

1.1 Prioritering og etikk

Med de utfordringene vi står overfor i årene som kommer, må vi ha en løpende debatt internt, med våre samarbeidspartnere, ansatte og brukere om prioritering av våre ressurser. Vi må bidra i en nasjonal debatt om hva spesialisthelsetjenesten skal ha ansvar for, hva kommunehelsetjenesten skal ha ansvar for og ikke minst hva som ikke bør være et offentlig ansvar. Spesialisthelsetjenesten må bidra til at de nasjonale prioriteringsveilederne følges, og både innad i egen avdeling og i samarbeid med korresponderende avdelinger i andre deler av foretaket må man sørge for en ensartet vurdering av indikasjon og behandling av de samme pasientgruppene.

Gjennom opplysningsarbeid må vi i samarbeid med kommunehelsetjenesten bremse bruken av avansert bildediagnostikk i forsøket på å bekrefte at man er frisk, i motsetning til målrettet og adekvat diagnostikk for å avdekke sykdom.

Med det integrerte universitetssykehuset og nærheten til det teknologiske miljøet på NTNU, må St. Olavs hospital bidra til at bruken av kostnadskrevenne behandlingsutstyr og –metoder ikke drives fram av kommersielle interesser alene, men som et resultat av veldokumenterte studier.

Med begrensede rammer og sterke ønsker om å si ja til mye, må vi være i stand til å avklare hva vi ikke skal gjøre.

Et viktig element i en slik prioriteringsdebatt er også hvordan etiske vurderinger bør tas inn i diskusjonen.

En ledetråd i prioriteringsarbeidet er vedtatt Melding om prioritering (Meld. St. 34 (2015–2016):

Hovedkriterier for prioritering:

Tiltak i helsetjenesten skal vurderes ut fra tre prioriteringskriterier – nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet. Nyttekriteriet og alvorlighetskriteriet gis en beskrivelse til bruk på klinisk nivå og en kvantitativ form til bruk i metodevurderinger på gruppenivå.

Kriteriene til bruk på klinisk nivå:

Nyttekriteriet: Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at helsehjelpen kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for:

- Overlevelse eller redusert funksjonstap.
- Fysisk eller psykisk funksjonsforbedring.
- Reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag.

Ressurskriteriet: Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på.

Alvorlighetskriteriet: Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra:

- Risiko for død eller funksjonstap.
- Graden av fysisk og psykisk funksjonstap.
- Smerter, fysisk eller psykisk ubehag.

Både nå-situasjonen, varighet og tap av framtidige leveår har betydning for graden av alvorlighet. Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med helsehjelp.

Klinisk etikk-komite (KEK) ved St. Olavs hospital arbeider med problemstillinger knyttet til etikk, verdier og prioritering. KEK vil være sentral i videre arbeid med hvordan vi ved sykehuset kan arbeide videre med de vanskelige spørsmål som er beskrevet her.

Med begrensede ressurser, må det legges vekt på tverrfaglige diskusjoner og tidlig dialog med pasient og pårørende, når man vurderer å avslutte livsforlengende behandling ved sviktende organsystemer og dårlig prognose.

Før man utfører store og risikable kirurgiske inngrep, må man forvise seg om at pasienten har et realistisk forhold til risikoen. I tillegg må pasienten være godt informert om forventet forløp uten operasjon, og hvilken lindrende behandling man da kan tilby.