

Evaluering av nye intervensjoner – helsetjenesteperspektiv eller samfunnsperspektiv?

Michael 2025; 22: 38–42

doi: 10.5617/michael.12111

Evaluering av ulike tiltak i helsesektoren har til nå i hovedsak brukt et utvidet helsetjenesteperspektiv. Det betyr at man legger vekt på de endringene man oppnår i helsetilstanden for pasienten («gode leveår»), og kostnader i helsesektoren og noen andre kategorier (blant annet reisekostnader for pasienten). Man benytter ikke et fullt samfunnsperspektiv der man også tar med endringer i utgifter knyttet til arbeid, sykefravær, uførhet eller konsekvenser i byrden for pårørende. Bør man i større grad bruke et samfunnsperspektiv når man vurderer å innføre ulike tiltak i helsesektoren?

Spørsmålet er viktig fordi svaret vil påvirke om man sier ja eller nei til ulike legemidler, medisinske produkter og andre intervensjoner. Når man for eksempel skal vurdere legemidler mot migrene, multippel sklerose og en rekke andre sykdommer, hevdes det at samfunnet også burde ta med at det er nyttig for samfunnet at man kan redusere uførhet og sykmeldinger, ikke bare nytten i form av forbedret helse og overlevelse. Andre vil hevde at det er etiske og praktiske problemer knyttet til samfunnsperspektivet som gjør at samfunnsnyttene ikke bør brukes for helsesektoren. Med denne uenigheten i bakgrunnen oppnevnte Helse- og omsorgsdepartementet et ekspertutvalg med mandat til å vurdere ulike etiske og praktiske konsekvenser av å bruke et helsetjenesteperspektiv eller et samfunnsperspektiv ved prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten (1).

Er svaret innlysende?

I noen sammenhenger kan det virke opplagt at nytten av en intervensjon bør regnes bredere enn den rene helsegevinsten. For eksempel vil behandling av rusmisbruk delvis motiveres av konsekvenser for samfunnet: redusert kriminalitet, evne til å komme i arbeid og lignende. Samtidig oppstår det

også mulig uheldige konsekvenser dersom man bruker et samfunnsperspektiv. Et vanlig argument er at det bryter med prinsippet om likebehandling. Dersom man eksempelvis legger vekt på produksjonsgevinster, vil intervensjoner for grupper med slike gevinster komme bedre ut enn intervensjoner for grupper uten slike gevinster.

Ekspertgruppen startet med å nyansere denne oppfatningen av samfunnsperspektivet. Det handler ikke bare om produksjonsgevinster, men også om mange andre elementer, som konsekvenser for pårørende og andre sektorer enn helse (f.eks. miljø). Videre er det ikke slik at produksjonsendringer kun avgrenses til lønnet arbeid. I stedet ønsker man å bruke et mer generelt begrep der helse er viktig for samfunnsdeltagelse. Dette inkluderer pensjonister og andre som ikke er i lønnet arbeid.

Denne bredere definisjonen nyanserer oppfatningen om samfunnsperspektivet, men det eliminerer ikke den etiske friksjonen. I noen tilfeller vil samfunnsperspektivet prioritere visse intervensjoner høyere enn andre, og dette skaper ulikheter. Det betyr ikke at helsetjenesteperspektivet vinner den etiske tvekampen på walkover. Nyanseringen av hva man mener med et samfunnsperspektiv, er viktig for å unngå de mest tabloide argumentene, men det gjenstår fremdeles en etisk vurdering av perspektivene.

Etikk og perspektiv

Både helsetjeneste- og samfunnsperspektivet kan begrunnes etisk. Det er dermed ikke slik at man her har en konflikt mellom effektivitet og etikk, der det ene perspektivet er mer etisk høyverdig enn det andre. Et bedre utgangspunkt er at man har en konflikt mellom ulike etiske hensyn, som alle har gode begrunnelser.

Konsekvensetikken tilsier at når man skal velge mellom ulike alternativer, bør man velge det alternativet som samlet sett gir best resultat, etter at man har vurdert og vektet alle konsekvensene. Det betyr at man ikke bare ser på konsekvensene for én sektor (helsetjenesten) og langs én dimensjon (helse). Et etisk forsvar for denne tilnærmingen er at man da skaper en situasjon der så mange som mulig får det så bra som mulig.

Pliktetikken legger vekt på prinsippet om at ingen skal behandles ulikt etter moralsk irrelevante faktorer (i.e. likebehandlingsprinsippet). Dette prinsippet står sterkt i helsetjenesten. I Stortingsmelding 38 (2020–2021) om prioritering vektlegges likebehandling «uavhengig av kjønn, religion, sosioøkonomisk status, funksjonsnivå, sivilstand, bosted og etnisk tilhørighet» (2). Å gi en gruppe høyere prioritet fordi de kan komme tilbake til arbeid, vil for mange bryte med prinsippet om likebehandling.

Når konsekvensetikken og pliktetikken kommer i konflikt, kan man velge den ekstreme løsningen at man legger all vekt på det ene hensynet, for eksempel at man aldri vil tillate selv små avvik fra likebehandling, uansett hvor stor gevinsten er for resten av samfunnet. I stedet for løsningen på ytterkantene, mener utvalget at man bør ha en avveining mellom alle de ulike etiske hensynene. Derfor åpner man for en anbefaling der beslutningstagerne får informasjon om noen av samfunnskonskvensene – og at disse kan vektlegges når man skal prioritere mellom ulike tiltak.

Et ekspertutvalg kan gi oversikt over etiske argumenter, men til sist er det ingen vitenskapelige svar på denne type spørsmål. Også i utvalget var det delte meninger om ulike etiske hensyn og avveiningen mellom disse, spesielt om man burde ta med produksjonsendringer i vurderingene. Men det var enighet om hovedanbefalingen der man åpnet for en sekundæranalyse med et bredere samfunnsperspektiv enn dagens utvidede helsetjenesteperspektiv.

Ikke bare etikk, takk

Man kunne valgt et samfunnsperspektiv som det eneste perspektivet, men utvalget peker på flere praktiske problemer ved dette. For det første må man ta hensyn til at perspektivet også kan påvirke prisene på legemidler og andre medisinske produkter. Hvis man innfører et system der man bruker et samfunnsperspektiv, vil det gjøre at noen av produsentene kan kreve høyere priser, fordi nytten av legemiddelet er større. I praksis blir da noe av samfunnsgevinsten ved et bredt perspektiv spist opp av høyere priser. Et annet praktisk problem er at ulike samfunnskonskvenser i noen tilfeller er svært usikre. Vi vet lite om hvor stor verdi vi skal sette på at pårørende får færre belastninger, eller verdien av samfunnsdeltagelse generelt. Det betyr ikke at det alltid er umulig eller at ideen om samfunnsperspektiv bør forkastes. Konklusjonen er heller at det er nødvendig med metodeutvikling for å kunne måle flere viktige samfunnskonskvenser.

Ulike nivå, ulik vektlegging?

Beslutninger i helse- og omsorgstjenesten avhenger av hvilket nivå man opererer på. Ekspertgruppen mener at de samme grunnleggende prioriteringskriteriene skal vektlegges på alle nivåer, men mener også at det er viktige praktiske og etiske problemer som gjør at vektleggingen blir ulik. Man kan ikke forvente at alle ansatte i helsetjenesten har tilstrekkelig informasjon til å ta hensyn til alle samfunnskonskvenser på individnivå. Det vil også være gode etiske grunner til at man i slike enkeltmøter vektlegger forholdet til enkeltpersoner, og legger mindre vekt på samfunnskonskven-

ser. På den måten bevarer man den tilliten som er nødvendig for at forholdet skal fungere.

På kommunalt nivå vil det også ofte være mangel på informasjon. Konklusjonen er ikke at man da skal unngå samfunnsperspektivet, men at man trenger bedre beslutningsstøtte. I tillegg har man et insentivproblem i den forstand at kommunene selv ikke nødvendigvis får hele gevinsten av å bruke et samfunnsperspektiv. I en presset økonomisk situasjon er det derfor vanskelig å benytte et helhetlig perspektiv. Det samme gjelder også for spesialisthelsetjenesten. For eksempel vil spesialisthelsetjenesten tjene på å sende pasienter tilbake til kommunen så raskt som mulig, mens kommunene kan tjene på å velte noen utgifter over på staten eller spesialisthelsetjenesten i eldreomsorgen. En synliggjøring av samfunnskonskvensene i analysene vil motvirke dette, men det vil ikke løse problemet.

For beslutninger på et nasjonalt nivå er det lettere å bruke et samfunnsperspektiv. Dette gjelder ikke bare innføring av legemidler, men også enkelte nasjonale folkehelseiltak. I vurderingen av nasjonale beslutninger, for eksempel ulike vaksiner, har man ofte brukt et samfunnsperspektiv. Ekspertutvalget har ikke tatt opp dette fordi folkehelseiltak skulle drøftes i et annet utvalg, og var derfor eksplisitt unntatt fra utvalgets mandat.

En stegvis konklusjon

Til sammen mener utvalget at de etiske hensynene og praktiske argumentene gjør at man bør åpne for å ta med noen av samfunnskonskvensene, når man kan dokumentere at de er relevante. Samtidig mener utvalget at det er etiske og praktiske argumenter som gjør at man bør starte med en analyse, ut fra et rent helsetjenesteperspektiv. Dette kalles primæranalysen og fokuserer på endringer i ressursbruken i helsesektoren sammenlignet med endringene i helsen for de som behandles (ofte målt i antall gode leveår). I mange tilfeller vil dette trolig være nok til å avgjøre om et tiltak bør innføres. Det kan være fordi det ikke har betydelige konsekvenser for andre sektorer, eller fordi videre analyser er overflødige når primæranalysen viser et klart resultat. I noen tilfeller vil det imidlertid være samfunnskonskvenser som er store og sikre nok, til at de bør vurderes. I disse tilfellene mener utvalget at primæranalysen med helsetjenesteperspektivet bør suppleres med en sekundæranalyse som beskriver konsekvenser i samfunnsperspektivet. På den måten kan beslutningstager få informasjon som gjør at de kan ta hensyn til disse konsekvensene. Dette skaper et litt mer fleksibelt system der man i mange tilfeller gjør de samme analysene som i dag, men samtidig åpner for å ta med samfunnskonskvensene når dette er relevant, uten at gevinsten skal viskes ut av prisøkninger.

Litteratur

1. *Perspektiv og prioriteringer: Rapport fra ekspertgruppen perspektiv i prioriteringer nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2024. <https://www.regjeringen.no/contentassets/38d8db98a53f4302b1a762e3a4671d64/no/pdfs/perspektiv.pdf> (18.12.2024)
2. Meld. St. 38 (2020–2021). *Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2021.

*Hans Olav Melberg
hans.o.melberg@uit.no
UiT Norges arktiske universitet
Postboks 6050 Stakkevollan
9037 Tromsø*

Hans Olav Melberg er samfunnsøkonom og professor i helseøkonomi ved UiT Norges arktiske universitet. Han var leder for ekspertgruppen perspektiv i prioriteringer.