

Etikkdialoger på tvers av faggrupper kan bringe oss nærmere gode prioriteringsbeslutninger. Men det er ikke sikkert at de bringer oss i mål

Prioritering i grenseland

Det har vært en høylytt prioriteringsdebatt i Norge det siste året. Hovedvekten har ligget på kostbare kreftmedisiner for livsforlengende behandling. Helsedirektoratet har ønsket debatt rundt prioritering i norsk helsevesen (1). Spørsmålet er om man fikk debatten man ønsket seg. Prioriteringsdebatten kom nemlig til å handle om å sette prislapper på menneskelig og hva pasienter egentlig bør få lov å koste samfunnet.

Om kostnader er bakteppet for all prioritering, er imidlertid nytten av behandlingen en viktig del av all prioriteringsdebatt. Kanskje er det lettere å finne prinsipper for rettferdig prioritering dersom behandlingens effekt står sentralt i argumentasjonen? Det mente i alle fall Alena Byux og medarbeidere, som har foreslått å prioritere på basis av en minimumsgrense for klinisk effekt (2). Om vi tenkte oss at alle pasienter i et offentlig helsevesen må avstå fra behandlinger som bare har «minimal effekt», vil det spare helsevesenet for store summer. Og siden «offeret» den enkelte må bære ved denne type prioritering uansett alltid vil være minimalt, vil folk flest lettere kunne godta denne type prioritering. Ingen må oppgi betydelige behandlingsgevinster, men alle må være villig til å oppgi minimale gevinster. Ifølge forfatterne vil en slik tankegang kunne få oppslutning i befolkningen, rett og slett fordi den er mer rettferdig enn alternativene.

I dette nummer av Tidsskriftet drøftes temaet prioritering av Ingrid Miljeteig og medarbeidere (3). Men her handler det ikke, som i debatten det siste året, om kreftpasienter. I stedet handler det om en langt svakere pasientgruppe som verken har sterke pasientorganisasjoner eller mediene i ryggen. Det handler om rusmiddelavhengige. Spørsmålet artikkelforfatterne stiller er om rusmiddelavhengige pasienter skal tilbys hjerteklaffkirurgi for andre gang. Bevisbyrden i kreftsammenheng hvilte på dem som ville nekte pasientene livsforlengende behandling. «Bevisbyrden» i denne sammenheng kan synes å hvile på dem som vil tilby livreddende og livsforlengende behandling til de rusmiddelavhengige. Det setter prioriteringsdebatten i perspektiv.

Hva er nytten av hjerteklaffkirurgi for andre gang? Kan kostnadene forsvares? Hvordan bør vi anvende prinsippet om at alle har ansvar for sin egen helse i prioriteringsbeslutninger? Og er det noe poeng å forlange en rusmisbrukers liv dersom misbruket vil vedvare? Dette er spørsmål som er høyst relevante for beslutningen om å tilby behandling eller ei.

Spørsmålene er av både faglig og etisk karakter. Solid medisinsk-faglig dokumentasjon er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig betingelse for å kunne gi svar. Dermed blir første utfordring å finne ut hvem som best kan besvare prioriterings spørsmål som dette. Det metodiske grepet i denne artikkelen er å la sju personer med høyst ulik, men relevant fagbakgrunn diskutere saken etter en systematisk etisk analysemodell. Grepet er velkjent – det dreier seg om selve tenkemåten bak de kliniske etikkomiteene (KEK) som finnes ved alle helseforetak i Norge. Dels er tanken at medisinsk-etiske spørsmål best besvares gjennom åpen dialog og diskusjon, dels at dialogen og diskusjonen blir best om den skjer på en systematisk måte som sikrer at alle relevante hensyn ivaretas.

Konklusjonen for et flertall av forfatterne er at det som hovedregel bør tilbys andre gangs ventilkirurgi ved residiv av infeksøs endokarditt hos rusmisbrukere. Nyttens av behandlingen er langt over en minimumseffekten. Dette peker i retning av behandling. Men hva med kostnadene? Selv om de er høye, så er de ikke høyere enn det

vi har vært villig til å bruke på enkelte kostbare medisiner til kreftpasienter. Prinsippet om ansvar for egen helse bør heller ikke brukes mot ruspasienten. Dermed snakker vi om like tilfeller, og like tilfeller bør behandles likt (3).

Hele gruppen er for øvrig enig om at denne typen prioriteringsbeslutninger bør tas på et overordnet nivå og ikke overlates til den enkelte kliniker. Etikkdialoger på tvers av faggrupper og kliniske etikkomiteer kan være gode eksempler på slike overordnede nivåer. Nasjonale retningslinjer er et enda mer overordnet nivå og har den fordel at pasienter i ulike deler av landet behandles etter den samme etiske vurdering, noe som synes å ivareta rettferdighetshensynet.

Prioriteringsdebattene i norsk helsevesen er kommet for å bli. Men det finnes selvsagt ikke noe fasitsvar på hva som er et rimelig forhold mellom behandlingens effekt og dens kostnad, uansett om det er kreftmedisiner eller hjerteklaffer for rusmiddelbrukere man diskuterer. Derfor er dialogen om prioriteringer på tvers av fag viktig. Men spørsmålet er om det er nok. I den dialogen vil det nok alltid være slik at noen legger trykket mest på effekt, mens andre vektlegger kostnaden. Ekspertutvalget på kostbare kreftmedisiner snudde i sitt syn på ipilimumab etter blant annet ny informasjon om langtidsoverlevelse. Effekten ble utslagsgivende, og man anbefalte både ipilimumab og arbirateron. Helsedirektoratet vendte imidlertid tommelen ned igjen ved å peke på at ekspertutvalget ikke i tilstrekkelig grad hadde vektlagt kostnadene. Endelig vendte Jonas Gahr Støre tommelen opp igjen for ipilimumab. Rimelig fornuftige mennesker klarte altså ikke å enes om det rimelige forholdet mellom kostnad og effekt.

Dagens Medisin konkluderte med at det har vært taktiske vurderinger i prosessen og at håndteringen svekker forståelsen og legitimiteten til krevende helseprioriteringer i offentligheten (4). Men hva om problemet stikker dypere enn som så? Hva om det er politisk umulig å si nei til behandling som kan hevdes å gi en vesentlig helsegevinst til enkelt pasienter – uansett kostnad? Hva om det bare er mulig å si nei til behandling som man med sikkerhet vet vil ha minimal effekt for enkelt pasienten? Hva om det ikke handler om politisk taktikkeri, men om rettferdighetsteori? I så fall forsøker vi i dag å prioritere ut fra gale kriterier i vårt forsøk på å balansere rett mellom kostnad og effekt. Det kan være en lærdom fra prosessen rundt de kostbare kreftmedisinene. Dersom vi prioriterer ut fra gale kriterier, er det kanskje heller ikke tilstrekkelig med gode etikkdialoger for å oppnå enighet?

Berge Solberg
berge.solberg@ntnu.no

Berge Solberg (f. 1969) er professor i medisinsk etikk ved Norges teknisk-naturvitenskapelig universitet. Han er medlem av Bioteknologinemda, av klinisk etikkutvalg ved St. Olavs hospital og satt i Helsedirektoratets ekspertutvalg for vurdering av kostbare kreftmedisiner. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Guldvog B. Vi må prioritere. Helsedirektoratet 22.3.2013. <http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/vi-ma-prioritere.aspx> [22.4.2013].
- Buyx AM, Friedrich DR, Schöne-Seifert B. Ethics and effectiveness: rationing healthcare by thresholds of minimum effectiveness. *BMJ* 2011; 342: d54.
- Miljeteig I, Skrede S, Langørgen J et al. Skal rusmiddelavhengige pasienter tilbys hjerteklaffkirurgi for andre gang? *Tidsskr Nor Legeforen* 2013; 133: 977–80.
- Moe M. Nei, ja, nei, nei, ja. *Dagens Medisin* 21.3.2013.

 Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no