



Prioritering i sundhedsvæsenet:

Vi skal føje liv til årene og ikke kun år til livet

Debatoplæg fra politisk arbejdsgruppe om prioritering

Forord

Sundhedsvæsenets udvikler og investerer hele tiden i nye teknologier og medicin, og vi finder nye måder at tilrettelægge forebyggelse, pleje og behandling. Det gør, at vi hele tiden bliver bedre til at helbrede sygdomme og mindske negative bivirkninger ved behandlinger. Og det gør, at vi lever længere. For 30 år siden var HIV en dødsdom, i dag kan du leve et godt og langt liv. Nogle gange glemmer vi det, men sundhedsvæsenet er faktisk en succeshistorie.

Men vi står også med et presset sundhedsvæsen. Det ved vi fra patienter, sundhedspersonalet og tallene. Vi får store årgange af ældre, og mange af dem får brug for sundhedsvæsenet og god pleje. Og flere borgere har kroniske sygdomme, som skal behandles over mange år. Det er alt sammen rigtig dyrt.

Derfor må vi prioritere, hvis vi fortsat skal have råd til at løfte sundhedsvæsenets kvalitet. Skal vi tilbyde en ny, dyr behandling med begrænset effekt? Eller skal vi tilbyde den behandling, vi i forvejen har, og i stedet bruge pengene på mere pleje, omsorg og personale? Prioritering er ikke et valg mellem behandling eller ingen behandling. Det er et spørgsmål om, hvordan vi hjælper patienterne bedst med de ressourcer, vi nu engang har.

Vi prioriterer alle i vores hverdag. Men hvordan skal vi gøre det som samfund og sundhedsvæsen? Hvordan bruger vi pengene klogt? Hvordan tager vi politisk ansvar for at prioritere bedre? Og hvordan gør vi det på en måde, som er retfærdig og gennemsigtig?

Der findes ikke ét rigtigt svar på disse spørgsmål. Men vi skal turde at stille dem. Vi skal turde at tale om de svære valg. Vi skal turde sige nej, når prisen er for høj og gevinsten for lille. Det gælder også på Christiansborg.

Der er behov for initiativer, som gør, at vi bliver bedre til at prioritere retfærdigt, ansvarligt og gennemsigtigt. Det vil vi gerne tage vores del af ansvaret for i regionerne.

Vi har allerede taget det første store skridt i form af Medicinrådet. Vi er på vej med et nyt behandlingsråd. Og vi er klar til en diskussion af, hvordan vi tager de næste skridt. Vi har i løbet af det sidste halve år i en arbejdsgruppe på tværs af regioner og politiske partier diskuteret, hvordan vi skal forstå og håndtere prioritering i sundhedsvæsenet. I denne publikation kan du læse om vores arbejde.

Vi håber, at du vil være en del af debatten.

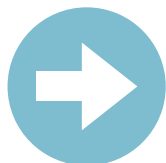
På vegne af arbejdsgruppen

Lone Sondrup

Formand for arbejdsgruppen og medlem af regionsrådet i Nordjylland

Principper og anbefalinger

Arbejdsgruppen om prioritering har udarbejdet en række principper og anbefalinger for prioritering i sundhedsvæsenet. Læs mere om disse på side 12-18.



Principper

- Prioriteringer bør have blik for helheden
- Vi skal føje liv til årene og ikke kun have fokus på at føje år til livet
- Prioritering skal understøtte lighed i sundhed
- Prioriteringsbeslutninger skal være transparente
- Faglige vurderinger skal foretages uden politisk indblanding
- Patienterne skal inddrages i beslutninger om egen behandling



Anbefalinger

- Politikerne bestemmer hvilke opgaver sundhedsvæsenet skal løse og ikke skal løse
- En bedre central prioritering
- Regionspolitikere skal løbende sikre et servicetjek af ressourceallokeringen
- Mere systematisk prioritering af medicin og behandling
- Større fokus på at reducere overbehandling
- Det personlige ansvar skal styrkes
- Inddrag og lyt til patienter og pårørende
- Bedre rammer for fagligt skøn

Hvorfor skal vi prioritere?

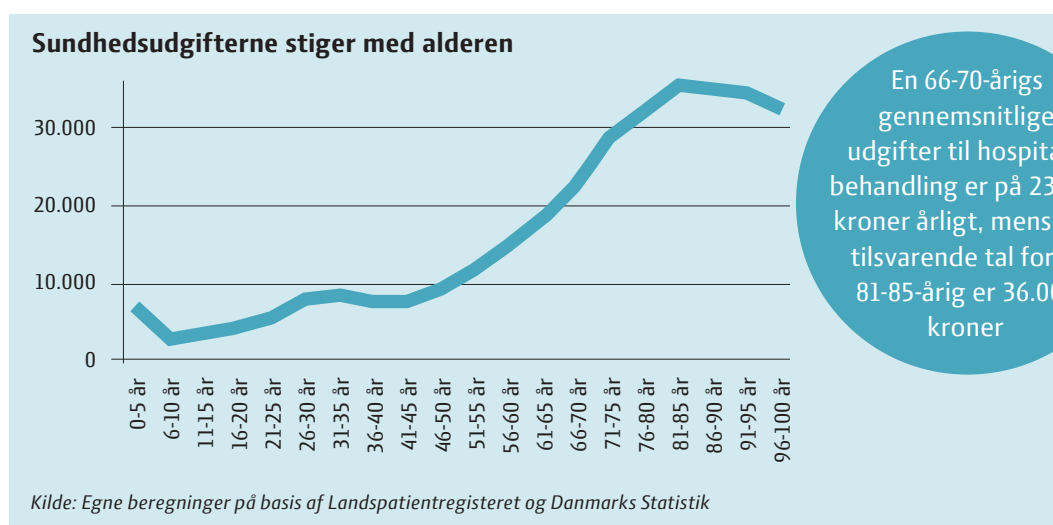
Prioritering er ikke forbeholdt økonomer og politikere. Prioritering er noget, vi alle gør i vores hverdag, fordi vi har begrænsede ressourcer til rådighed – begrænset tid, penge og energi. Derfor må vi træffe beslutninger, hvor vi *vælger til og fra*. Vælger man at købe en ny bil, må man nogle gange fravælge ferien, fordi man ikke har råd til begge dele. Det samme gælder i sundhedsvæsenet. Læger skal beslutte, hvilke patienter som skal tilses og behandles først. Og politikere skal beslutte, om der skal investeres i forebyggelse, hurtigere adgang til behandling eller noget helt tredje. Vilkåret for prioritering er, at ethvert tilvalg er forbundet med et fravalg, fordi der er begrænsede ressourcer til rådighed.

På samfundsplan er prioritering uomgængeligt. Selvom et samlet offentligt forbrug på 546,2 milliarder kroner i 2018 kan lyde svimlende, bliver pengene hurtigt små, når de holdes op mod de behov og ønsker, der er til, hvordan pengene skal bruges.¹ Velfærd, skattelettelser, forsvar og klima er ting på borgernes ønskeliste, som er helt legitime, men som ikke alle kan imødekommes på samme tid. Prioritering på samfundsplan er derfor nødvendig, og i et demokratisk samfund er det et politisk ansvar at løse den opgave.

Sundhedsvæsenet står i de kommende år overfor et udgiftspres, som gør, at det bliver vigtigere, at vi prioriterer ressourcerne klogt. Flere ældre og flere udgifter til nye behandlingsformer og medicin lægger et massivt pres på det danske sundhedsvæsen. Hvis vi fremover skal opleve et sundhedsvæsen på niveau med i dag, så kræver det store investeringer. Det samme gælder på andre velfærdsområder – og derfor er der behov for at prioritere ikke blot på tværs af velfærdsområder, men også indenfor sundhedssektoren. I Danmark har vi et af de mest omkostningseffektive sundhedsvæsener i verden. Derfor kan vi ikke bare effektivisere os ud af det udgiftspres, vi står overfor i de kommende år.

Vi lever længere og sundhedsudgifterne stiger med alderen

Vi lever længere og mange af os lever godt, selvom vi med årene får nogle småkavanker. De kommende år bliver der flere børn og unge og flere ældre, mens den del af befolkningen, som er i den arbejdsdygtige alder, bliver mindre. Man taler om et demografiske pres, fordi der bliver flere i gruppen, der skal forsørges, mens der bliver færre til at forsørge dem. Frem mod 2060 forventes antallet af ældre på 65 år eller mere at vokse fra godt 1 million i dag til mere end 1,5 million.² Det er glædeligt, at vi bliver ældre, men det øger også presset på sundhedsvæsenet, fordi vi med alderen får behov for mere pleje og behandling, end vi havde i de unge år.



1 Danmarks Statistik, OFF26

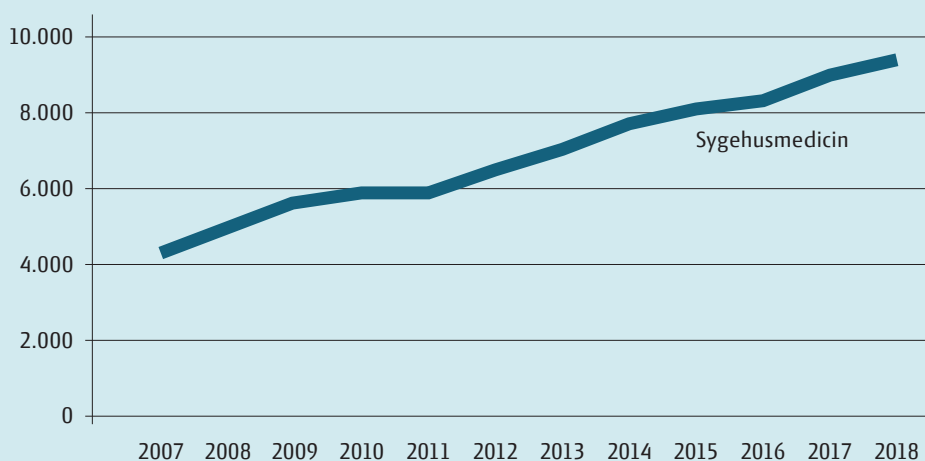
2 Danmarks Statistiks befolkningsfremskrivning 2019, FRDK119

Det demografiske pres er ikke noget, der kun sker i fremtiden. Hele den offentlige sektor mærker det allerede. Alene de næste fire år, forventes antallet af ældre over 65 år at vokse med mere end 77.000 personer.³ For det regionale sundhedsvæsen alene betyder det, at vi har brug for en 1 milliard kroner ekstra hvert år – blot for at kunne give det stigende antal ældre den samme gode behandling, som de får i dag.⁴

Stigende udgifter til nye behandlingsformer og teknologier

Der kommer også hele tiden nye behandlinger til. Det kan være nye teknologier eller nye former for medicin. Fælles for mange af de nye løsninger er, at de giver patienterne en bedre livskvalitet, længere levetid, og måske endda virker mod sygdomme, som vi ikke tidligere har kunnet behandle. Der giver sundhedsvæsenet og patienterne nogle fantastiske muligheder, men de er ofte forbundet med store omkostninger. Hvis vi alene ser på udgifterne til sygehusmedicin, så er de gennemsnitligt steget med en halv milliard kroner årligt i de sidste fire år, og udviklingen forventes at fortsætte de kommende år.

Udgifterne til sygehusmedicin er i gennemsnit steget med 0,5 mia. kroner årligt de sidste fire år. Den udvikling vil fortsætte de næste år.



Kilde: Regionernes regnskaber

Stigende forventninger til sundhedsvæsenet

I takt med at velstanden øges, og nye behandlingsformer kommer til, øges også borgernes forventninger til sundhedsvæsenet. Kommer der eksempelvis et nyt kræftlægemiddel, som giver patienterne bedre livskvalitet, så er det naturligt, at både patienter, pårørende og læger efterspørger behandlingen, også selvom den er dyr. Fremtidens borgere vil således stille højere krav til sundhedsvæsenet, end de gør i dag, og de vil have en forventning om i højere grad at blive inddraget i beslutninger om deres behandling.

Kræftmedicin er dyr

En af de nye dyre typer medicin er Darzalex, som forlænger livet for patienter med Myelomatose, kræft i knoglemarven. Hvert år får hved 400 danskere diagnosen, som er uhelbredelig.

Darzalex har ingen alvorlige bivirkninger og hjælper til at mennesker med kræft i knoglerne kan leve længere med større livskvalitet.

Udgiften pr. patient for 24 ugers behandling er ca. 500.000 kroner. De samlede udgifter til Darzalex ventes at vokse med omtrent 70 mio. kroner næste år.

3 Danmarks Statistiks befolkningsfremskrivning 2019, FRDK119

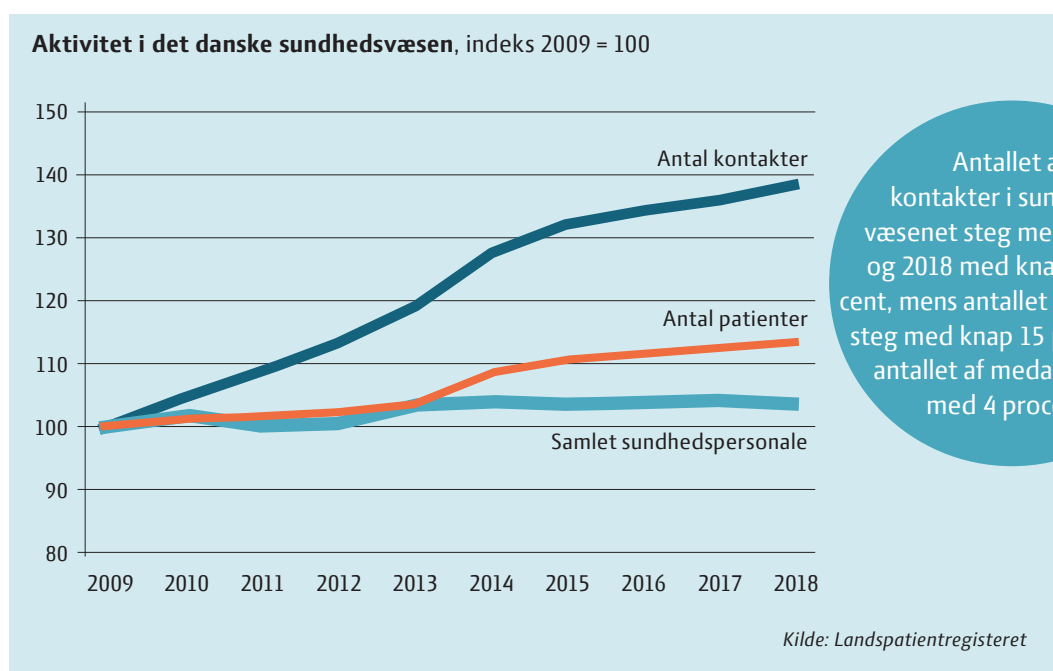
4 Indsæt kilde

Flere penge til sundhed kræver prioritering andre steder

Der bliver uden tvivl et stort behov for at afsætte flere midler til sundhed de kommende år, men sundhedsvæsenet er ikke det eneste område, som har svært ved at få pengene til at række. Det gælder hele den offentlige sektor. Når der kommer flere børn og unge og flere ældre, bliver der også behov for flere ældreboliger, plejehjemspladser, hjemmehjælp, skoler og daginstitutioner, ligesom der bliver behov for mere plejepersonale og flere lærere og pædagoger. Derfor er der grænser for, hvor meget sundhedsbudgettet kan vokse. Og derfor er det nødvendigt, at vi forholder os til prioritering – også mellem velfærdsområder. Sundhed skal prioriteres, men det må ikke ske ved at udsulte andre centrale velfærdsområder.

Vi kan ikke bare effektivisere os ud af problemet

Sundhedsvæsenet leverer år for år mere. Der er kommet betydeligt flere patienter til, og antallet af gange, vi ser den enkelte patient, også kaldet kontakter, er steget endnu mere. Men antallet af ansatte i sundhedsvæsenet er ikke steget tilsvarende. Vi er med andre ord blevet mere effektive i det danske sundhedsvæsen.

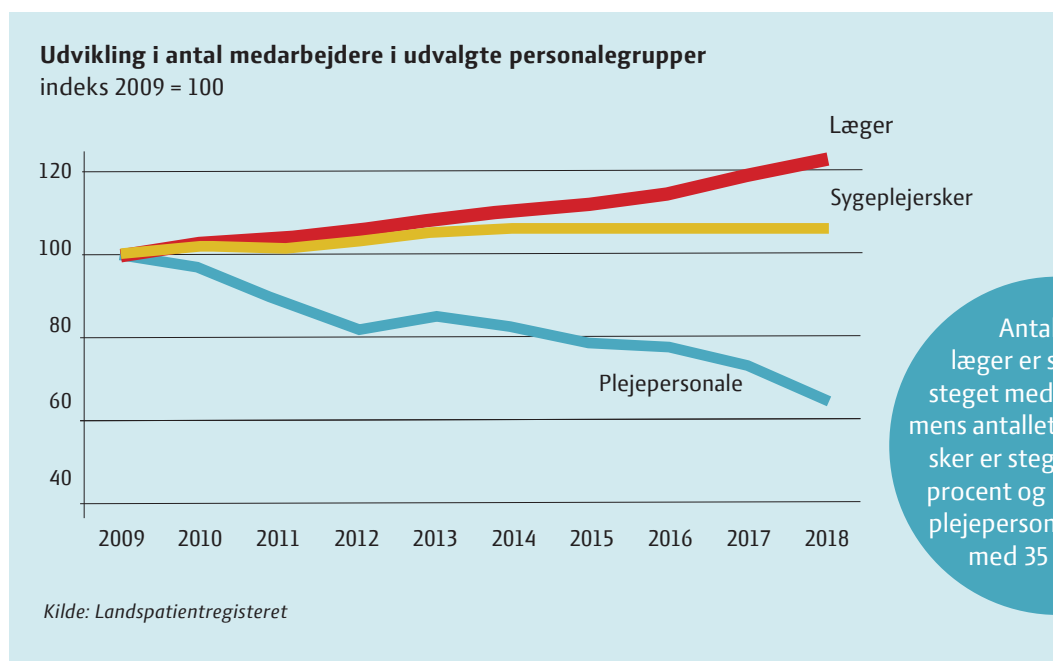


Det er sket gennem en højere grad af specialisering, anvendelse af nye teknologier og fokus på effektive arbejdsgange, som har resulteret i kortere ventetider, større patientsikkerhed og højere overlevelse på store sygdomsområder som kræft og hjertesygdomme. Men det er også sket ved, at sundhedspersonalet har skullet klare mere og mere på den samme tid. Det er derfor begrænset, hvor meget vi kan få ud af yderligere effektiviseringer.

Vi bliver med andre ord nødt til at foretage mange flere prioriteringer, end vi gør i dag, hvis vi også i fremtiden skal have et sundhedsvæsen, som er i stand til at følge med udviklingen og levere den kvalitet og service, vi kender i dag. Alt andet er politisk uansvarligt.

Et tilvalg er også et fravalg

Vi har ikke uendeligt med ressourcer i samfundsøkonomien. Et tilvalg er derfor altid forbundet med et fravalg af noget andet, som man kunne have valgt at prioritere i stedet. Pengene kan kun bruges én gang - det er åbenlyst. Men der sker også en række indirekte fravalg, når man vælger at prioritere én indsats frem for en anden. For flere indsatses gælder det nemlig, at de hænger sammen med andre indsatses. Når Folketinget f.eks. prioriterer, at patienter skal udredes og behandles hurtigt, så medfører det, at behovet for læger øges, for det er kun dem, der kan stille en diagnose og tage stilling til den rette behandling. Men det betyder, at der er færre ressourcer til rådighed til at ansætte andre personalegrupper, f.eks. sygeplejersker og social- og sundhedspersonale. Faktisk kan man se på udviklingen de sidste ti år, at antallet af sygeplejersker stiger en smule, mens der er et stort fald i antallet af social- og sundhedspersonale. Det er personale, som varetager vigtige pleje- og omsorgsopgaver.



I de senere år, har der været et stort fokus på at afsætte midler til nye indsatser og rettigheder, uden at der tages stilling til, hvilke konsekvenser det har for sundhedsvæsenet i øvrigt. Det er politiske og helt igennem legitime prioriteringer, men det er vigtigt at have øje for, at disse prioriteringer også indirekte kan medføre en nedprioritering af andre områder.

Hvad er prioritering?

Prioritering i sundhedsvæsenet sker på flere niveauer og er ikke kun en politisk opgave. Ledere, læger og sygeplejersker har også en vigtig rolle, når der skal prioriteres i sundhedsvæsenet, ligesom det er vigtigt, at patienter, pårørende og borgere inddrages i processen.

Der sondres typisk mellem tre niveauer for prioritering – *makroprioritering, behandlingsprioritering og rationering*.

Tre typer af prioritering

Makroprioritering

Makroprioritering er den overordnede prioritering mellem samfundsområder som sundhed, uddannelse, forsvar og kultur. Begrebet dækker typisk også over den overordnede prioritering mellem patientgrupper og sygdomsområder som fx kræft, lungesygdomme og psykiatri. Makroprioritering foretages i dag af politikere i Folketinget, regionsråd og kommunalbestyrelser.

Behandlingsprioritering

Behandlingsprioritering vedrører beslutninger om, hvilke konkrete behandlinger og lægemidler, man skal tilbyde i sundhedsvæsenet. Med andre ord at beslutte hvilke sundhedsydelse vi skal have på "hylderne". Det kan fx være at beslutte, om et nyt lægemiddel til behandling af kræft i bugspytkirtlen skal tages i brug. Eller om der skal investeres i en ny operationsrobot. Behandlingsprioritering foretages i dag på flere niveauer i sundhedsvæsenet.

Rationering

Mens behandlingsprioritering handler om, hvad vi skal have på hylderne, handler rationering om, hvordan vi fordeler det, vi har på hylderne, til patienterne. Rationering foretages af personalet med udgangspunkt i en faglig vurdering af den enkelte patients behov. Det kan fx være at afgøre, hvilken patient, der har mest behov for en sengeplads på en afdeling. Eller om en billigere behandlingsløsning skal tages i brug, før man forsøger sig med den dyre. Desto større pres der er på ressourcerne, desto mere vil opgaven med at rationere fylde hos læger og sygeplejersker.

Makroprioritering

Folketinget og regeringen bestemmer, hvor mange penge sundhedsvæsenet skal have. Hvis Folketinget vælger at prioritere flere penge til sundhed, er konsekvensen, at der er færre penge tilbage til andre samfundsområder som kultur, forsvar, klima og uddannelse. Folketinget prioriterer også penge til særlige indsatser inden for sundhed, fx er der vedtaget flere kræftplaner, som har bidraget til at løfte kvaliteten af kræftbehandlingen i Danmark. Det er positivt, men det er også vigtigt at være opmærksom på, at et tilvalg af et behandlingsområde indirekte også er et fravalg af alle de områder, hvor pengene alternativt kunne have været anvendt. Flere penge til kræftområdet betyder færre penge til at hjælpe lungepatienter, diabetikere og andre patientgrupper, hvor behovet og muligheden for at hjælpe faktisk kan være større, hvis man spørger eksperter. Og bruger man flere penge på behandling kan

man ikke bruge de samme penge til forebyggelse, der kan forhindre, at vi bliver syge i første omgang og måske lette presset på sundhedsvæsenet på lang sigt. Regionsrådene skal have enderne til at mødes inden for den økonomiske ramme, de får fra Folketinget og regeringen. Udfordringen er her, at behov og ønsker om flere penge fra patientgrupper, behandlingsområder og hospitaler langt overstiger de ressourcer, der er til rådighed. Uden prioriteringer i regionerne er der ikke penge til ny medicin og det voksende antal ældre med behov for pleje og behandling. Det samme gælder i kommunerne. Der er ikke råd til at opfylde alle ønsker om bedre cykelstier, skoler, daginstitutioner, sundhedsfremme, botilbud, ældrepleje og de mange andre opgaver, kommunerne har ansvaret for. Prioritering er derfor også et vilkår her.

Det Etske Råd om prioritering i sundhedsvæsenet

Ifølge Det Etske Råd skal en retfærdig prioritering se på tværs af behandlingsområder og styrke de områder, hvor behovet og muligheden for at løfte indsatsen for borgerne og patienterne er størst. Sådant foregår prioriteringen ikke i dag. Det Etske Råd udtalte i 2018 bl.a. følgende om prioritering i sundhedsvæsenet:

- Manglen på viden betyder, at uretfærdig prioritering ikke opdages, at sundhedsvæsen og politikere mangler et grundlag for den løbende prioritering, og at det er svært at gennemskue rimeligheden af forskellige gruppers ønsker og krav. Et sådant system tillader i for høj grad interessevaretagelse på bekostning af en gennemtænkt og retfærdig fordeling af ressourcerne
- Sundhedsvæsenet mangler en styring, der kan fremme retfærdig prioritering mellem patientgrupper. Forskellig prioriteringspraksis for fx medicin og pleje tillader, at vigtige indsatser kan fortrænges af mindre vigtige indsatser
- Det Etske Råd peger på Medicinrådet som et vellykket første skridt hen imod en mere retfærdig prioriteringspraksis

(Retfærdig prioritering i det danske sundhedsvæsen – Det Etske Råd 2018)

Behandlingsprioritering

Behandlingsprioritering sker på flere niveauer i sundhedsvæsenet. Den finder sted lokalt på sygehuse, i regionsråd, i Sundhedsstyrelsen, i lægevidenskabelige selskaber og i Medicinrådet. Langt de fleste prioriteringer af behandlinger sker uden opmærksomhed fra politikere og offentlighed. Det kan fx være lokalt på hospitaler, hvor læger på en hospitalsafdeling ønsker at bruge en ny behandling, som er forbundet med store omkostninger. At sige ja til behandlingen vil indebære, at der er færre midler til hospitalets andre afdelinger. Hospitalsledelsen skal forholde sig til, om de vil prioritere at tilbyde behandlingen, sige nej, eller ansøge regionsrådet om at få bevilliget penge, hvorved beslutningen i stedet træffes politisk.

Prioritering i Medicinrådet og et kommende behandlingsråd

Fordi behandlingsprioritering sker på flere niveauer, er det ikke altid klart, på hvilket grundlag af viden og værdier beslutningerne træffes. Regionerne arbejder for en mere åben og systematisk prioritering, hvor der laves anbefalinger til hospitaler for anvendelse af medicin og behandlinger, som gælder på nationalt plan.

I 2017 oprettede regionerne derfor Medicinrådet. Medicinrådet arbejder under armslængde til politikerne og anbefaler ibrugtagning af nye lægemidler på grundlag af en faglig vurdering af effekt og omkostninger. Det kan fx være at anbefale, om et nyt kræftlægemiddel skal anvendes som standardbehandling i sundhedsvæsenet – eller om et alternativt lægemiddel er et bedre førstevalg, fordi det giver en større sundhedsgevinst for pengene. Det Ethiske Råd udtalte i 2018, at Medicinrådet er et vellykket første skridt hen imod en mere retfærdig prioriteringspraksis (Retfærdig prioritering i det danske sundhedsvæsen – Det Ethiske Råd 2018)

Næste skridt bliver, med inspiration fra Medicinrådet og fra udenlandske erfaringer, at oprette et behandlingsråd. Behandlingsrådet skal lave anbefalinger for anvendelse af sundhedsteknologi, behandlingsformer og indsatser i sundhedsvæsenet på baggrund af en vurdering af effekt og omkostninger foretaget af fageksperter. På den måde vil vi alle sammen få mere sundhed for pengene.

Prioritering af behandlinger i sundhedsvæsenet kan også være et spørgsmål om mere grundlæggende værdier af etisk, politisk og religiøs karakter. I Danmark tilbydes der fx ikke aktiv dødshjælp, fordi det anses for etisk problematisk, mens det tilbydes i Holland. På samme vis er abort lovligt i Danmark, mens det er ulovligt i andre lande. Det er en politisk opgave at afgøre, hvor grænsen for sundhedsvæsenet går, og hvilke ydelser vi skal tilbyde. Det er fx også et politisk spørgsmål, i hvilket omfang fertilitetsbehandling, hjemmefødsler og plastikkirurgi skal prioriteres i et offentligt sundhedsvæsen.

Rationering

Hvilke patienter skal sygeplejersken tilse på sin stuegang? Og hvor stor er nytten af de indgreb, lægen kan tilbyde patienten? Læger, sygeplejersker og andre medarbejdere i sundhedsvæsenet står hver dag over for beslutninger, hvor de skal prioritere mellem patienter i en situation med begrænsede ressourcer. Rationering foretages af personalet med udgangspunkt i en faglig vurdering af den enkelte patients behov, men også med inddragelse af hensynet til andre patienter. Hvordan bruges personalets tid, medicinsk udstyr, lægemidler og sengepladser bedst i en situation med begrænsede ressourcer? Fx kan lægen stå over for en beslutning, hvor det skal afgøres, om en patient skal have en plads på intensivafdelingen. På intensiv er opfølgningen på patienten tættere, udstyret mere avanceret, og der er relativt flere medarbejdere pr. sengeplads. Uanset at ressourcerne er flere på intensiv, er de stadig begrænsede. Hvis en patient skal ind, skal en anden måske ud. Intensivafdelingens læge vil i en sådan situation skulle afgøre, hvem der hjælpes bedst ved at blive indlagt på intensiv frem for at blive på den nuværende afdeling. Desto mere pres der er på ressourcerne, desto mere vil opgaven med at rationere fylde hos læger og sygeplejersker på intensivafdelingen.

Politikerne skal tage større ansvar for at prioritere

Vi vil alle, politikere såvel som personale, gerne tilbyde en behandling af høj kvalitet og et værdigt ophold på hospitalet med tid til pleje og omsorg. Hvis vi fortsat skal kunne det i fremtiden, kræver det, at vi forholder os til prioritering. For sundhedsvæsenet er presset på ressourcer. Vi får stadigt flere ældre og borgere med kroniske sygdomme, og der skal findes penge til nye, dyre behandlingsformer. Det presser sundhedsvæsenets på ressourcer, og det er en bunden opgave for os politikere at tage hånd om dette. Vi skal turde prioritere, det er svært, det kan være upopulært, men det er også uundgåeligt og nødvendigt. Vi skal sige nej, når noget dyrt ikke er godt nok til prisen - for et tilvalg er også et fravalg, når midlerne er knappe.

Det mener lægerne og sygeplejerskerne også. Lægeforeningen efterspørger, at vi politikere tager mere ansvar og sætter bedre rammer for den prioritering, som er en del af personalets arbejde lokalt på hospitalet. To patienter, én seng. Tre fantastiske lægemidler, og et budget der næsten er brugt op. Hvilke patienter skal tilses og behandles først, når lægen er presset på tid? Skal en terminal kræftpatient behandles med et dyrt kræftlægemiddel, selvom effekten er tvivlsom, eller er det bedre at tilbyde en anden behandling og bruge de sparsomme ressourcer på anden vis? Fx på mere tid til pleje, lindring, trøst og omsorg for de mange andre patienter på afdelingen. Desto mere presset sundhedsvæsenet er på ressourcer, desto mere vil sådanne dilemmaer præge hverdagen for personalet i sundhedsvæsenet, og derfor efterspørger personale og ledere i sundhedsvæsenet, at politikere i regioner og Folketinget tager mere ansvar.

I regionerne tager vi ansvaret på os. Vi har etableret Medicinrådet, så vi får mere sundhed for pengene, og en prioritering af nye lægemidler, som sker åbent og systematisk. Det Ethiske Råd kalder det et " (...) vellykket første skridt hen imod en mere retfærdig prioriterings-praksis". Og vi er på vej med et nyt behandlingsråd, som skal prioritere sundhedsteknologier og behandlinger, så vi også her får mere sundhed for pengene til gavn for patienterne. Men Medicinrådet og Behandlingsrådet løser ikke udfordringerne alene. En del af løsningen er også at skabe bedre rammer for den prioritering, som ledere, læger, sygeplejersker og andet sundhedspersonale foretager lokalt i sundhedsvæsenet. Det er den prioritering, som sker hver dag på hospitalets kontorer, stuer og gange. Her har personalet brug for retningslinjer og redskaber, som hjælper dem i opgaven. Det er fx redskaber og metoder, som kan hjælpe personalet i samtaler med patienter og pårørende om, hvad der er det rigtige behandlingsvalg for netop dem. Og de har brug for politisk opbakning til de svære valg, de hver dag træffer.

En del af løsningen kræver også politiske prioriteringer mellem behandlingsområder eller mellem sektorer, hvis vi kan løse opgaven bedre og måske billigere andre steder.

Arbejdsgruppen har udarbejdet seks principper og en række anbefalinger, som skal understøtte en mere retfærdig og gennemsigtig prioritering i sundhedsvæsenet. Vi ønsker, at vi i samfundet og i sundhedsvæsenet får en debat om de veje, der er til at skabe en bedre og mere bevidst prioritering.



Principper for prioritering

Arbejdsgruppen har udarbejdet seks principper for prioritering i sundhedsvæsenet. Principperne er ikke en facitliste for, hvordan vi skal prioritere fremover, men derimod et udgangspunkt. De giver ikke i selv et svar på, hvad der er den rigtige beslutning. Men de kan fungere som pejlemærker i prioriteringen og i dialogen om, hvad der er den rette beslutning i svære situationer.



Princip 1 **Prioriteringer bør have blik for helheden**

Der er begrænsede midler til rådighed i sundhedsvæsenet. Flere penge til en indsats eller patientgruppe indebærer derfor, at der er færre penge til at hjælpe andre steder i sundhedsvæsenet. Prioriteringer i sundhedsvæsenet bør derfor have blik for, at der er et rimeligt forhold mellem sundhedsgevinst og omkostninger – da pengene ellers vil kunne gavne patienterne bedre andre steder i sundhedsvæsenet. Mere er ikke altid bedre, og det bedste kan også blive for dyrt.



Princip 2 **Vi skal føje liv til årene og ikke kun have fokus på at føje år til livet**

Sundhedsvæsenet skal bidrage til længere levetid og bedre overlevelse fra dødelige sygdomme, men det er lige så vigtigt at have fokus på det gode liv og de indsatser, der øger patienternes livskvalitet. Det kan være behandling af kroniske sygdomme, psykiske lidelser og mange andre sygdomme, som ikke er dødelige, men hvor behandling kan reducere smerter, løfte mobiliteten og give højere mental trivsel. Det er ikke kun leveår, men også livskvalitet, der er vigtigt. Princippet gælder også i behandlingen af den enkelte patient – her bør målet ikke kun være at forlænge livet, men også at sikre livskvalitet og værdighed i den sidste tid. Sundhedsvæsenet opgave er ikke kun at føje år til livet, men også liv til årene.



Princip 3 **Prioritering skal understøtte lighed i sundhed**

Vi skal blive bedre til at sikre en retfærdig prioritering på tværs af sygdomsområder og på tværs af sociale skel og geografi, så det ikke er postnummeret eller opvæksten, som er afgørende. Vi skal passe på, at vi ikke udelukkende prioriterer de patientgrupper, der råber højt, men også områder, hvor der ikke er stærke organisationer, som kan tiltrække politisk opmærksomhed og ressourcer. Og vi skal blive ved med at investere i nye behandlinger og teknologier, som kan give patienterne flere gode leveår, men uden at disse investeringer sker på bekostning af f.eks. særligt plejkrævende sygdomsområder, hvor der ikke er så mange nye innovationer.



Princip 4 **Prioriteringsbeslutninger skal være transparente**

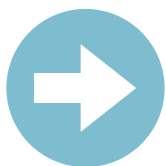
Det skal være mest mulig åbenhed omkring prioriteringsbeslutninger, så det er synligt for patienter, borgere og personale i sundhedsvæsenet, hvilke prioriteringer der foretages og hvorfor. Det indebærer åbenhed om de metoder, faglige vurderinger, principper og værdier, som ligger til grund for prioriteringen. Det indebærer også, at vi er klar til at stå på mål for de beslutninger, vi træffer.

**Princip 5****Faglige vurderinger skal foretages uden politisk indblanding**

Faglige vurderinger og behandlingsvalg angående individuelle patienter skal kunne ske uden politisk indblanding. Det samme skal det faglige arbejde med at klarlægge evidens og det objektive grundlag for beslutninger i sundhedsvæsenet. Og når politikere træffer beslutninger bør der tages udgangspunkt i den faglige viden på området.

**Princip 6****Patienterne skal inddrages i beslutninger om egen behandling**

Patienter kan have forskellige ønsker og forudsætninger, som gør, at én behandlingsmulighed ikke nødvendigvis er den bedste for alle patienter. Sundhedspersonalet skal derfor inddrage patienter og pårørende og træffe beslutninger med udgangspunkt i den enkelte patients ønsker og situation. Det gælder særligt, når behandlinger er forbundet med store bivirkninger og har en tvivlsom effekt.



Anbefalinger

En bedre og mere retfærdig prioritering i sundhedsvæsenet kommer ikke af sig selv. Der er behov for konkrete initiativer og tiltag. Arbejdsgruppen har syv anbefalinger til, hvilken vej man skal gå for at styrke den faglige og politiske prioritering i sundhedsvæsenet.



Politikerne bestemmer hvilke opgaver sundhedsvæsenet skal løse og ikke skal løse

Det er en politisk opgave at bestemme, hvor grænsen for sundhedsvæsenet går. Hvor mange gratis fertilitetsbehandlinger skal man have ret til? Skal gratis hjemmefødsler være en mulighed for alle? Og i hvilket omfang skal det offentlige tilbyde kosmetiske operationer? Der opstår hele tiden nye forventninger til behandlinger og services i sundhedsvæsenet. Nye tilbud er ofte populære, men beslaglægger ressourcer, som kunne være gået til at løfte kvaliteten af eksisterende tilbud og behandlinger. Derfor er det vigtigt, at politikerne også her prioriterer. Det er også et politisk spørgsmål i hvilken udstrækning, det er samfundets og sundhedsvæsenets opgave at påvirke borgernes adfærd i en sundere retning. Forebyggende indsatser, fx afgifter på tobak og alkohol, kan være upopulære, men kan til gengæld forbedre folkesundheden og aflaste sundhedsvæsenet. At opfordre borgerne til mere motion og skabe bedre rammer for en sundere livsstil er andre måder at forebygge sygdom.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At politikerne løbende har en værdimæssig diskussion af, hvilke behandlinger og services det offentlige sundhedsvæsen skal tilbyde set i lyset af ressourcepresset
- At politikerne prioriterer indsatser, der gavner folkesundheden, fx afgifter på tobak, og medvirker til at forebygge sygdom fremfor alene at behandle sygdom



En bedre central prioritering

Folketinget og regeringen træffer beslutninger med betydning for fordelingen af midler mellem behandlingsområder og driften af sundhedsvæsenet. Det sker ikke altid på et oplyst grundlag. Der er behov for mere viden om konsekvenserne af politiske beslutninger truffet fra centralt hold i sundhedsvæsenet. Det gælder også i prioriteringen mellem behandlingsområder, hvor fokus ikke kun skal være på øget overlevelse, men også forebyggelse og på at løfte livskvaliteten for dem, som lever mange år eller hele livet med en sygdom. Sundhedsvæsenet skal ikke kun føje år til livet, men også liv til årene. En bedre central prioritering handler også om at tildele midler på en måde, der ikke skaber unødigt bureaukrati, og som tager hensyn til lokale arbejdsforhold og driften. Øremærkning af midler til særlige indsatser og oprettelse af puljer fra centralt hold kan fx skabe bureaukrati, hvor der skal bruges unødigt tid på skrive og gennemgå ansøgninger, og hvor midlerne er længere tid om at komme ud og hjælpe patienterne.



Arbejdsgruppen anbefaler:

- At der oprettes et nationalt organ, der kan skabe et bedre vidensgrundlag for de politiske prioriteringer i sundhedsvæsenet og bidrage til at se på tværs af behandlingsområder, og på hvor behovet for hjælp er størst i sundhedsvæsenet
- At undersøge hvilken betydning centrale patientrettigheder har for prioriteringen i sundhedsvæsenet
- At der i højere grad gives plads til at lokale beslutningstagere og fagfolk tæt på driften kan bestemme, hvordan ressourcerne bruges bedst muligt



Regionspolitikere skal løbende sikre et servicetjek af resourceallokeringen

Politikerne i regionerne skal tage ansvar for at sikre en retfærdig prioritering af midler på tværs af behandlingsområder, så ressourcerne i højere grad fordeles til de områder, hvor mulighederne og behovet er størst. Prioriteringen skal også afspejle, hvad der er samfundsøkonomisk optimalt. Det kan fx betyde, at genoptræning i højere grad vælges over en operation. Det kan betyde, at nogle behandlingsopgaver skal løses udenfor hospitalet i fx almen praksis og speciallægepraksis, når det er bedre for patienterne. Eller at vi i højere grad prioriterer forebyggelse og tidlige indsatser, som forhindrer, at patienten kommer på sygehuset.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At regionerne laver et servicetjek af den overordnede fordeling af midler mellem behandlingsområder i regionen for at vurdere om der er nogle områder, der er under- eller overprioriteret i forhold til andre
- At regionspolitikere i budgetprocessen har fokus på den overordnede fordeling af ressourcer mellem sygdomsområder, så prioriteringen medvirker til at mindske ulighed i sundhed
- At regionspolitikere prioriterer ressourcerne, så opgaverne løses der, hvor det giver mest værdi for patienterne og løses omkostningseffektivt
- At regionspolitikere prioriterer forebyggelse og tidlige indsatser i samarbejde med kommuner og almen praksis, når det giver mere sundhed for pengene



Mere systematisk prioritering af medicin og behandling

Regionerne oprettede i 2017 Medicinrådet, som laver anbefalinger for anvendelse af ny sygdomsmedicin baseret på systematiske vurderinger af effekt og omkostninger. Anbefalingerne foretages af uafhængige fageksperter inden for politisk bestemte principper og rammer. Der er behov for, at der i højere grad sker en systematisk vurdering af omkostninger og effekt i forbindelse med anvendelse af sundhedsteknologi, behandlingsformer og andre sundhedsindsatser. Det er vigtigt at sikre en balance i prioriteringen, så behandlingsområder præget af omfattende pleje og omsorg ikke nedprioriteres til fordel for områder med mange, dyre teknologiske landvindinger.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At regionerne opretter et behandlingsråd til at evaluere effekt og omkostninger forbundet med sundhedsteknologier, behandlingsformer og bredere sundhedsindsatser
- At Behandlingsrådet også får til opgave at foretage bredere evaluering af klinisk praksis på behandlingsområder – fx at lave anbefalinger, som inddrager effekt og omkostninger, for anvendelse af genoptræning, robotkirurgi eller scanninger på udvalgte behandlingsområder
- At de redskaber, der anvendes til at vurdere medicin, behandlinger og sundhedsteknologier, løbende udvikles i dialog med fageksperter for at sikre en mere systematisk og retfærdig prioritering – det kan f.eks. ske ved at anvende kvalitetsjusterede leveår (QALY) mere end i dag
- At Medicinrådet og det kommende behandlingsråd laver endnu flere behandlingsvejledninger, også med fokus på at revurdere og evaluere medicin og behandling, som allerede anvendes i dag
- At Folketinget fortsat udviser opbakning til de faglige anbefalinger, som Medicinrådet udarbejder - og også vil udvise samme opbakning til det kommende Behandlingsråds faglige anbefalinger



Større fokus på at reducere overbehandling

Manglende evidens er ifølge internationale undersøgelser og lægevidenskabelige selskaber årsag til, at der er aktiviteter i sundhedsvæsenet, som er uden betydning for kvaliteten af behandlingen eller i værste fald er skadelige for patienterne. Der er behov for initiativer, som gør, at vi på grundlag af evidens kan fjerne overflødig behandling og diagnostik. Det skal vi gøre til gavn for den enkelte patient og for sundhedsvæsenets økonomi.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At der støttes op om initiativer som på grundlag af evidens fjerner diagnostik og behandling, som er overflødig eller direkte skadelig for patienterne



Det personlige ansvar skal styrkes

Det er rimeligt at stille forventninger til borgerne – også i sundhedsvæsenet. Borgere og patienter udebliver hver dag fra screeninger og aftaler på sygehuset og hos praktiserende læge. Det sker på bekostning af andre patienter, som kunne have fået en aftale før, og det er spild af sundhedsvæsenets ressourcer. På samme vis er det rimeligt at forvente, at patienten gør sit til, at resultatet af en operation eller behandling bliver vellykket. Det er vores fælles sundhedsvæsen, og derfor har vi alle et personligt ansvar for at få det til at fungere.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At der stilles flere krav til patienterne, når det er nødvendigt for en vellykket behandling – eksempelvis krav om ændringer i livsstil forud for operationer
- At der tages hånd om de patienter, som har svært ved at tage ansvar for egen behandling
- At der sættes mere fokus på at reducere udeblivelser, herunder ved at indføre mulighed for onlinebooking, så patienter selv kan aflyse og ombooke tider hos ambulatorier, egen læge og i andre sundhedstilbud



Inddrag og lyt til patienter og pårørende

Mennesker er forskellige, og den samme behandling er derfor ikke nødvendigvis den rigtige for alle. Patienter skal derfor inddrages og have information om deres sygdom og behandlingsmuligheder. Behandling gavner ikke kun, de har også bivirkninger og negative konsekvenser. Derfor fravælger patienter oftere omfattende behandling, når de er informeret om konsekvenser og risici ved forskellige behandlingsvalg. For nogle er det rigtige at fortsætte behandlingen og kampen mod sygdommen. For andre er et nej til livsforlængende behandling en mere værdig afslutning på livet – og det er vigtigt, at vi også giver plads til det valg. Etisk er vi som sundhedsvæsen forpligtede til både at oplyse og lytte til det enkelte menneske, så vi undgår at give behandling, som i virkeligheden går imod den enkeltes ønsker.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At der ledelsesmæssigt sættes fokus på, at personalet skal have tid til at tale med patienter og pårørende om behandlingsvalg – og fravalg
- At der udbredes redskaber, som kan understøtte dialogen mellem læge og patient om, hvad der er det rigtige behandlingsvalg
- At patienter i højere grad kender til muligheden for at fravælge livsforlængende behandling og i stedet få palliation som en af flere måder at få en værdig afslutning på livet
- At kendskabet til behandlingstestamente udbredes, så færre patienter får livsforlængende behandling mod deres ønske



Bedre rammer for fagligt skøn

Sundhedspersonalet efterspørger bedre redskaber og vejledning i den lokale prioritering. Der er behov for større tydelighed om, hvilke hensyn og principper de kan lægge til grund for deres beslutninger og for bedre redskaber til at inddrage patienter og pårørende. Og der skal politisk og ledelsesmæssigt bakkes op om personalets faglige skøn. Det skal man bl.a. for at reducere ”defensiv medicin”, hvor læger indlægger, behandler og diagnosticerer i overdreven omfang for at helgardere sig mod muligheden for klager og påtaler. Det er en dårlig anvendelse af sundhedsvæsenets ressourcer, som ikke er til gavn for patienterne, og det sker fordi sundhedspersonalet kan føle, at der er mistillid til deres arbejde og intentioner.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At politikere, ledere og instanser i sundhedsvæsenet bakker op om personalets faglige skøn for at reducere defensiv medicin og give plads til behandling tilpasset den enkelte patients behov
- At regionerne går i dialog med personale og patienter i sundhedsvæsenet om, hvordan principper for prioritering kan oversættes til konkrete råd og retningslinjer, som kan vejlede den lokale prioritering (rationering)



Prioriteringens dilemmaer

Principper og anbefalinger løser ikke alt. Der vil altid være dilemmaer. Hvad er vigtigst, lighed i sundhed eller mest sundhed for pengene? Og hvornår er der tale om overbehandling? Det er vigtige diskussioner, som vi skal turde tage – politikere, befolkning og fagfolk imellem. Arbejdsgruppen opfordrer til en åben og fordomsfri diskussion om prioritering med udgangspunkt i nedenstående dilemmaer.



Dilemma: Skal vi screene alle raske på bekostning af de syge?

I Danmark har vi igangsat en række screeningsprogrammer for forskellige typer af kræft. Formålet er at mindske dødeligheden ved at opspore sygdommen og begynde behandlingen tidligere. Nyere forskning har imidlertid sat spørgsmålstegn ved, om en række af disse programmer gavner og har medvirket til faldet i dødeligheden på kræftområdet. Men programmerne har givet anledning til, at væsentligt flere behandles. Det betyder, at der er patienter, som gennemgår behandlinger med store bivirkninger, som måske aldrig ville have bemærket sygdommen, og som derfor kunne have haft en bedre livskvalitet, hvis der ikke havde været screening. Samtidigt er screeningsprogrammerne forbundet med store omkostninger for det danske sundhedsvæsen, som kunne bruges andre steder i sundhedsvæsenet.

Skal vi fastholde screeningsprogrammer, som redder nogle få, men som trækker store ressourcer fra de mange?



Dilemma: Hvornår er der tale om overbehandling?

Man taler meget om at reducere overbehandling og spild, men når der skal peges på konkrete initiativer, bliver det ofte svært. Er det f.eks. overbehandling, når vi som følge af screening behandler patienter, som måske kunne have undværet behandling? Eller når vi fortsætter behandlingen af en døende kræftpatient med et lægemiddel, som egentligt er udviklet til at kurere sygdommen? Og kan vi uden videre fjerne disse behandlinger?

Vi ved, at mange patienter behandles med statiner som forebyggende middel mod hjerte-kar-sygdomme, selvom de reelt ikke har brug for det. Behandlingen, som består af piller, der tages dagligt, er relativt billig og uden store bivirkninger. Et nyligt ph.d.-projekt fra Københavns Universitet viser imidlertid, at mange af patienterne er mere trygge ved at fortsætte behandlingen med statiner, også når de får at vide, at de reelt sagtens kan undvære dem.

Skal vi tilbyde behandling med statiner til patienter, som er mere trygge ved at fortsætte behandlingen, selvom de ikke har brug for det?



Dilemma: Skal vi investere mere i kræftområdet, hvis det sker på bekostning af andre sygdomsområder?

I Danmark har vi i de senere år investeret massivt i behandlingen med i alt 5 kræftplaner. Det har styrket behandlingen og nedbragt dødeligheden, men også krævet mange ressourcer. Og det har medført, at andre dele af sundhedsvæsenet har måttet holde for. Det Ethiske Råd udtaler således, at der i dag sker en uretfærdig prioritering, idet prioriteringen af store sygdomsområder som f.eks. kræft medfører en indirekte nedprioritering af andre mindre promoverede sygdomsområder, som f.eks. lungesygdomme og psykiatri.

Skal vi blive ved med at investere i kræftområdet, hvis det sker på bekostning af andre, mindre promoverede sygdomsområder, som for eksempel lungesygdomme?

Nye lægemidler har revolutioneret behandlingen af en række alvorlige sygdomme, bl.a. kræft. Der er en stor efterspørgsel blandt læger, patienter og pårørende om at få adgang til de nyeste behandlinger – nogle gange også selvom patienterne er i den terminale fase og behandlingerne er forbundet med store bivirkninger.

En patient er i behandling med et dyrt kræftlægemiddel. Nu fortæller lægen ham, at der ikke er mere at gøre. Der er ikke andre behandlingsmuligheder, og behandlingen vil i bedste fald forlænge patientens liv med nogle få uger. Behandlingen koster 500.000 for et 24-ugers forløb. Patienten og dennes pårørende har et brændende ønske om at fortsætte behandlingen. Skal lægen tilbyde patienten denne behandling, eller en palliativ behandling i stedet?



Dilemma: Skal prioritering altid understøtte mere lighed i sundhed?

Princippet om at understøtte lighed i sundhed tilsiger, at prioriteringen ikke kun skal sikre mest sundhed for pengene, men også en fair fordeling af sundheden.

Sat på spidsen kan det tolkes således, at en 20-årig har større krav på at få forlænget sin levetid end en 50-årig, fordi den 20-årige samlet set har haft færre leveår.

Bør alder indirekte kunne få betydning for prioriteringer? Og skal man i så fald kunne afsætte flere penge til fx børneafdelinger med henvisning til, at patienterne her samlet set har haft færre raske leveår?

Princippet kan også tolkes således, at grupper eller personer med et meget dårligt helbred skal prioriteres, selvom helbredsgevinsten er betydeligt mindre, end hvis ressourcerne blev anvendt på mere ressourcestærke borgere. Det kan fx være, at man afsætter flere penge til sundhedsindsatser for socialt udsatte end ressourcestærke personer, selvom sandsynligheden for en helbredsgevinst er betydeligt mindre – fordi socialt udsatte er dårligere til at tage deres medicin og følge anvisninger fra sundhedspersonalet.

Er det rimeligt, at man prioriterer grupper, hvor sandsynligheden for en sundhedsgevinst er mindre, fordi det kan skabe større lighed i sundhed?



Dilemma: Hvornår skal der være armslængde?

Hvor går grænsen mellem faglige og politiske beslutninger? Politiske prioriteringer kan også baseres på hensyn af social eller geografisk karakter, som ikke nødvendigvis indgår i de vurderinger og anbefalinger, som gives fra økonomer og fagfolk. Et eksempel på en sådan prioritering er indførelsen af forsøgsordningen om medicinsk cannabis, hvor Folketinget udenom den sædvanlige ansøgningsprocedure til Lægemiddelstyrelsen og Medicinrådet, har besluttet at indføre medicinsk cannabis som smertebehandling til bl.a. kræftpatienter.

Hvornår er det i orden, at politikerne foretager prioriteringer, som går imod de faglige anbefalinger?



Dilemma: Behandlings- og udredningsrettens bagside – et mindre fagligt beslutningsrum

I dag er det lovbestemt, at alle har ret til udredning og behandling inden for 30 dage. For borgerne er det positivt at have en garanti for hurtig adgang til behandling og udredning i sundhedsvæsenet uanset deres individuelle behov.

Med behandlingsgarantien er der dog også tale om en politisk prioritering med konsekvenser for den faglige opgaveløsning, som ofte overses. Behandlings- og udredningsgarantien indskrænker på flere måder det faglige rum til at vurdere, hvordan ressourcerne bedst gavner patienterne på den enkelte sygehusafdeling.

Fokus rettes mod at ingen må vente mere end 30 dage, fremfor at foretage en faglig vurdering af den individuelle patients behov og sørge for, at dem med de mest alvorlige og påtrængende behov kommer først i køen.

For det andet har det personalemæssige konsekvenser. Kun læger må foretage udredning og lægge behandlingsplaner. Derfor vil hospitalsafdelinger blive nødt til at prioritere at ansætte flere læger til overholdelse af garantien – ikke af faglige grunde, men af hensyn til de økonomiske konsekvenser, som er forbundet til ikke at overholde garantien. Det betyder fx, at der bliver færre ressourcer til at ansætte sygeplejersker, som kan aflaste lægerne i hverdagen og løfte omsorgs- og plejeopgaver.

Desuden skal sundhedspersonalet bruge tid på at registrere og dokumentere at udrednings- og behandlingsgarantier bliver overholdt, hvilket også må ses som en negativ bagside.

Skal behandlings- og udredningsretten fastholdes, som den ser ud i dag? Eller er der behov for et større rum til at ledere og sundhedspersonale i højere grad kan tilrettelægge opgaveløsningen lokalt og prioritere patienter ud fra en faglig vurdering?

Baggrund for den politiske arbejdsgruppe om prioritering

For at sætte prioritering på dagsordenen nedsatte Danske Regioners bestyrelse i 2018 en politisk arbejdsgruppe om prioritering.

Følgende regionalpolitikere blev udpeget til arbejdsgruppen:

Lone Sondrup, formand (V), Region Nordjylland
Finn Thranum (V), Region Midtjylland
Kristian Nørgaard (V), Region Syddanmark
Christoffer Buster Reinhardt (C), Region Hovedstaden
Finn Rudaizky (O), Region Hovedstaden
Leila Linden (A), Region Hovedstaden
Susanne Buch Nielsen (F), Region Midtjylland
Jens Gredal (A), Region Sjælland
Lis Mancini (A), Region Nordjylland

Arbejdsgruppen har været i dialog med patienter, hospitalspræster, forskere, sundhedsøkonomer, læger, etikere og patient- og fagorganisationer om prioritering i sundhedsvæsenet. Disse takkes alle for deres bidrag til nærværende udgivelse.

