

Kronikk

Bør prioritering av helsetiltak baseres på pliktetikk eller nytteetikk?

Mye står på spill i beslutninger om dimensjoneringen av behandlingstilbudene i helsevesenet. Virksomme behandlingsmuligheter kan sprengte ethvert realistisk helsebudsjett selv når unødvendige utgifter unngås. Derfor medfører dimensjoneringsbeslutningene et valg mellom pasientene: Hvem skal få dårligere helse eller tidligere død? En viktig oppgave er å avklare om det er nytteetikk eller pliktetikk som best uttrykker våre reflekterte og reviderte oppfatninger om slike harde prioriteringer.

Andreas Føllesdal

andreas.follesdal@filosofi.uio.no
Norsk Senter for menneskerettigheter
Juridisk fakultet
Universitetet i Oslo
Postboks 6832 St. Olavs plass
0130 Oslo

Skillet mellom nytteetikk og pliktetikk kan illustreres og vurderes med to eksempler. Maksimering av kvalitetsjusterte leveår i en utbredt og omstridt variant av nytteetikk, er en kostnad-nytte-analyse med QALY (quality adjusted life years) heller enn kroner som enhet. Kostnad-verdi-analyser er et interessant og omstridt alternativ. De to eksemplene kan illustrere at et pliktetisk grunnsyn bør prege beslutninger om dimensjoneringen av behandlingstilbudet i helsevesenet, det som ofte drøftes under begrepet førsteordensprioritering (1, 2). Samtidig viser diskusjonen om disse alternativene at prioriteringer er gjennomsyret av verdi-valg, at det kan argumenteres for en mer forsvarlig praksis og at helseøkonomien kan bidra med refleksjoner som endrer dette grunnsynet.

Nytteetikk og pliktetikk

Nytteetikken, forstått som en teleologisk teori (3), krever at vi sikrer alle berørte individer så stor samlet netto nytte som mulig. En slik

teori har to trinn: Først avklarer vi hva som har samfunnsverdi eller nytte, i denne sammenheng helsegevinst. Dernest defineres rettferdig samfunnspraksis som å maksimere dette samfunnsgodet. Rettferdighetsbegrepet bygger altså på et nyttebegrep som ikke selv reflekterer fordelingshensyn.

Pliktetikk (deontologisk teori) finnes i mange varianter. Sentralt i vår sammenheng er at ett av de to trinnene i nytteetikken avvises. Enten kan man hevde at det som har samfunnsverdi må reflektere rettferdighetsbetraktninger, eller at rettferdighet ikke bare krever maksimering av dette samfunnsgodet, men at vi også må ta andre hensyn.

QALY-basert kostnad-nytte-analyse

For å prioritere mellom svært ulike helsetiltak kan man ut fra en nytteetisk tilnærming legge vekt på hvor mye helse tiltakene skaper, og prioritere de som gir oss størst mulig helsegevinst for hver krone. QALY-baserte kostnad-nytte-analyser er et slikt nytteetisk grunnsyn, hvor vi skal oppnå så mye som mulig av det som har verdi.

Hvordan måler vi dette gode som skal maksimeres? Kvalitetsjusterte leveår vunnet (QALY) gir ett svar (4). En QALY er forbedringen fra sikker død til fullstendig frisk, i ett år. For å få et mer finkornet mål på helsenivå kan vi ta utgangspunkt i spennet fra 0 (død) til 1 (helt frisk), og plassere behandling av ulike lidelser på en desimalskala.

For eksempel kan pasientens egen vurdering av livskvalitet brukes: «Anta at du vil leve 40 år med denne lidelsen før du dør. Hvor mye kortere liv ville du være parat til å finne deg i, om du slapp denne lidelsen fra nå av?» Denne helseforbedringen, multiplisert med antall år med bedre helse, gir QALY-målet. QALY er altså kun et mål på helseaspektet, ikke generell velvære – eller menneskeverd.

Prioriteringen kan illustreres ved å anta at samme beløp kan brukes til fire hofteoperasjoner eller til seks pacemakeroperasjoner. Ved hjelp av regnemetoder som viser sammenhengen mellom bedring av livskvalitet og ressursinnsats, kan man konkludere med at pacemakeroperasjonene er mer helsefremmende, målt i QALY, enn hofteoperasjonene til samme pris.

Fordeler og ulemper

Nytteetikk med QALY som uttrykk for helsegevinsten rangerer altså behandlingformer ved å sammenlikne kostnadene per vunnet kvalitetsjustert leveår. Denne tilnærmingen fanger opp flere viktige faktorer: helseforbedring, antall leveår og antall pasienter. Nytteetikk basert på QALY kan også sies å respektere alles likeverd. Alle berørte pasienter teller. Alles forbedring i helsemessig livskvalitet teller likt, uansett geografiske, sosiale, etniske eller aldersmessige forskjeller, forsørgerbyrde eller økonomisk produktivitet.

Å måle helsegevinst på denne måten har dessverre en rekke konsekvenser som skurrer når det gjelder avveining mellom antall liv og tallfesting av omsorg. Hva er for eksempel livskvalitetsforbedringen av å ha en hånd å holde i idet man dør? Dessuten vil mange mene at egenvurdering er en uheldig fremgangsmåte. For eksempel vil helsegevinsten for kronisk syke bli mindre i den grad de forsoner seg med sin tilstand og dermed oppjusterer verdien av status presens (5, 6).

Noen pasientgrupper blir tilsynelatende prioritert for lavt ut fra QALY-beregninger. Et eksempel er livsnødvendig men kostbar behandling. Anta at for samme beløp som gir fire hofteoperasjoner eller seks pacemakere, kan én dødssyk pasient motta dialyse i ett år. Livskvaliteten hennes blir ikke topp, men altså atskillig bedre enn alternativet som er umiddelbar død. Siden behandlingen ikke gir så mange QALY som hofteoperasjoner eller pacemakere, må den prioriteres lavt. Mange mener dette blir galt.

Pasienter med lavt helbredelsespotensial nedprioriteres også. Dersom hjertesyke trenger nye hofter, vil det koste like mye som andre hofteoperasjoner. Men helsegevinsten for denne gruppen blir ofte mindre på grunn av dårligere allmenntilstand, og QALY-forbedringen blir lav. Friske bør derfor komme foran hjertesyke i hoftekøen. Legges slike regnemetoder til grunn, vil man se at kronisk syke også nedprioriteres for behandling av livstruende sykdom. Dersom for eksempel dialyse til multihandikappede bare forbedrer deres helse marginalt på grunn av funksjonshemmingene, vil de multihandikappede skyves langt bak i prioriteringskøen.

Tre forsvar for kostnadsanalyser

Helseøkonomer som foretrekker en nytteetikk med QALY, kan svare på slik kritikk på minst tre måter. Man kan avvise at nedprioritering er urettferdig, fordi det rettferdige opplagt er å maksimere helsegevinsten per krone. Men da antar forsvarerne at dette er den eneste fornuftige og forsvarlige fremgangsmåten. Det er en forhastet antakelse, for andre beslutningsmåter har ikke slike konsekvenser.

For det andre kan man senke ambisjonsnivået for QALY-analyser, slik at de ikke utgjør siste ord. Analysen kan suppleres av rettferdighetshensyn, for eksempel prioritert ved akutt livstruende behandling, prioritert til særlig svakstilte og alvorlighetsgrad.

En tredje strategi er å ta inn fordelingsprinsipper i analysens nyttehet, for eksempel oppfatninger om rettferdig fordeling. Et eksempel er det som kalles kostnad-verdi-analyse (7).

Kostnad-verdi-analyse

Kostnad-verdi-analysen for å måle helsegevinst bygger på en annen enhet og formel enn QALY. Samfunnsverdien eller den sosiale verdien av helsegevinsten skal gjenspeile folks vurderinger om en rettferdig fordeling mellom personer. Kostnad-verdi-analysen ivaretar synet på at:

- Vi har en plikt til livreddende behandling utover det QALY skulle tilsi.
- Forbedringspotensialet bør ikke være utslagsgivende for livreddende prioriteringer.
- Alvorlighetsgrad for behandling bør være viktig: vi har en særlig plikt til å forbedre situasjonen for de sykeste (6–12).

En indeks for samfunnsverdien av helsegevinst kan fange opp slike vurderinger (11). Vi kan for eksempel spørre: I vurderingen av program A som redder ti liv, opp mot program B, som helbreder kronisk lidelse x, hvor mange personer må program B helbrede for at det programmet er like verdifullt? En slik skala vil gjenspeile befolkningens vektning av alvorlighetsgrad og realisering av hva som er mulig å gjennomføre. Helseforbedringen for en pasient som er friskere, får lavere marginal sosial verdi. Økt antall leveår teller likt uansett individets helsenivå – innen noen grenser. For eksempel vil hjertesyke da stille likt med andre ved fordeling av hofteoperasjoner – selv om helsegevinsten for den enkelte er lavere når målt i QALY.

Denne kostnad-verdi-tilnærmingen er relativt ny og et tankevekkende alternativ til QALY-tilnærmingen. I denne korte skissen kommer imidlertid verken teorien eller problemer ved analysen til sin rett.

Farvel til nytteetikken

Hva skjer så med det grunnleggende etiske perspektivet dersom vi senker ambisjonsnivået for nytteetikk med QALY, eller dersom vi benytter en kostnad-verdi-analyse? Begge tilnæringer sier farvel til nytteetikken og er i praksis ulike pliktetikker. Senkes ambisjonsnivået, snakker man ikke lenger om nytteetikk, fordi definisjonen av rettferdig praksis tar inn flere verdier enn helsegevinstmaksimering. Dette strider med det andre hovedtrekket i definisjonen av nytteetikk.

Kostnad-verdi-analysen definerer rettferdig fordeling som maksimeringen av et helsegode, men definisjonen av dette helsegode reflekterer rettferdighetshensyn. Denne strategien avviker dermed fra det første hovedtrekket i nytteetikken, som er å avklare helsegevinsten i et samfunnsperspektiv.

Utfordringer

Det virker altså som om noen mer tilfredsstillende kostnadsanalyser er pliktetiske heller enn nytteetiske. Dette har flere konsekvenser for velbegrunnede prioriteringer av helsetjenester:

- Kostnadsanalyser er gjennomsyret av verdivalg som må drøftes. Argumenter om fordelingsrettferdighet har aldri forlatt feltet, bare blitt mindre synlige til tider. De må synliggjøres og vurderes kritisk.
- Problemene med QALY-basert nytteetikk kan unngås uten å avvise verdien av helseøkonomisk analyse. De helseøkonomiske bidragene må kanskje legges vekt på andre faktorer i tillegg til QALY-målinger.
- Viktige normative spørsmål gjenstår, deriblant hvilke preferanser om fordeling som bør telle i prioriteringsproblemer og for den sosiale verdien av helsegevinst. For eksempel er det partipolitisk uenighet om slikt (8,13). Hvis preferanser skal telle; hvordan skal de telle? Medisinsk og helseøkonomisk ekspertise må selvfølgelig høres, men også pasientgrupper og den allmenne befolkning.
- Det er viktig å stille riktig spørsmål til riktig gruppe. Man står overfor mange metodeutfordringer når preferanser skal undersøkes, det være seg for QALY eller andre metoder. Vi fanges av spørsmålsformuleringen: Psykologisk forskning viser at vi verdsetter tiltak ulikt avhengig av om vi blir fortalt at utfallet er at 60 % av pasientene overlever, eller at 40 % av pasientene dør (14).
- Kanskje må man stille kompliserte spørsmål av denne typen for å fange opp folks syn på dimensjoneringen av behandlingstilbudene: Du sitter i styret for en helseforsikringsordning der du selv er medlem, og må velge mellom å utvide tilbudet med livforbedrende tiltak x eller livreddende tiltak y. Tenk deg at du er like utsatt som

gjennomsnittsleder for å utvikle hver lidelse. Gitt din egen interesse og ditt ansvar for medlemmene, hvor mange må nyte godt av x for at du heller vil velge x enn y?

Dagens friske kan ha viktige bidrag i slike vurderinger, ikke minst fordi de dels er bak et slør av uvitenhet om sitt eget fremtidige behandlingsbehov (5, 6, 15, 16).

Det er et skrikende behov for klare svar i helsevesenets prioriteringsproblemer, der helseøkonomi har mye å tilføre. Men vi bør ikke ureflektert omfavne enhver metode som gir svar, for eksempel en ensidig QALY-basert nytteetikk. Det er ikke opplagt at denne tilnærmingen gir gode svar og heller ikke at det er den eneste metoden. Det kan finnes andre målestokker enn QALY og bedre fordelingsnøkler enn kostnad-nytte-analyser. En grundig gransking av disse alternativene kan gi oss mer velbegrunnede prinsipper for fordeling av helsevesenets ressurser, som vi kan forsvare overfor alle berørte parter.

Litteratur

1. Norges offentlige utredninger. Prioritering på ny: Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste (Lønningutvalget II). NOU 1997: 18. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1997.
2. Hansson LF, Ruyter K, Lie RK. Prioriteringer i helsevesenet i Oregon - hva kan vi lære? Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 3416–9.
3. Rawls J. A theory of justice. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1971: 30.
4. Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. 2. utg. Oxford: Oxford University Press, 1997.
5. Brock DW. Ethical issues in the development of summary measures of population health status. I Summarizing population health. Washington DC: National Academy Press, 1998: 73–86.
6. Menzel P. How should what economists call «social values» be measured? J Ethics 1999; 3: 249–73.
7. Nord E. Cost-value analysis in health care: Making sense of QALYs. Cambridge: Cambridge University Press, 1999: 139–43.
8. Nord E. Helsepolitikere ønsker ikke mest mulig helse per krone. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 1171–3.
9. Nord E. The relevance of health state after treatment in prioritising between different patients. J Med Ethics 1993; 19: 37–42.
10. Nord E. Health status index models for use in resource allocation decisions. Int J Technol Assess Health Care 1996; 12: 31–44.
11. Nord E, Pinto JL, Richardson J, Menzel P, Ubel P. Incorporating societal concerns for fairness in numerical valuations of health programs. Health Econ 1999; 8: 25–39.
12. Kamm FM. Morality, mortality: death and who to save from it. Bd. 1. Oxford: Oxford University Press, 1993.
13. Powers M, Faden RR. Inequalities in health, inequalities in health care: four generations of discussion about justice and cost-effectiveness analysis. Kennedy Inst Ethics J 2000; 10: 109–27.
14. Tversky A, Kahneman D. The framing of decisions and the psychology of choice. Science 1981; 211: 453–8.
15. Richardson J, Nord E. The importance of perspective in the measurement of quality-adjusted life years. Med Decis Making 1997; 17: 33–41.
16. Daniels N, Sabin J. Limits to health care: fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem for insurers. Philos Public Aff 1997; 26: 303–50.