektgruppa fann at vel 10 % av avdelingsoverlegane har heilt eller delvis opplevd press og/eller blitt instruert frå leiinga ved sjukehuset om takstbruk som gir inntekter, men som det ikkje er medisinsk grunnlag for. Vidare fann dei at fokuseringa på takstbruk fører til nedprioritering av utdanninga heilt eller delvis ved ca. 1/3 av avdelingane (14).

Legeetikk og samfunnsomsyn

I 1993 gjorde Legeforeningens forskningsinstitutt ei spørjeundersøking blant eit representativt utval av ca. 2000 norske legar med blant anna følgjande to spørsmål:

1. Hender det at du i ditt arbeid opplever at pasienter har problemer som ikkje kan behandles fordi budsjettet ikkje gir rom for det?
Svaralternativ: Nei/Ja, sjelden/Ja, ofte
2. I hvilken grad opplever du slike begrensninger som en personlig belastning?
Svaralternativ: Ikke i det hele tatt/I liten grad/I middels grad/I stor grad.

Dei same to spørsmåla blei stilt om att i 2000. I 1993 svarte 49 % av legane at dei ikkje opplevde at budsjettet avgrensa tilbodet til pasientar, samanlikna med 58 % i 2000. I 2000 var psykiatrar den spesialiteten som oftast rapporterte at budsjetta sette grenser for pasientbehandling. Berre 40 % av psykiatrane svarte at budsjetta ikkje set grenser for behandling, medan 64 % av indremedisinarane, og 60 % av kirurgane svarte nei på det same spørsmålet.

På spørsmål nummer 2 ser vi ei anna utvikling. I 1993 svarte 37 % at dei ikkje i det heile opplevde ressursmangel som ein personleg belastning, samanlikna med 6 % i 2000. I 1993 rapporterte legar frå spesialitetar som oftast er tilsett på sjukehus, oftare enn spesialistar i allmennmedisin budsjettgrenser som ei personleg belastning.

Skiladen mellom primærhelsetenestespesialitetar og sjukehusspesialitetar auka frå 1993 til 2000.

Ei forsiktig tolking av desse resultatane kan vere at norske legar har tilpassa seg ressursomsyn, men at det stadig blir ei tyngre personleg belastning å vere klinisk med ein stor avstand mellom det som det er behov for og det som det finst ressursar til.

Eg trur det er mogeleg å finne ein etisk forsvarleg balanse mellom omsynet til einskildpasienten og omsynet til fellesskapet sine ressursar. Det gjer legeyrket vanskelegare, men også meir utfordrande.

Som lege kan eg ikkje unngå å gjere prioriteringar. Når eg rekvirerer ei undersøking med lita nytte eller gir ein kostbar og dårleg dokumentert behandling til ein pasient, vil desse ressursane ikkje kunne brukast for å hjelpe ein annan pasient betre. Det ikkje å vere ressursbevisst kan seiest å vere uetisk, fordi det gjer at færre lidande pasientar får adekvat behandling.

Det er legen sitt etiske ansvar å bidra til at helsevesenet utnyttar ressursane sine maksimalt. Legen må i større grad ta omsyn til (den dokumenterte) nytten av medisinske tiltak. På eit overordna fagleg nivå må faggrupper rydde i behandlingsformer med stor, mindre og liten nytte, slik Lønning-utvalet tilrådde (15). For at dette skal ha meining, må kliniskarane vere lojale mot dette arbeidet, sjølv om det betyr at også potensielt nyttig behandling blir rangert lavt innanfor eit stramt helsebudsjett. Her må klinikaren røre seg i eit krevjande spenningsfelt mellom generelle reglar og omsynet til at den vitskaplege kunnskapen om nytte må tilpassast den einskilde pasienten sin situasjon. Dersom retningslinjer for prioritering og handlingsprogram ikkje gir rom for denne individuelle vurderinga, vil det føre til at klinikaren sin lojalitet til retningslinjene tapar seg (13). Diagnosen åleine er ikkje alltid eit godt nok grunnlag å prioritere ut frå. Problemet oppstår når klinikaren alltid finn grunn til å slåst for eigne pasientar eller brukar omsynet til pasientane som brekkstang til å fremje eigne interesser.

Å sjå kritisk på etablert praksis

Sosiologen Donald Light hevdar at mykje smertefull rasjonering kunne vere unngått om legar i større grad hadde konsentrert seg om å eliminere det mindre nyttige i medisinen, blant anna unyttig prøvetaking, ordnering av medikament med liten effekt, unødvendige kontrollar og dårleg organisering av tenestene (16). Meir helsetenester og fleire diagnostiske prosedyrar kan ikkje berre vere feil bruk av ressursar, men kan i tillegg skade ved å gjere friske folk urettmessig til pasientar og utsette desse for nye og potensielt risikofulle prosedyrar (17).

Den moderne medisinen jaktar på risikotilstandar og tidlege symptom på sjukdom. Stadig nye testar kjem til (18). Stadig fleire områder av livet blir teken hand om av helsevesenet (19). Det uroande er at legeoverskot og konkurranse om pasientane vil føre til at legane vil gå inn i oppgåver som sikrar dei arbeid. Sjukdomsomsigepet er tøyelig, og behovet for helsetenester synest nesten å vere utan grenser. Dette er godt for legar, men dårleg for ressursbruken. Konkurranse om pasientane kan medføre at dei sterkaste og mest taleføre pasientane får tenester som er svakt fundert fagleg, samstundes som dei svakaste og minst taleføre pasientane rykker bakover i køen. Dette er ei utvikling som burde bekymre både profesjon og politikarar.

At dei faktiske prioriteringane som blir gjort i klinikken blir gjort ope og godt grunngitt er nødvendig for å skape tillit til at dette arbeidet blir gjort ut frå faglege og etisk aksepterte standardar. Legane er fagfolk og bør derfor vere sentrale også i det overordna prioriteringsarbeidet. Dette krev vitskapleg innsikt, opne verdidiskusjonar og evne til å sjå medisinen og pasientpopulasjonen i eit større perspektiv, utover eigne faginteresser. Dersom legane vegrar seg for å gå inn i dette arbeidet, vil vi måtte finne oss i at andre gjer prioriteringane, kanskje i form av rigide handlingsprogram og lister for kva vi skal gjere eller ikkje gjere. Det er verken vi sjølve som fagfolk eller pasientane tente med. Det er derfor etisk rett at legar tar aktivt del i prioriteringsarbeidet, for å gi fagleg godt grunnlag for politiske prioriteringar, for å

slå ring om den offentlege solidariske helse-tenesta og av omsyn til interessene til svake pasientgrupper. Korte ventetider og effektiv drift er berre to av fleire mål på kvaliteten i helsetenesta. At rette helsetenester blir gitt til dei rette pasientane, er det viktigaste. Derfor er det viktig at legar melder tilbake om korleis organisering av helsetenestene gir utilsikta og uønska verknader på medisinsk praksis og overordna strategiar. Her har vi også eit etisk ansvar.

Litteratur

1. Wyller VB. Gi legene hva legenes er. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3797–9.
2. Befring AK, Ohnstad B. Helsepersonelloven – med kommentarer. Bergen: Fagbokforlaget, 2001.
3. Syse A. Pasientrettighetsloven. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2001.
4. Wulff H. Den samaritanske pligt. København: Munksgaard, 1995.
5. Balint J, Shelton W. Regaining the initiative. JAMA 1996; 275: 887–91.
6. Gulbrandsen P, Førde R, Aasland OG. Hvordan har legen det som portvakt? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1874–9.
7. Carlsen B, Norheim OF. Introduction of the patient-list system in general practice. Scand J Prim Health Care 2003; 21: 209–13.
8. Aasland OG. Legen som juridisk nøtteknekker. I: Kjønsdal A, Syse A, red. Helseprioriteringer og pasientrettigheter. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1992.
9. Gulbrandsen P, Aasland OG, Førde R. Legeattester for å hjelpe pasienten. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 192–4.
10. Rasmussen K. Det umulige valget. Dagbladet 26.7.2000.
11. Lian OS. Mellom Hippokrates og Adam Smith. Avhandling for graden doctor rerum politicarum. Tromsø: Institutt for sosiologi, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitet i Tromsø, 1999.
12. Johansen D. «Fristilte» sykehus – markedsrettlik fremfor profesjons- og samfunnsrettlik. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1569–72.
13. Lian OS, Kristiansen OS. Ventetidsgarantien mellom medisin og byråkrati. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3921–6.
14. Den norske lægeforening. Takstbruk ved offentlige poliklinikker – etiske, medisinske og økonomiske dilemma. Oslo: Den norske lægeforening, 1999.
15. Norges offentlige utredninger. Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norske helsetjeneste. NOU 1997: 18. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1997.
16. Light DW. The real ethics of rationing. BMJ 1997; 315: 112–5.
17. Fisher ES, Welch HG. Avoiding the unintended consequences of growth in medical care? JAMA 1999; 281: 446–53.
18. Hetlevik I. Den fulle allmennmedisinske bøtten. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3547.
19. Illich I. Medisinsk nemesis. Oslo: Gyldendal, 1975.