

Om prioriteringer i helsevesenet og kannibalisme

Når døden såvel hos den drepte som de øvrige etter all menneskelig sannsynlighet ville inntre i løpet av noen få timer, om drapet ikke ble foretatt, må den forvoldte skade - noen timers forkortelse av en enkelts døds Kamp - visse fremstille seg som ubetydelig i sammenligning med det oppnådde gode: alle de øvrige frelse. (Motiver til straffeloven 1902)

Vanskelige prioriteringsvalg

Skipsmannskapet har etter forliset reddet seg i livbåten, men har sluppet opp for mat og vann og redder seg ved å avlive og fortære en av mannskapet. Dersom utvelgelsen er saklig begrunnet, vil ingen kunne straffes. Dette kommer frem av motivene til straffeloven av 1902, jfr. sitatet ovenfor.

Jeg har nettopp lest stortingsmelding 38 (2020–2021) «Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten», og minnes professor Johs. Andenæs sin glimrende lærebok i alminnelig strafferett hvor han beskriver vanskelige prioriteringsvalg sett med juridiske øyne. Han skriver at når det kommer til menneskeliv, kan en ikke bare bygge på en kvantitativ betraktning. Et drap betyr kvalitativt sett noe annet og mer enn at et menneske mister livet på en annen måte. En viss mulighet for redning vil det også praktisk talt alltid være. Ingen vet når det reddende skip dukker opp. Og hvem skal avgjøre hvem som skal ofres? Andenæs skriver at dersom det må tas vanskelige valg må det kreves et rettfærdig utvelgelsesprinsipp, for eksempel loddtrekning. «En kan ikke gi den sterkeste noen rett til å redde seg på den svakeres bekostning.»

I en ideell verden burde det ikke være nødvendig å prioritere innen helsevesenet. Alle

pasienter burde derfor uavhengig av alder behandles optimalt og individuelt, særlig i et velstående land som Norge.

Slik likebehandling er imidlertid ikke mulig. Det vil aldri være et ubegrenset antall kompetente hender eller ubegrensede økonomiske midler og vanskelige dilemmaer vil dermed alltid oppstå. «Gapet» er dessuten økende grunnet demografiske endringer og den stadige utviklingen innen teknologi og medisin. Helsevesenet tvinges derved til å prioritere eller rangere hvilke pasienter eller tilfeller som skal behandles og i hvilken rekkefølge. Loddtrekning er ikke en aktuell løsning.

Spørsmålet blir da hvordan begrensede helseressurser skal fordeles og disponeres på en rettfærdig måte. Hvordan bruke ressursene der de gjør mest nytte og til de som trenger hjelp mest?

To typer prioriteringer

Det skilles mellom to typer situasjoner hvor det prioriteres i helse- og omsorgstjenesten. Den første situasjonen dreier seg om å ordne køen: Alle får, men noen må vente. Den andre situasjonen handler om at noen får, mens andre ikke får. Dette kan både handle om begrensninger i kapasiteten i tjenestene eller at tiltaket ikke prioriteres fordi kostnaden ikke står i forhold til helsegevinsten. Å prioritere innebærer med andre ord å sette noe foran noe annet eller å velge bort noe som ikke har ønsket effekt.

Regjeringen har valgt å legge kriteriene – nytte, ressurs og alvorlighet – til grunn for prioritering i helse- og omsorgstjenesten og har i disse dager laget en veileder som er på høring.

Nytte-kriteriet

Med nyttekriteriet menes at et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av til-



PRIORITERER. Det er ikke alle som får hjelp i helse- og omsorgstjenesten.

taket. Nytten måles i forhold til livslengde og livskvalitet. Tiltakene vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at tiltaket kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet. Dette gjennom å gi økt sannsynlighet for overlevelse, forbedring eller redusert tap av mestring og/eller fysisk eller psykisk funksjon eller 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 tap av mestring og/eller fysisk eller psykisk funksjon, eller risiko for 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.

Skal vurderes og veies

Prioriteringskriteriene skal vurderes samlet og veies mot hverandre. Desto mer alvorlig en tilstand er eller jo større nytte et tiltak har, jo høyere ressursbruk kan aksepteres. Lav alvorlighet og begrenset nytte av et tiltak kan bare forsvares hvis ressursbruken er lav.

Alder har alltid hatt en viss betydning når helsepersonell vurderer pasienter, og dette skjer mer eller mindre bevisst. Ved å benytte



ERIK RÅD HERLOFSEN

Advokat med arbeidsrett som sitt spesialfelt. Var medlem av Statens seniorråd fra 2004–2017. Partner i advokatfirmaet Helmr AS.

begrep som livslengde og leveår kan det anføres at regjeringen legger opp til å diskriminere eldre pasienter. På den annen side kan det argumenteres med at diskrimineringsgrunnlaget alder er annerledes enn andre diskrimineringsgrunnlag, som for eksempel kjønn eller hudfarge, ved at alder endrer seg gjennom livet. Det innebærer at eldre, som eventuelt gis lavere prioritet, tidligere i livet vil ha hatt høyere prioritet og at det derfor bare er rett og rimelig at man etter å ha levd et langt liv må akseptere å bli nedprioritert i helse- og omsorgstjenesten. Problemet med en slik tankegang er imidlertid at det gir et alvorlig signal om at eldre mennesker er mindre verdt enn yngre. Det skapes på den måten grobunn for en uheldig konflikt mellom generasjonene.

Tilbake til den juridiske verden

Regjeringen foreslår at de tre overordnede prioriteringskriteriene skal gjelde for kommunale helse- og omsorgstjenester, offentlig finansierte tannhelsetjenester og spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at alder indirekte blir et utvelgeskriterium. Spørsmålet blir derved om dette er etisk og juridisk forsvarlig, sett opp mot blant annet Grunnloven paragraf 98 hvor det kommer frem at alle er like for loven og at intet menneske må utsettes for usaklig eller uforholdsmessig forskjellsbehandling.

For å illustrere kompleksiteten i problemstillingen går jeg tilbake til strafferettens verden. I forbindelse med fødsler kan det iblant oppstå en situasjon hvor legene har valget mellom å redde morens liv eller barnets, eller – hvis en ikke foretar noe inngrep – å la dem begge dø. Ved fare for morens liv er det i dag gjeldende rett at morens liv går foran, selv om barnets gjenværende leveår er flere. Det antas at Regjeringen ikke ønsker å endre dette prinsippet, men eksempelet illustrerer at antall gode leveår ikke passer i alle tilfeller.

Skipsforlis

Skipsforlis og kannibalisme er med dagens teknologi mindre sannsynlig, men et par rettssaker fra 1800-tallet kan illustrere prioriteringsproblematikken.

I den kjente Mignonette-saken fra 1884 drev tre sjømenn og en skipsgutt omkring på havet etter et forlis. De hadde verken mat eller vann i en livbåt på 13 fot.

Etter to uker ble mennene stadig svakere og de drøftet spørsmålet om hvem som skulle ofre seg for de øvrige. Ingen meldte seg frivillig og en av sjømennene nektet dessuten å være med på noen loddrekning. Da skipsgutten noen dager senere var falt i koma, valgte to av sjømennene å drepe og fortære gutten. Den tredje protesterte, men spiste likevel sin andel. Fire dager etter drapet ble de tatt opp av et fartøy og reddet. Sjømennene ble tiltalt og domstolen la til grunn at

ingen ville blitt reddet hvis drapet ikke hadde funnet sted. Domstolen mente likevel at uansett hvor unnskylkelig handlingen var, kunne den ikke erklæres rettmessig og de to sjømennene ble dømt til døden for mord.

I en sak fra 1846 tok en livbåt fylt med overlevende inn vann gjennom et hull. Styrmannen beordret derfor at 21 mannlige passasjerer ble kastet over bord. Neste dag ble båten reddet og dommeren uttalte at handlingen kunne forsvares om det var skjedd en forsvarlig utvelgesprosess, eksempelvis ved loddrekning. Da dette ikke var tilfelle, ble styrmannen dømt for drap under formildende omstendigheter.

I eksemplene nevnt ovenfor blir man stilt overfor umenneskelige valg, men domstolene og juridisk teori aksepterer at det prioriteres forutsatt at dette gjøres på en saklig og forholdsmessig måte, hvor hvert enkelt liv har like stor verdi.

Utfordringer må møtes

Norge er et godt land å leve i. Vi har et høyt inntektsnivå, og vi kommer godt ut på internasjonale målinger av livskvalitet. Omfattende offentlige velferdsordninger understøttes av solide statsfinanser som finansieres gjennom et relativt høyt skattenivå. Kombinasjonen av jevn fordeling og gode offentlige ordninger er sentrale kjennetegn ved den norske samfunnsmodellen.

Helsetjenesten er en del av en bred sosial forsikringsordning for befolkningen, og borgerne skal i prinsippet motta likeverdige tjenester etter behov, uavhengig av økonomi, sosial status, alder, kjønn, tidligere helse med videre. Helsepersonell har en plikt til å hjelpe pasientene etter beste evne samtidig som de også har et ansvar for helheten. Prioritering i helse- og omsorgstjenesten må praktiseres slik at den ivaretar relasjonen mellom helsepersonell og pasient, både til den kjente pasienten der og da og til den neste pasienten som trenger helse- og omsorgstjenester. Pasienter skal videre møtes på en verdig måte uavhengig av alder. Pasienter som har behov for pleie og omsorg skal få det, selv om ikke helse- og omsorgstjenesten kan tilby virkningsfull behandling.

Levealderen øker og andelen eldre i Norge stiger. Helse- og omsorgstjenesten gjør i dag en imponerende innsats, men trenger flere ressurser og særlig flere hender. Dersom denne utfordringen ikke møtes på en god måte i årene som kommer, vil de som har mulighet for det, selv søke å ivareta sin alderdom på en best mulig måte. Dette kan for eksempel skje gjennom kjøp av private helseforsikringer og kjøp av plass på private sykehus/sykehjem i eller utenfor Norge. Dette er ikke nødvendigvis negativt, men vil kunne bidra til et mer klassesdelt samfunn. *Kilder: St.meld. 38 (2020-2021) Johs. Andenæs, Alminnelig strafferett*