

Dato: 12. oktober 2018
Sagsnr.: 1804010
Dok.nr.: 721605
Sagsbeh.: MOA.DKETIK



**DET
ETISKE
RÅD**

Ørestads Boulevard 5
Bygning 37K, st.
2300 København S

M: kontakt@etiskraad.dk
W: www.etiskraad.dk

Jane Heitmann: "Tre konkrete bud på, hvordan vi får mere sundhed for pengene?"

Flere af de centrale debatter handlede om dette, og der fremkom således mere end tre konkrete bud:

- Større effektivitet kan opnås på flere måder og flere fremhævede muligheden for fx at begrænse "spild", fx i form af utilsigtede hændelser. Der var enighed om, at der fortsat skal være fokus på dette, men også at det ikke rykker det store ved behovet for prioritering
- Tvært imod blev det påpeget, at prioritering direkte begrænser spild: Det er fx dokumenteret, at tre fjerdedele af den nye medicin, der godkendes ud fra dokumenteret effekt, viser sig at være uden effekt. Der er tale om et kolossalt spild af penge, som vil blive endnu større i takt med, at medicinen bliver dyrere som følge af bl.a. udviklingen inden for personlig medicin. Det skyldes ofte, at de kliniske afprøvninger sker på en gruppe, der ikke svarer til patienterne, som medicinen siden bruges på. Hvis man hæver evidenskravene for, hvilken medicin man vil bruge penge på, begrænser man med andre ord også decideret spild. Det står endvidere allerede klart, at Medicinrådet har gjort det muligt at forhandle en bedre pris på medicin
- En vurdering af, hvor man får mest sundhed for pengene, forudsætter, at man kan sammenligne effekter og at effekterne rent faktisk afspejler den værdi, patienterne oplever. Disse krav er pt ikke indfriet i Medicinrådets arbejde. Dermed er det uigennemskueligt, om indsatser, der giver mindre udbytte fortrænger indsatser, der giver mere udbytte. Ifølge sundhedsøkonomerne er værktøjer som QALY-måling "den mindst ringe" løsning her
- Et behandlingsråd, der skal sikre retfærdig prioritering (og herunder mere sundhed for pengene), forudsætter, at der indsamles bedre viden om, hvad man i sundhedsvæsenet får for pengene. Megen af denne viden findes i forvejen og skal "bare" systematiseres, sådan som etisk råds eksempler viser.

Flemming Møller Mortensen: "Hvilke kommentarer har I til den norske model?"

Flere debattører udtrykte sympati for den norske model, men der var samtidig en vis enighed om, at andre landes modeller for prioritering ikke uden videre kan kopieres. Der må tages højde for betingelserne i det danske sundhedsvæsen. Og samtidig skaber det også demokratisk legitimitet, at landspolitikerne aktivt bidrager til at skabe de rammer, prioriteringen skal foregå under. Flere udtrykte tvivl om, hvilken nytte et prioriteringsorgan kan gøre, hvis politikerne ikke formår at lade det arbejde uafhængigt.

Liselott Blixt: "Hvad kan vi gøre for at undgå, at nogle patientgrupper bliver glemt?"

Lungeforeningen pegede på, at der er behov for lungepakker, ligesom der findes hjerte- og kræftpakker. Andre pegede dog på, at mange andre også aktuelt forekommer nedprioriterede. Så længe man bliver ved med at løfte de grupper, man får øje på, vil andre blive glemt og sakke bagud. Hvis man vil fremme retfærdighed, er det på tide at få et overblik over prioriteringen og bruge denne viden, når der fordeles midler/besparelser.

Mens det blev anerkendt, at princippet om "mest sundhed for pengene" er et afgørende element i retfærdig prioritering, var der også enighed om, at det ikke kan stå alene. Alvorlighedskriteriet og kravet om retfærdig proces (fx åbenhed) er andre vigtige principper. Det sikrer fx individer med sjælden sygdom rimelig adgang til behandling. Men hvis alle grupper af fx patienter med sjældne diagnoser skal behandles nogenlunde lige, kræver det mere gennemskuelighed i prioriteringen.

Lotte Rod:

"Bør vi udvide Medicinrådet eller oprette et separat behandlingsråd?"

Mange gav udtryk for, at der skal oprettes et separat behandlingsråd. Mens man med Medicinrådet har kunnet lade sig inspirere meget direkte af andre landes metoder, kræver et behandlingsråd en del nytænkning.

"Hvordan sikrer vi, at pleje og omsorg prioriteres på lige fod med fx ny medicin?"

Det blev pointeret, at det forudsætter, at man bliver bedre til at måle og sammenligne effekter inden for forskellige indsatsområder og med udgangspunkt heri foretager en prioritering på ensartede vilkår på tværs af sundhedsvæsenet, jf. tankerne bag et behandlingsråd.

Udgangspunktet for prioritering har indtil nu i høj grad været medicinske evidensovervejelser, men dette udgangspunkt favoriserer bestemte typer af indsatser, særligt medicinsk behandling. En række andre relevante fokuspunkter er det sværere at skabe evidens for virkningen af, fx omsorg og nærvær. Det er derfor nødvendigt at se tingene i en helhed og tillade andre former for "målepunkter" end rent medicinske evidensvurderinger. Generelt er der derfor

behov for forskning for at blive bedre til at prioritere, herunder ikke mindst forskning med henblik på at finde frem til andre målepunkter end medicinsk evidens.

Kirsten Normann Andersen:

”Vi har prioriteret supersygehusene og specialiseringen rigtig højt – men har vi også været gode nok til at tage stilling til, hvor øvrige opgaver løses bedst og mest kvalificeret?”

Der var en vis enighed om, at udgangspunktet for prioritering et godt stykke af vejen har været medicinske evidensovervejelser. Dette udgangspunkt favoriserer imidlertid bestemte typer af indsatser, særligt medicinsk behandling. Af den grund har der ikke været tilstrækkeligt fokus på, hvordan andre opgaver løses bedst og mest kvalificeret.

”Har vi været gode nok til politisk at præcisere, om det er sygehusene eller kommunerne, der har ansvaret for en given opgave?”

Det Ethiske Råd peger på, at organisering naturligvis også har betydning for, hvilken kvalitet af ydelser, sundhedsvæsenet får for pengene, men har ikke yderligere fokuseret på dette aspekt. Opfattelsen i salen var, jf. oven for om ”spild”, at sådanne løbende diskussioner er vigtige, men ikke ændrer på behovet for at prioritere.

Karen Klints spørgsmål i salen:

”Hvad er demokratisk forankring?”

Et synspunkt i debatten var, at en demokratisk forankring af prioriteringsprocessen forudsætter, at det er Folketinget og dermed de folkevalgte politikere der udformer de overordnede rammer omkring prioriteringsprocessen. Dette bør dog ikke ske, uden at relevante aktører er blevet hørt og inddraget i processen.

Samtidig blev det flere gange nævnt, at der er nogle indbyggede vanskeligheder knyttet til dette:

- Landspolitikerne kender ikke nødvendigvis tilstrækkelig meget til den virkelighed, de har med at gøre. Blandt andet blev det nævnt, at de i modsætning til politikerne i regionerne ikke er opmærksomme på, hvor ”hårde” beslutninger der træffes i sundhedsvæsenet
- Prioritering foregår hele tiden og mange forskellige steder, ikke mindst helt ude på de enkelte afdelinger. Samtidig påvirker de enkelte led i prioriteringsprocessen hinanden, hvilket gør det vanskeligt at skabe et overblik over processen og styre den. En del af prioriteringen kommer derfor uundgåeligt til at foregå i det skjulte. Dette understøttes af, at logikken knyttet til at prioritere de forskellige ressourcer kan være vidt forskellig. Eksempelvis er prioriteringen knyttet til de menneskelige

ressourcer ofte meget konkret og situationsbestemt, mens prioriteringen af medicin er mere abstrakt.

”Behandlings- og udredningsgaranti gavner ikke alle, men hvilke andre relevante prioriteringsværktøjer eksisterer der?”

- Den enkelte patients eller de enkelte patientgruppers præferencer og behov bør i højere grad indgå som et prioriteringsværktøj, end tilfældet er nu. Nogle patienter behandles forkert eller for meget. Det sidste gælder eksempelvis terminale kræftpatienter. I fremtiden vil der generelt kunne opnås store gevinster, fordi behandlingen i langt højere grad end nu vil kunne blive skræddersyet til den enkelte patient, blandt andet på grund af muligheden for genetiske analyser. Det er væsentligt at tage dette i betragtning i forbindelse med overvejelserne om den fremtidige prioriteringsproces, ligesom det er vigtigt at forholde sig til, at en større del af behandlingen vil blive flyttet ud i den enkelte persons hjem. Der er brug for viden om, hvad der behandlingsmæssigt virker godt i hjemmene og på plejehjemmene.
- Man kan stille større krav til medicinalvirksomhederne, blandt andet i forhold til at præcisere evidensen for virkningerne af medicinen.
- Sundhedssektoren bør opfattes som en helhed, hvor også plejehjem og plejesektoren inddrages.
- Det blev nævnt, at man kunne operere med minimumsnormeringer, fx angående antallet af sygeplejersker på de enkelte afdelinger. Det blev påpeget, at det forekommer absurd, at der er minimumsnormeringer for fx antal stewardesser på et fly, men ikke for antallet af sygeplejersker, der tager sig af meget syge patienter. Der var dog også kritik af dette forslag. Det blev således anført, at ”minimumsnormeringerne” hurtigt kan blive til standardnormeringerne.

Andre diskussioner:

• **Prioritering forudsætter afvejninger**

Et generelt og gennemgående tema i debatten var herudover, at prioritering er forbundet med afvejninger, som det kan være meget vanskelige at foretage, fordi de værdier, der skal holdes op imod hinanden, er vidt forskellige og dermed vanskelige at sammenligne. Spørgsmålet kan eksempelvis være, hvad der overordnet set er vigtigst: tryghed og omsorg eller medicinsk behandling. Denne afvejningsproblematik er også indeholdt i de syv principper i princippapiret om prioritering for sygehuslægemidler. Eksempelvis er det ifølge princip nummer 7 ”muligt ud fra en konkret lægefaglig vurdering at behandle med lægemidler, som er afvist til standardbehandling”. Dette princip vil i nogle tilfælde være vanskeligt at forene med flere af de andre principper, fx nummer 2, 3 og 4 om uafhængighed, geografisk lighed og åbenhed. Lægen må finde de enkelt patienter som skiller sig ud fra reglen. Hvis det bliver den enkelte læges ”nærhedsetik” – dvs. følelse af forpligtelse over for den patient, vedkommende sidder over for – som bliver afgørende, vil det kortslutte prioriteringen.