

Nr. 246 | december 2007

Grundlag for prioriteringer skal frem i lyset

Der mangler en åben, offentlig debat om, hvad vi vil med det danske sundhedssystem

Udgiver
Teknologirådet
Antonigade 4
DK - 1106 København K
Tel. 33 32 05 03
rtt@tekno.dk

Abonnement
Gratis pr. email
Tilmelding på:
rtt@tekno.dk
Tidligere nyheds-
breve findes på:
www.tekno.dk/rtt.htm

ISSN: 1602-4311

- Hvem prioriterer sundhedskronerne?** > Hvem beslutter hvad de offentlige sundhedskroner skal bruges til? Har alle grupper og synspunkter en rimelig chance for at komme til orde, når pengene skal fordeles – eller styres fordelingen reelt af læger, bureaukrater, af medicalindustrien eller dem der råber højest?
- Ingen eksplicite kriterier** > Det er blevet sværere at gennemskue beslutningsprocesserne og forstå prioriteringerne i takt med, at flere og flere styringsinstrumenter tages i brug. Samtidig er der ingen eksplicite etiske kriterier for prioritering.
- Lige adgang under pres** > Lige adgang til behandling i det danske sundhedssystem som det grundlæggende princip for prioritering er under pres i disse år, mener mange aktører i sundhedsverdenen. Nye initiativer som ventetidsgaranti og frit valg med deraf følgende markedsgørelse gør det sværere at prioritere.
- Inspiration fra England og Sverige** > England og Sverige har taget konsekvensen og søsat nye prioriteringsmodeller. NICE trækker prioriteringerne ud af den politiske tummel og går efter cost effectiveness, mens svenskerne satser på at bygge en fælles faglig forståelse op nedefra.

Teknologirådet gennemførte i sommer 5 workshops i landets regioner med sundhedseksperter, praktikere og brugere hvor debatoplægget "Demokratiske prioriteringer – en zombie i sundhedsdebatten" blev diskuteret. Rapporten "Prioriteringer i sundhedssystemet – et oplæg til debat om bedre beslutningsprocesser" samler resultater af debatten, debatoplægget og nogle bud på bedre prioriteringsmodeller. Denne udgave af "Fra Rådet til Tinget" bygger på rapporten, som udkom i november 2007.

Den usynlige helhed

Vi har ikke et bestemt forum eller en særlig "planlov" i Danmark, hvor der tages stilling til den overordnede fordeling af sundhedskronerne. Fordelingen er et resultat af utallige enkeltbeslutninger i mange forskellige fora.

Der er således både masser af tilfældighed og tradition med i spillet, når det afgøres, om de ekstra kroner går til tarmkirurgien frem for den medicinske behandling af KOL eller foranstaltninger for børn med lav fødselsvægt. Vi har heller ingen steder, hvor folkevalgte - i dialog med befolkning og

eksperter - tager stilling til, om vi skal satse på behandling af sygdom frem for forebyggelse eller rehabilitering efter svær sygdom.

Før strukturreformen var det navnlig de 14 amtsråd, der havde mulighed for at prioritere, hvordan de ville bruge bloktilskud og egne skatteindtægter. I praksis var deres manøvrerum dog begrænset af de krav og planer, der blev meldt ud fra statens side – opprioriteringen af kræft eller hjertesygdomme f.eks..

På den anden side er det ofte mere end svært at styre økonomien på sygehusene. Blandt andet fordi ny teknologi hele tiden åbner nye behandlingsmuligheder for patienterne. Det giver mere efterspørgsel, som sygehusene ikke bare kan afvise fordi årets bevilling er brugt. Engang var en af løsningerne at sætte folk på venteliste, hvis deres sygdom ikke var akut, men i dag ønsker politikere at give alle garanti for kort ventetid. Patienternes frie valg, hvor regionen får regningen, hvis patienten går et andet sted hen, har ikke gjort det lettere at prioritere noget ned.

Efter strukturreformen prioriteres sygehuskroerne stadig på regionalt niveau. Regionernes folkevalgte ledelse dækker et væsentligt større geografisk område end de gamle amter. Men regionerne har et endnu mindre råderum end amterne. Bl.a. er de helt afhængige statslige penge. De skal tilpasse sig kommunerne, f.eks. i arbejdet med rehabilitering og kroniske patienter. Og patienterne har fået mulighed for at vælge behandling uden for regionen – men for regionens penge.

Kommunal prioritering

Samtidig har vi fået et nyt demokratisk niveau for sundhedsprioriteringer: Kommunalbestyrelsen. Kommunerne har fået en række nye opgaver inden for forebyggelse, sundhedsfremme, misbrugsbekæmpelse og ikke mindst rehabilitering. Derimod har de langt fra fået penge til at dække den udbygning af den kommunale service, der øjensynlig er ambition om mange steder.

På Teknologirådets workshops blev der rejst kritik af den økonomiske incitamentsstruktur mellem kommuner og regioner. Den økonomiske effekt af forebyggelse er uklart, og tidshorisonten for lang. Det har flere steder resulteret i krig om arbejdsdeling samt kassetænkning; er sondemad fx behandling eller rehabilitering – svaret afgør hvor regningen lander.

Da opgaverne er beskrevet meget generelt i sundhedsloven skal kommunerne selv afgøre, hvor niveauet skal lægges – og hvordan de nye opgaver skal vægtes sammenlignet med de øvrige kommunale serviceopgaver.

Det tilliggør større kommunal borgerinddragelse, f.eks. omkring udarbejdelsen af de nye flerårige sundhedsplaner, men der er ingen krav til kommunerne om det.

Mediestorme i folkehavet

Når nye behandlinger dukker op, er det ofte nødvendigt at omprioritere i sundhedsvæsenet – hvad enten det nu skyldes, at man ikke har budget til det hele eller at man ikke kan skaffe de specialister, man ønsker sig.

Bag de nye behandlinger er typisk nogle producenter, der gerne vil afsætte deres varer. Det sker gerne i samspil med håbefulde patienter og deres mere professionelle fortalere, og evt. forskere, der gerne ser netop deres felt fremmet. Ofte er der stof i sagen til slagkraftige mediehistorier. Netop denne type ”megafonprioritering” fik hård kritik på Teknologirådets workshops, fordi det i høj grad er med til at skævvride prioriteringsmulighederne.

Politikerne havner ofte i en situation, hvor de reelt ikke kan sige nej. Sundhedsøkonomen Jakob Kjellberg fra Dansk Sundheds Institut tror simpelt hen ikke på, at politikere i åbenhed kan nedprioritere en veldefineret gruppe af syge mennesker.

I Teknologirådets rapport nævner Kjellberg tidligere sundhedsminister Lars Løkke Rasmussens beslutning om at screene blod til blodtransfusioner en ekstra gang som et slående eksempel. Det koster 40 millioner kroner årligt, og man undgår tilfælde af HIV-smitte hvert tiende år. Dem, der så skulle blive smittet med HIV gennem en blodtransfusion, vil typisk lide af andre sygdomme, hvorfor de sandsynligvis vil dø af noget andet, før de når at udvikle AIDS. Og i de ekstremt sjældne tilfælde, hvor smitten skulle ramme en yngre og nogenlunde rask person, så vil den ekstra risiko for at dø svare til at have sukkersyge, forklarer han.

”Det er med andre ord en fuldstændig vanvittig beslutning set ud fra en prioriteringstankegang – det er stadiet lige før, man hælder pengene direkte i havnen,” siger Kjellberg – med den tilføjelse, at han næppe selv ville have handlet anderledes, hvis han var sundhedsminister.

Politikere i fælden

Professor Kjeld Møller Pedersen, Syddansk Universitet, er optaget af det samme eksempel. Han hæfter sig ved, at der aldrig blev mulighed for at drøfte mulige alternative veje til at nedbringe risikoen for smitte gennem blodet – f.eks. ved at undgå visse typer af bloddonorer. ”Da artiklen var kommet i avisen, var beslutningen også næsten taget,” siger han.

”Man kan godt sige, at politikere sidder i en fælde. Når man taler med dem, så klager de ofte over at de er i en tvangssituation. Men de har selv anbragt sig der, i hvert fald til en vis grad. Politikere savner et beredskab, og nogle principper og retningslinjer, som de kan henvise til, når mediestorme pisker folkestemningen op. Ikke for at gemme sig bag ved beredskabet, men for at kunne holde hovedet koldt og sikre en vis rationalitet i beslutningerne,” siger Kjeld Møller Pedersen.

Udgiver

Teknologirådet
Antonigade 4
DK - 1106 København K
Tel. 33 32 05 03
rtt@tekno.dk

Abonnement

Gratis pr. email
Tilmelding på:
rtt@tekno.dk
Tidligere nyhedsbrev findes på:
www.tekno.dk/rtt.htm

ISSN: 1602-4311

Resultater fra regionale workshops om prioritering

Prioritering i sundhedssystemet blev diskuteret på 5 workshops – en i hver region - med aktører og beslutningstagere fra forskellige dele af det regionale sundhedssystem. Nedenfor er samlet de vigtigste resultater i form af de problemer, der blev peget på og de løsninger der blev foreslået.

De vigtigste problemer

Megafonprioritering

Megafonprioritering skævvrider til fordel for de stærke patientgrupper og de mest prestigefyldte og ofte højteknologiske behandlinger. Det bidrager til vilkårlighed og fremmer enkeltsager.

Prioriteringsdebat

Beslutningsgrundlaget bag prioriteringer skal frem i lyset. Der mangler en åben, offentlig debat om, hvad vi vil med det danske sundhedssystem.

Ventetidsgaranti

Klinisk prioritering og ventetidsgaranti er uforenelige størrelser. Garantien kan få det offentlige sundhedssystem til at bryde sammen på langt sigt

Markedsgørelse af sundhedsydelse

Nye styringsinstrumenter spænder ben for prioritering. Kasseapparatet er rykket for tæt på fagligheden.

Et sundhedssystem på 2. klasse?

Den aktuelle udvikling på sundhedsområdet risikerer at øge den sociale skævhed.

Ressourcemangel

Der mangler både hoveder og hænder. I dag bliver ressourcerne ikke brugt på en smart måde, hverken mennesker eller IT.

Efter Strukturreformen

Kommunernes nye rolle efter Strukturreformen har åbnet for en række spørgsmål om arbejdsdeling, prioritering og finansiering af sundhedsydelse.

De mulige løsninger

Etiske kriterier

Overordnede, styrende og synlige kriterier for behandling i sundhedssystemet efterlyses. Etiske kriterier kan bidrage til at skabe en legitim målestok for befolkningens anerkendelse og til at opnå mere ens behandling på landsplan.

Referenceprogrammer

Referenceprogrammer skal udbredes i det danske sundhedssystem, så de fleste sygdomsområder bliver dækket, for at sikre optimale behandlingsforløb og mere ensartet behandling over hele landet.

MTV og NICE

MTV og NICE – bedre beslutningsgrundlag for prioritering af behandlinger? Mere systematisk og udbredt brug af evidensbaseret prioritering på såvel gamle som nye behandlinger

Forebyggelse og en langsigtet sundhedsfremme

Forebyggelse og en langsigtet sundhedsfremme er ikke en del af prioriteringsdebatten. Hvis vi vil imødegå de store økonomiske udfordringer i fremtiden med f.eks. et stigende antal kroniske patienter er dette område nødt til at blive prioriteret højere.

Samarbejdsmodel mellem kommuner, læger og sygehuse

Der er behov for en bedre samarbejdsmodel mellem kommuner, læger og sygehuse. Ressourceudnyttelse og samarbejde skal optimeres gennem en klar aftale om arbejdsdeling, placering af opgaver på relevante kompetenceniveau og samarbejde.

Teknologi, logistik og kompetencer

De eksisterende ressourcer indenfor teknologi, logistik og kompetencer skal udnyttes bedre

Læs hele debatpakken om Prioritering i sundhedssystemet her:

http://www.tekno.dk/pdf/projekter/p07_Prioriteringer_i_sundhedssystemet.pdf

Etik, teknik – og politik

En metode til at støtte prioriteringsprocessen er at fastlægge nogle etiske principper, som supplerer - og i nogle tilfælde overtrumfer – de økonomiske hensyn. De øvrige nordiske lande samt Holland og New Zealand har alle sådan et sæt af etiske retningslinjer. Det har vi ikke i Danmark.

En anden måde at sikre gennemtænkte beslutninger er Medicinsk Teknologi Vurdering - MTV. MTV er en systematisk metode, der sikrer at en given behandlingsmetode vurderes ud fra mange forskellige aspekter. Det er ikke kun økonomi og medicinsk virkning, der interesserer, men f.eks. også betydningen for arbejdskraftforbruget i sundhedsvæsenet og brugerens oplevelse af, hvordan hendes liv påvirkes i bred forstand om.

Der udføres i dag MTV-analyser i bl.a. Sundhedsstyrelsen, i Region Midtjylland, ved Odense Universitetshospital og Syddansk Universitet. Aktiviteten er ikke særlig omfattende og dækker kun en lille brøkdel af de behandlinger, der tilbydes i sundhedsvæsenet. Professor Finn Børglum Kristensen, der leder Sundhedsstyrelsens MTV-arbejde, vurderer, at den samlede årlige udgift til MTV i Danmark koster ca. 18 millioner i år. De offentlige sundhedsudgifter er ca 75 milliarder.

Børglum Kristensen understreger også, at meningen med MTV er at hjælpe beslutningstagere med at tage mange forskellige hensyn i betragtning. Analyserne kan inspirere Sundhedsstyrelsen og Slotsholmen såvel som politikerne i regionerne. Men selv den mest nuancerede analyse letter ikke det politisk-administrative system for den byrde, der består i at sige nej.

Udgiver

Teknologirådet
Antonigade 4
DK - 1106 København K
Tel. 33 32 05 03
rtt@tekno.dk

Abonnement

Gratis pr. email
Tilmelding på:
rtt@tekno.dk
Tidligere nyhedsbreve findes på:
www.tekno.dk/rtt.htm

ISSN: 1602-4311

Etik i prioriteringen

En række af de lande, som Danmark typisk sammenligner sig med, har vedtaget har vedtaget officielle etiske retningslinier for, hvordan myndigheder og sundhedspersonale skal prioritere sundhedskronerne. Det har vi ikke i Danmark. Derimod har vi måske en slags uformel etik, indbygget i den måde, som vi typisk gør tingene på. Man kan sandsynligvis med god ret fastslå følgende prioriteringsprincipper som almindeligt accepterede:

- Den farlige lidelse frem for den mindre farlige
- Den akutte frem for den, er kan vente
- Den smertefulde lidelse frem for den mindre smertefulde
- Den lovende behandling frem for den udsigtsløse
- Den mindre risikable frem for den mere risikable
- Den mere kosteffektive frem for den mindre ditto
- Den der giver mange gode leveår frem for dem, der ikke gør
- Den hvor en given teknologi kan udvikles og tilbyde bedre muligheder på længere sigt
- Forsørgeren frem for den fritstående
- Barnet frem for oldingen.

Læs mere om etiske principper i rapporten.

Briten og svenskerne er nået et stykke

Navnlig England og Sverige har arbejdet systematisk på at udvikle metoder til at sikre at sundhedsvæsenets prioriteringer bliver mindre tilfældige og stemningsprægede og mere legitime, set med borgernes øjne.

I Sverige har en række Landsting (den folkevalgte regionale myndighed) prøvet en række teknikker af siden midten af 90'erne. Det samme har Socialstyrelsen, som også varetager de opgaver, som ligger hos den danske sundhedsstyrelse. I sommeren 2007 har de centrale personer i dette arbejde præsenteret deres erfaringer og anbefalinger for fremtiden. Udgangspunktet er ikke mindst ønsket om at omsætte Riksdagens etiske principper til praktisk dagligdag i sundhedsvæsenet.

I England har man etableret en uafhængig institution ved navn NICE, *National Institute for Clinical Excellence*, der vedtager bindende retningslinjer for, hvilke behandlinger sundhedsvæsenet skal tage op.

De to modeller er helt forskellige.

NICE-modellen

Det er den britiske sundhedsminister, der bestemmer hvilke prioriteringsspørgsmål, som NICE skal tage op. Det kan dreje sig om forholdet mellem nytte og pris på en ny kræftmedicin, men også mere generelle dilemmaer for folkesundheden. Når emnerne er fastlagt sætter NICE uafhængige forskerhold til at udrede problematikken. Samtidig ned sætter NICE en komite af lægelige specialister, patientorganisationer og andre, der kan påberåbe sig en seriøs interesse i sagen. På basis af den uafhængige udredning Komiteen udarbejder NICE et sæt af anbefalinger, der underkastes offentlig høring. Efter denne høring beslutter NICE sig for, hvad institutionen vil anbefale. Disse anbefalinger er bindende. Hvis der er tale om forskrifter for en bestemt behandling, så må lægerne henvise til deres lægeløfte, hvis de vil sidde anbefalingen fra NICE overhørig. Samtidig har sundhedsvæsenet i princippet pligt til at skaffe de ressourcer, der skal til for at føre deres anbefalinger ud i livet – hvis man f.eks. blåstempler et nyt medicinalpræparat, må man skaffe pengene.

Vertikale prioriteringer

Den svenske model er regional og mere fokuseret. En grundtanke er at gøre det tydeligt, hvad man egentlig vælger imellem. Man kan godt opprioritere fodterapi i Skåne uden at det går ud over kræftbehandling i Stockholm - de konkurrerer (næsten) ikke om de samme ressourcer.

Derfor tager den svenske model udgangspunkt i bestemte sygdomsgrupper – f.eks. infektionssygdomme - på tværs af alle institutioner i Landstingets område. Modellen betegnes også som "vertikal prioritering" i modsætning til den horisontale prioritering, der foregår imellem forskellige sygdomsgrupper som kræftpatienter og fodpatienter.

Kort sagt sker følgende: Et prioriteringshold af specialister fra forskellige faggrupper i det regionale sundhedsvæsen går området igennem for finde hyppigt forekommende helbredsproblemer og sætter dem over for sundhedsvæsenets typiske svar på det pågældende problem. Det kan f.eks. være "øget helbredsrisiko hos over 65-årige," der kombineres med "influenzavaccination".

Det er disse kombinationer af problem-svar, der prioriteres. Det sker ved at rangordne dem på en liste, der vejleder det behandlende personale når ressourcerne er knappe. At der altid kan være grunde til at handle anderledes i individuelle tilfælde understreges tydeligt.

Rangordningen sker ved at vurdere problemsvaret overfor Riksdagens etiske principper. Princippet om det lige menneskeværd er altid overordnet. Det fremgår ligeledes, hvordan den medicinske evidens for det givne svar skal indhentes, hvordan omkostningen gøres op, så det saglige beslutningsgrundlag er til stede.

Udgiver

Teknologirådet
Antonigade 4
DK - 1106 København K
Tel. 33 32 05 03
rtt@tekno.dk

Abonnement

Gratis pr. email
Tilmelding på:
rtt@tekno.dk
Tidligere nyhedsbreve findes på:
www.tekno.dk/rtt.htm

ISSN: 1602-4311

Åben proces eller decentral konsensus?

Hvis målet med modellen er trække prioriteringerne ud af hverdagens politiske tummel, så er NICE-modellen ganske effektiv. Sundhedsministeren er ude af sagen fra han har stillet op gaven til NICE og til han evt. skal finde penge på budgettet til en ny behandling.

Helt samme uafhængighed får man ikke i Sverige, medgiver professor Per Carlson, direktør for PrioriteringsCentrum i Linköping, og en af ophavsmændene til de forslag, der er beskrevet oven for.

Det er naturligvis ikke tanken at landstingspolitikere skal blande sig i prioriteringsholdets arbejde, men det består på den anden side af ansatte i Landstingets institutioner, og anbefalingerne skal bag efter føres ud i livet i politisk styrede systemer, konstaterer han.

En anden central forskel afspejler især de to sundhedssystemers væsensforskellige opbygning. Mens det engelske system er statsligt og styret fra London, er det svenske mindst lige så decentralt som de hedengangne danske amter. Derfor kan svenskerne ikke bare vedtage noget ovenfra og få systemerne nedenunder til at makke ret. Der skal bygges en fælles faglig forståelse op nede fra. Og netop udviklingen af denne fælles forståelse er vigtigt resultat af øvelsen, for den skærper blikket for ressourceforbrug og spil i dagligdagen, siger Per Carlson.

Han mener også, at hensynet til etikken står langt mere centralt i den svenske tilgang. Prioriteringsholdet skal hele tiden holde de medicinske og økonomiske argumenter op imod etikken. NICE-modellen har ikke noget vedtaget etisk fundament.

Sundhedsøkonomen Jakob Kjellberg, Dansk Sundheds Institut, fremhæver omvendt NICE-modellen for dens åbenhed og systematiske inddragelse af *stakeholdere*. Der er er gjort meget for at sikre fair play, finder han.

Han giver dog også udtryk for kritiske forbehold over for NICE Teknologirådets rapport:

En dansk Medicinsk Teknologi Vurdering vil inddrage en lang række bløde værdier i deres beslutningsgrundlag for, om en given medicinsk teknologi skal indføres. NICE er langt mere fokuseret på, hvordan man får flest mulige leveår for pengene og tilsvarende kvantitative mål. Derfor oversætter onde tunger NICEs navn til "National Institute of Cost Effectiveness".

Det er ikke helt uden grund, mener Jakob Kjellberg. Det kan man ikke bare lave om. Noget af NICEs styrke og uafhængighed opstår ved, at NICE køber uafhængige eksperthold på universiteter osv. til at evaluere teknologierne. Den opgave ville blive væsentligt mere kompleks og farvet af personlige værdier, hvis man skulle inddrage alle de kvalitative forhold, der typisk er med i en dansk MTV-rapport. Den slags opgaver er sværere at lægge ud, og resultater-

ne fremstår ikke som helt så objektive og sammenlignelige," siger han.

Fra Rådet til tinget udgives af Teknologirådets sekretariat. Redaktør Ida Leisner. Dette nummer er skrevet af Jacob Andersen, Dansk Kommunikation.

De sidste fem numre af Fra rådet til tinget:

Nr. 245: *:Energi for fremtiden*

Nr. 244: *Åbne og aktive innovationsprocesser er nødvendige*

Nr. 243: *Lægeordineret heroin nu*

Nr. 242: *National strategi for biodiversitet nødvendig*

Nr. 241: *Biogas – en forsømt mulighed*

Fra rådet til tinget stilles alene til rådighed for visning/læsning. Det er ikke tilladt at kopiere, hverken på papir, elektronisk eller i digital form. Der må dog tages kopi til egen personlig brug, jf. Ophavsretslovens § 12. Der må kun citeres med kildeangivelse og kun linkes til visninger på måder, der fører hen til Teknologirådets hjemmeside. Yderligere rettigheder til materialet kan aftales ved henvendelse til redaktør Ida Leisner.

Udgiver

Teknologirådet
Antonigade 4
DK - 1106 København K
Tel. 33 32 05 03
rtt@tekno.dk

Abonnement

Gratis pr. email
Tilmelding på:
rtt@tekno.dk
Tidligere nyhedsbreve findes på:
www.tekno.dk/rtt.htm

ISSN: 1602-4311