

[Sundhedsministeren]

bør stå klart for alle, at i et årti med begrænsede økonomiske ressourcer og samtidig krav om milliardinvesteringer, i første række bl.a. til miljøbeskyttelse, er det mere end nogen sinde et krav, at væksten i den offentlige sektor styres målrettet.

Hvad er nu prioritering? For hvis ordet misforstås, afspores også debatten, hvad der beklageligvis fra forskellig side synes at være tendens til, måske også en vis vilje til, i særdeleshed når debatten gælder prioritering i og af sundhedssektoren.

Visse politikere synes, med eller mod bedre vidende, at tro, at prioritering er lig med besparelser, er lig med nedskæringer, en opfattelse, de tilsyneladende ikke er ene om, hvad den senere tids debat jo synes at bekræfte.

Lad mig slå fast: Prioritering er ikke nedskæringer; men ordet betyder slet og ret, at man opstiller en rækkefølge for, i hvilket omfang og over hvilken tidshorisont man ønsker opgaverne løst. En sådan prioritering har naturligvis altid fundet sted inden for alle samfundssektorer.

Ikke mindst inden for sundhedssektoren oplever vi imidlertid i disse år en sådan vækst af behandlingsmuligheder affødt af den avancerede teknologi, at vi som ansvarlige politikere i endnu højere grad skal tage stilling – og det er stilling såvel økonomisk som etisk – til, hvor hurtigt vi kan og hvor hurtigt vi bør acceptere enhver behandlingsmulighed.

Det er en prioritering i sundhedssektoren, hvor først og fremmest lægerne må tage et medansvar, ikke mindst vedrørende den del af prioriteringen, der går på, om en hvilken som helst behandling uanset omfanget af dens nytteværdi til enhver tid bør iværksættes.

Tilsvarende må lægerne – som udtrykt af overlæge Per Buch Andreassen i bogen »Rapport om medicinsk teknologivurdering« fra 1980 – »ikke alene vurdere en given behandling ud fra lægelige aspekter, men også, om man vil ofre nødvendige midler på at opbygge den nødvendige høje faglige ekspertise og teknologi. I den forbindelse må spørgsmålet, om det er økonomisk forsvarligt i et samfund med knappe ressourcer, medtages i vurderingen«.

Som et eksempel herpå kan beskrives indførelsen af dialysebehandling til patienter med kronisk nyresvigt. Dialysebehandlingen blev gennem forskningen og den teknologiske udvikling mulig gjort i løbet af 1960'erne. I begyn-

delsen var behandlingen både teknisk kompliceret og så ny, at kun et mindre antal læger og sygeplejersker beherskede teknikken. Det var derfor kun et begrænset antal patienter, der på enkelte afdelinger kunne tilbydes behandlingen, og i de første år var det således meget få patienter med kronisk nyresvigt, der kunne hjælpes ad denne vej. Man var derfor samtidig med behandlingens gradvise indførelse nødt til at fastlægge visse minimumskriterier, der skulle være opfyldt, før det kunne komme på tale at behandle en given patient. I de første mange år hørte det således til undtagelserne, at patienter over 50 år blev sat i behandling, ligesom man på forhånd måtte afstå fra at sætte patienter med f.eks. samtidig hjertesygdom, sukkersyge el.lign. i dialyse.

Dette har jo, som alle her ved, langsomt ændret sig i de forløbne 25 år. Kronisk dialysebehandling og den dertil knyttede bestræbelse for at foretage nyretransplantation som endelig behandling kan nu tilbydes alle patienter, som har udsigt til at opnå helbredelse med nyretransplantation og/eller opnå en forbedret livskvalitet.

Omtrent samtidig med indførelsen af dialysebehandlingen udvikledes de første totale hofteledsproteser, som i dag er en ganske almindeligt tilgængelig behandling for ældre patienter med slidigt i hofterne. I begyndelsen måtte man imidlertid også her prioritere således, at behandlingen kun kunne tilbydes få patienter, der behandlede på specialafdelinger. Men efterhånden som ledproteserne udvikledes og operationsteknikken forbedredes, kunne behandlingen tilbydes alle kategorier af patienter, idet den eneste forudsætning nu vil være, at patienten kan tåle det kirurgiske indgreb.

Disse to eksempler illustrerer på udmærket vis den prioritering, der dagligt finder sted i sundhedsvæsenet, hvor den lægevidenskabelige forskning og den biomedicinske teknologi til stadighed åbner mulighed for nye eller forbedrede behandlingsmetoder. Det er i denne forbindelse væsentligt, at prioriteringen er en absolut forudsætning for at opnå gode resultater hos den del af patienterne, der tilbydes en given behandling.

For det første er nye behandlingsmetoder ofte så teknisk krævende, at det forudsætter en særlig kunnen, videnskabelig eller teknisk, hos behandlerne, og det vil tage en vis tid at få ud-