

Anne Rasmussen:

Vonde år – NOU om prioritering i helsevesenet.

En kommentar.

På en FN-konferanse ble uttalt «I never read UN reports, cause I never understand what they are about.» Slik har jeg det med NOUer. Så i det følgende kan det tenkes at jeg forteller om noe som står i NOU Prioritering i helsevesenet eller at jeg gjør rede for hva jeg ikke har forstått og misforstått av den. Jeg bruker pasientens øyne, de er dårlige til å lese.

Det virker som om utvalget strever med å forsvare at de skal legge et grunnlag for prioritering. De ser for seg en kravstor befolkning, til tross for at befolkningen er fullt informert om at helsevesenet prioriterer, siden de alltid har tatt regningen. Det burde være unødvendig, i enhver handling og ethvert utsagn ligger en prioritering. Den trenger ikke være helt bevisst eller helt rasjonell. Det er vel her utvalget bidrar.

For at man skal kunne velge mellom alternative goder og ofre i helsevesenet må noen utpekes til å kunne gjøre kompetente valg etter på forhånd definerte kriterier. Noen av disse kriteriene når den enkelte pasient, andre når sykehus, rutiner, praksiser og sykdomsgrupper. Dette arbeider utvalget med.

Omtalen av kriterier for prioritering starter utmed:

- 1 Helsegevinst
2. Ressurser
- 3 Helsetap

Jeg måtte bruke en dag på å tro at jeg kanskje forsto dette. Mitt problem var at vanligvis er helsegevinst og helsetap to ytterpunkt av samme skala og følgelig EN variabel. Hvis de hadde døpt helsetap for «Vonde år» ville det vært lettere å forstå.

Det er et problem at Helsegevinst og ressurser fokuserer på sykdommer og praksiser for å gjøre dem bedre, mens Helsetap i høyere grad er individuelt. Hvis en pasient har hatt et grusomt liv til nå, skal han gis prioritet for å kunne få noen hyggelige år. Hvis en pasient har brukt et liv i friskhet bør han kanskje ikke prioriteres for hjerte-lunge-transplantasjon i en alder av 89.

Jeg tror at helsegevinsten er den gevinst (minus ulemper) som pasienten kan ha av en spesifikk behandling. Dette er medisinenes faglige tyngdepunkt og de kan nok gjøre rede for dette.

Jeg tror ressursene utelukkende refererer til helsevesenets ressurser og ikke til pasientens og at de kan måles i penger, liggedøgn, bruk av kompetanse. Sånt er man i dag fullt ut i stand til å tallfeste.

Helsetap refererer altså ikke til at når de behandler din brystkreft, skader de armen din alvorlig i samme slengen. Det refererer til hvor mange kvalitetsjusterte leveår du mister som følge av din sykdom, avhengig av om den blir behandlet eller ikke.

Noen steder presenteres oppskrifter ingredienser i form av kriterier: man tager helsetap, tilsetter helsegevinsten og relaterer resultatet til ressurser. Hvis dette er riktig forståelse av side 98, bruker utvalget merkelig kompliserte formuleringer av enkle resonnement. Tilsvarende bruker de en trapp som illustrasjon.

For meg virker det som om utvalget ser seg nødt til å se bort fra at problemet de utreder bare er toppen av kransekaken av den materie som prioritering i helsevesenet er. Jeg får ikke helt øye på den kliniske valgsituasjon verken hos allmennpraktikere, spesialister eller pasienter. Diagnoser drøftes bare som eksempler, slik at man springer omkring i den abstrakte prioritering uten bakkekontakt. En del pasienter har mange diagnoser, og hvis helsetapsresonnementet brukes, bør vel den enkelte pasient få prioritet etter hvor mange gode leveår han har tapt ut fra sitt samlede sykdomsbilde. Utvalget etterlyser dokumentasjon og forskning med utgangspunkt i et vagt kriterium: helsetap. Hvor fruktbart er det å finslipe prioriteringskriterier fremfor å behandle pasienter? Noen helsetap viser utvalget at man har data på, bør andre gis grovere avgrensning slik at de kan være operative uten forskning?

Noen av de begrep Utvalget bruker er på grensen til det metafysiske: gode leveår, kvalitetsjusterte leveår (her finnes en definisjon) og helsetap for deretter å bruke begrepene i ekstremt konkrete regnestykker som avveiningen på side 98. Å lage gjennomsnittlig pålitelighet for data om disse tre kriteriene er tøv. Metodisk sett er regnestykkene en felle. Har man data som kan tallfestes, kan man kanskje regne på dem. Har man data på nominalnivå bør man ikke gjøre det. De operasjonene man kan gjøre på sine data avhenger av egenskapene til de samme data. Ville ikke statistikere si at det samlede datatilfang (alle tre kriteriene) er så pålitelige som det minst presise kriterium.

Utvalget drøfter sine prioriteringskriterier blant annet ved å beskrive hvordan de skal dokumenteres. Helsegevinst er fokus i medisinen som fag og komplekst dokumentert. Ressurser måles gjerne i penger: de pengene som helsetjenesten bruker. Pasientenes

ressurser er nedskrevet til null (med mulig unntak av idrettsmedisin?) Helsetap er altså hva sykdommen bringer av reduksjon i kvalitetsjusterte leveår og for enkelte sykdommer vanskeligere å dokumentere.

Når utvalget konkluderer med at det må gjøres en helhetlig kvalitativ vurdering, sukker jeg lettet. Problemet er likevel at utvalget fremstiller materien som om det var en modell for beslutningstaking. Det er det ikke. Er det ikke også meget vanskelig å se for seg at det kan komme legitime åpne beslutninger ut av en innstilling med så når mye kamp om abstraktene der også pasienter også skal virke med? Det er bra å spørre befolkningen om deres erfaring med egen helse og helsevesenet, men ikke å vente til undersøkelsen er ferdig med å involvere pasienter.

For at pasientmedvirkning skal være nyttig, kan det tenkes at man må tillate seg å gå ned på et kasuistisk nivå. Å forlate de store diagnoser og snakke om eksempler av enkeltpasienter. Ville ikke utredningen selv ha tjent på delvis å bruke denne fremgangsmåten? Da ville det også vært mulig å drøfte pasientene med mange sykdommer, ikke bare dem med en.

Ingen sykdomsgruppe har fått egen omtale. Psykiatri er knapt berørt i utredningen. Men denne sykdomsgruppe har et meget stort helsetap, mange elendige år i stor lidelse. I tillegg berører den mange mennesker. Det at man velger å ikke gi pasientene tilstrekkelig behandling og lar dem stå i kø for ikkeeksisterende behandlingstilbud betyr ikke at de ikke lider av sykdommer, de bare prioriteres så langt ned at de er utenfor synsfeltet. Når dokteren sier «Du trenger behandling, det er vår oppgave å gi deg det, vi kan ikke.» nytter det lite å fortelle mer helsetapet. Psykiatri er vanskelig og ressurskrevende, men er det overhodet nevnt? Er det for få objektivt observerbare data i psykiatri til at det kan tilordnes modellen? Er det ikke en tilstrekkelig objektiv beskrivelse å si at pasienten sier han er i helvete og jeg tror ham?

Pålitelige data om sykdommer kan være upålitelige data om dem man skal prioritere mellom: er ikke det pasienter? Hvis utvalget drøfter prioritering uten verken klinikere eller pasienter i en abstrakt verden, blir det kanskje litt for enkelt å prioritere.