



Et spil om liv og død **Om spillet**



Indhold



Et spil om liv og død

Copyright © 1995 by
Experimentarium & Det Ethiske Råd

Experimentarium

Tuborg Havnevej 7
2900 Hellerup
Tlf. 39 27 33 33

Det Ethiske Råd

Ravnsborggade 2-4
2200 København N
Tlf. 35 37 58 33

ISBN 87-89606-38-8

Forfattere:

Anders Bildsøe Lassen, fuldmægtig, mag. art.,
Det Ethiske Råd
Bo Andersen, sundhedsøkonom, økonomichef,
Hillerød Sygehus
Michael Norup, forskningsstipendiat, cand.
med., Panum Institutet
Christina Christensen, videnskabelig medarbejder,
cand. scient, Experimentarium
Ida Toldbod, videnskabelig medarbejder, cand.
comm. Experimentarium

Redaktion:

Peter Norrild, programchef, cand. scient,
Experimentarium (projektleder)
Christina Christensen, videnskabelig medarbejder,
cand. scient, Experimentarium
Ida Toldbod, videnskabelig medarbejder,
cand. comm. Experimentarium

Grafisk tilrettelæggelse:

OKTAN, Peter Waldorph.

Tryk:

Schultz.

Foto:

Stig Stasig.

Om spillet

- 1.1: Introduktion til spillet
- 1.2: Spil-vejledning
- 1.3: Introduktion & forhistorier
- 1.4: Baggrund om sygdomme og projekter
- 1.5: Ideer til supplerende aktiviteter
- 1.6: Litteraturliste

Spilmateriale - Det læge-etiske spil

Spillebrikker med 3 person-beskrivelser
Sæt á 2 ekstraoplysninger
Spørgeark

Spilmateriale - Det politiske spil

Spørgeark
Spillebrikker (datakort)
Oversigtsark



Et spil om liv og død

Ubehagelige diskussioner har det med at blive skubbet til side. Men som regel slipper man ikke for det svære ved at stikke hovedet i busken. Det eneste man giver slip på, er muligheden for at få indflydelse.

Materialet her handler om, hvordan vi skal prioritere i sundhedssektoren - nu og i fremtiden. Et spørgsmål som er alt for vigtigt til, at det kan overlades til læger og politikere alene.

Kernen i materialet er et spil, som sætter deltageren i den traditionelle beslutningstagers varme stol. Man skal populært sagt spille læger og politikere, som stilles overfor svære, men realistiske valg mellem patienter og patientgrupper. På den ene side skal der træffes valg, og på den anden side skal der sættes ord på de kriterier, der ligger til grund for valgene. Uden disse kriterier vil debatten om sundhedsprioritering nemlig blive ved med at foregå lige så mudret og skjult, som den hidtil har gjort.

Materialet er udarbejdet i et samarbejde mellem Det Ethiske Råd og Experimentarium under inspiration og med bistand fra praktiserende læge Yves Sales, overlæge Carsten Lenstrup, Gynækologisk Afdeling, Gentofte Amtssygehus samt cand. med og cand. phil Klemens Kappel, Panum Institutet. Tak ligeledes til Dansk Sygeplejeråd og Den Alm. Danske Lægeforening, der har støttet projektet økonomisk.

Selve spillet er en videre-udvikling af et sundhedsprioriteringsspil, som oprindeligt blev udformet i 1987 af Leif Vestergaard Petersen for Fyns Amt.

Go´ fornøjelse!



1.1: Introduktion til spillet



Etik - et spil om liv og død er et debatspil. Spillet består af 2 dele: 1) et læge-etisk og 2) et politisk spil. Det læge-etiske spil fungerer som relativt let tilgængelig introduktion til de meget komplekse problemstillinger, der findes i forbindelse med prioritering inden for sundhedsvæsenet. I det politiske spil kan deltagerne derefter gå mere i dybden med problemstillingerne. Herudover illustrerer opdelingen, at prioritering finder sted på mange forskellige niveauer. Der sættes f.eks. fokus på lægens valg blandt navngivne enkeltpersoner og på politikerens mere overordnede valg mellem grupper af personer, som man ikke kender.

Det læge-etiske spil

I det læge-etiske spil skal deltagerne forestille sig at være en gruppe læger, der skal vælge mellem navngivne patienter. Problemstillingerne er konkrete og lette at identificere sig med. For at skabe denne let tilgængelige indgang til emnet, har det været nødvendigt at forsimple baggrundshistorierne til en grad, hvor de ikke er helt realistiske. I virkelighedens verden sidder læger så godt som aldrig og vælger mellem navngivne patienter. Prioriteringen ligger derimod i de kriterier, der findes for at komme på ventelisten. Når spillet alligevel tager det meget konkrete udgangspunkt, er det fordi deltagerne her ved tvinges til at gøre deres etiske overvejelser klare - der skal gode begrundelser til for at fravælge et menneske, som man "kender". Samtidig vises det, at prioritering på en eller anden måde altid drejer sig om et valg mellem mennesker.

Der er 5 cases at vælge imellem. De 4 af de 5 cases er opbygget efter samme skabelon, og gruppen skal her vælge, hvilken af 3 patienter med en given sygdom, der skal behandles. I den femte case skal gruppen tage stilling til to forskellige behandlinger, som to patienter med de samme symptomer udsættes for. I alle 5 cases er der indbygget forskellige problemstillinger. Dette gælder både hver enkelt

case og i særdeleshed også de 5 cases tilsammen. I "Hvem skal tilbydes en ny lever?", hvor en af patienterne er fhv. alkoholiker, er begrebet "egen skyld" således centralt. Er alkoholikere selv skyld i deres tilstand, eller er der tale om en sygdom? Og skal en evt. egen skyld have indflydelse på muligheden for at blive behandlet? Der findes ikke en facitliste til valget af den "bedste" case; spil-lederen må vælge den, der passer bedst til den aktuelle gruppe. Vil man, at brugerbetaling indgår i diskussionen, er det f.eks. mere oplagt at vælge "Hvem skal opereres for grå stær?" (en operation koster nogle tusinde kroner) end "Hvem skal tilbydes en ny lever?" (begrænsningen ligger i tilgangen af donororganer, og man kan ikke i Danmark betale sig til en levertransplantation). Og ønskes en diskussion af hensynet til familien, er det oplagt at vælge "Hvem skal have genoptrænet hjernen?" (her skaber sygdommen problemer i en familie med børn) frem for "Hvem skal behandles for barnløshed" (her er der ingen børn endnu).

Det politiske spil

I det politiske spil skal deltagerne forestille sig at være medlemmer af amtets sygehusudvalg. Amtet har netop vedtaget en ekstrabevilling og sygehusudvalget skal nu prioritere mellem forskellige behandlinger. I spillet indgår 6 indsatsområder, der repræsenterer forskellige typer behandling - fra forebyggelse til behandling, der redder liv. Der er billige behandlinger, der hjælper mange, og dyre behandlinger, der hjælper få. Og der er behandlinger, der lægger år til livet og behandlinger, der lægger liv til årene.

Det politiske spil drejer sig om overordnet og abstrakt prioritering mellem unavngivne patientgrupper, og det kræver i høj grad, at deltagerne kan abstrahere fra de konkrete sygdomme og drage alment gyldige slutninger. Informationsmængden er langt større i denne del af spillet.

Indsatsområderne er valgt til at repræsentere et bredt udvalg af den type behandlinger, sundhedsvæsenet tilbyder:

- Operation for grå stær er et eksempel på en behandling, hvor man for relativt beskedne midler kan hjælpe en stor gruppe mennesker til en betydeligt forbedret livskvalitet.
- En hofteoperation er en behandling, der udover at medføre generelt forbedret livskvalitet, specifikt afhjælper smerter.
- Smertebehandling af kræftpatienter repræsenterer en ressourceanvendelse, der hjælper en ekstremt dårligt stillet patientgruppe til en kortvarigt forbedret livskvalitet.
- Hjerteroperationen er et eksempel på en behandling, der både forlænger livet og giver forbedret livskvalitet.
- Screening for brystkræft repræsenterer "sekundær forebyggelse" - forebyggelse, hvor man ved at opdage sygdommen tidligt forbedrer overlevelsen og mindsker omfanget af behandlingen.
- Trafiksikkerhedsprojektet er medtaget som eksempel både på primær forebyggelse og på "kassetækning"... skal ressourcerne til sundhedsområdet kunne gå til noget, der ligger udenfor sundhedssektoren?
- Brugerbetaling: hvor går grænsen mellem det, vi har ret til at få gratis, og det, vi skal betale selv? Tandlægebesøg, fedtsugninger, alternative behandlere, fysioterapeuter...
- Forebyggelse kontra behandling
- Egen skyld: hvordan skal samfundet forholde sig til behandling af sygdomme, som patienten delvist selv er skyld i? Brækkede ben efter skiferien, lungekræft pga. rygning, blodprop i hjertet pga. dårlige kost- og motionsvaner...
- Prioriteringskriterier (mellem mennesker med samme sygdom): alder, køn, social status, familieforhold, nationalitet... er de acceptable?
- Hvem skal bestemme, hvordan der prioriteres? Lægen, Folketinget, amtsrådet, medicinalindustrien, forskerne, medierne, interessegrupper...?

Centrale diskussionsemner

Erfaringsmæssigt kommer deltagerne ind på størstedelen af de centrale diskussionsemner uden yderligere hjælp end de problemstillinger, der er indbygget i spillet. For at deltagerne kan danne sig et overblik over problemer forbundet med prioritering indenfor sundhedsvæsenet, er det dog nødvendigt med en god afsluttende diskussion. Følgende emner kan indgå i denne:

- Livskvalitet - hvem vil vi hjælpe: dem der har det dårligst, dem der kan få den største tilvækst i livskvalitet, dem der kan få det helt perfekt, eller...?
- Er det bedst at hjælpe mange lidt eller få meget?
- Har patienter ret til dyre behandlinger, selvom lægerne ikke tror, at behandlingen nytter?

1.2: Spil-vejledning

Etik - et spil om liv og død kan spilles af 4-6 grupper á 5-8 deltagere, dvs. ialt 20-50 deltagere, plus en spil-leder.

Spillet tager 3 timer; tidsplanen ser således ud:

Introduktion til spillet	5 min
Det læge-etiske spil, introduktion	5 min
Det læge-etiske spil, gruppediskussion	30 min
Det læge-etiske spil, opsamling	20 min
Det politiske spil, introduktion	5 min
Det politiske spil, gruppediskussion	60 min
Opsamling og diskussion	30 min

Før og efter gruppediskussionerne er der regnet med 5 minutters "pause", der er den tid, det vil tage deltagerne at gå ud i grupper hhv. samles igen. Hvis det er nødvendigt med en egentlig pause, bør den lægges mellem det læge-etiske og det politiske spil. Tidsplanen er stram, og mange deltagere vil ikke føle, at emnet er uddebatteret, når tiden er gået. Planen bør dog følges, da det erfaringsmæssigt har vist sig, at der ikke kommer væsentlige nye argumenter frem senere i diskussionerne. Desuden ligger de 3 timer, som spillet tager, nær grænsen for, hvor længe koncentrationen kan holdes.



Materialet til spillet består af flg.:

Generel introduktion refereres af spil-leder

Det læge-etiske spil:

Forhistorie refereres af spil-leder

Spillebrik med 3 person-beskrivelser

udleveres til samtlige deltagere

2 ekstraoplysninger udleveres i 1 ekspl. pr. gruppe

Spørgeark udleveres i 1-2 ekspl. pr. gruppe

Det politiske spil:

Forhistorie refereres af spil-leder

6 spillebrikker udleveres i 1 ekspl. pr. gruppe

Oversigtsark udleveres til samtlige deltagere

Spørgeark udleveres i 1-2 ekspl. pr. gruppe

Spillebrikker, spørgeark m.m. kopieres til spillets deltagere.

Derudover har hver gruppe brug for flip-over-papir & tykke spritpenne el.lign. til afrapportering. Besvarelserne skrives på store ark papir, der under opsamlingen hænges op på f.eks. tavlen.

Spil-lederens opgave består i at inddele deltagerne i grupper, introducere til spil og problemstillinger, forsyne grupperne med spilmaterialer, styre plennumdiskussioner, overholde tidsfrister og evt. være behjælpelig med afklaring af tvivlsspørgsmål.

Spil-lederen indgår i gruppediskussionerne på den måde, at hun / han cirkulerer mellem grupperne. Ved at være opmærksom på, hvad der foregår i den enkelte gruppe, kan spil-lederen gribe ind, hvis diskussionen kører dårligt. Dette kan både indebære at tage fat på problemstillinger, som gruppen ikke har tænkt på og at få diskussionen til at forløbe på en mere hensigtsmæssig måde.

1.3: Introduktion og forhistorier



Spillets deltagere introduceres indledningsvis - hvis det er nødvendigt - til prioritering i sundhedsvæsenet. Før gruppediskussionerne i det læge-etiske og det politiske spil får de en forhistorie, der beskriver den konkrete situation, som spillet sætter dem i.

Introduktion

Prioritering i sundhedssektoren er noget, vi støder på i medierne næsten dagligt. Det handler om gamle mennesker, der har smerter, mens de venter på nye hofter, og om hjertepatienter, der er ved at dø, mens de venter på operationen. Og det handler også om mennesker, der tager på skadestuen, når urtekniven smuttede og fingeren bløder lidt, om storrygere, der skal behandles for lungekræft og om nye behandlingsmetoder mod barnløshed.

I løbet af det sidste århundrede har ny teknik gjort det mest utrolige muligt, og i mange tilfælde er det derfor ikke mere et spørgsmål om, hvad vi kan kure, men om vi har råd til at kurere alt det, vi gerne ville. Ligegyldigt hvor gerne vi vil hjælpe vores medmennesker, så er der andet, det også er vigtigt at bruge penge på. Og i den situation er vi nødt til at vælge.

Hvad skal vi så vælge? Hvilke sygdomme hos hvilke patienter er vigtige at behandle, og hvad kan vi vælge fra? Det er ikke lette spørgsmål, men vælges skal der. Og hvis valgene skal være rigtige og retfærdige, er det vigtigt, at vi alle tager del i diskussionen og ikke overlader alt til eksperterne.

Et par timers debat vil aldrig være nok. Men det er heller ikke meningen, at deltagerne skal gå hjem bagefter og føle, at de har tjek på det hele. Tanken er, at spillet skal sætte noget i gang, og at de kan tænke videre bagefter. De kan læse artikler i avisen med nye øjne, diskutere med familie og venner, og

ganske langsomt vil de så kunne danne sig deres egen personlige mening.

Forhistorier

Det læge-etiske spil



Hvem skal tilbydes en ny lever?

Deltagerne skal forestille sig, at de er en gruppe læger, der sidder til en morgenkonference på den afdeling på Rigshospitalet, der foretager levertransplantationer. De har netop fået besked om, at en ung mand er blevet erklæret hjernedød efter en trafikulykke. Den unge mands forældre har indvilget i at donere hans organer.

Efter en sammenligning af den unge mands vævstyper med vævstyperne hos patienterne på ventelisten, er lægerne kommet til det resultat, at valget står mellem 3 patienter - Arne, Sofie og Thomas. De sidder nu med et uddrag af de 3 patienters journaler foran sig og skal træffe en beslutning.

Når de har valgt, hvem af de 3, der skal have leveren, får de 2 ekstraoplysninger. Gruppen må forestille sig, at det er de 2 læger, der bedst kender de pågældende patienter, der kommer i tanke om, at der måske er noget mere, der er vigtig at vide, for at man kan træffe en god beslutning. De skal nu se, om de nye oplysninger får dem til at ændre mening.

Det er meget muligt, at lægerne har lyst til at indhente ekstraoplysninger, men det er bare ikke muligt. Den unge mands lever skal transplanteres hurtigt, hvis den ikke skal gå til spille.

Grupperne får et spørgeskema med ud med en ræk-

ke spørgsmål, de skal besvare. Til opsamlingen i plenum fremlægger de kort deres besvarelser.

? Hvem skal have genoptrænet hjernen?

Deltagerne skal forestille sig, at de er en gruppe læger på et center, der gennemfører en meget effektiv form for genoptræning til mennesker med hjerneskader. En af deres patienter har netop afsluttet genoptræningen, hvorfor de skal beslutte, hvilken ny patient, de vil optage på centeret.

Ved et kig på ventelisten, er lægerne hurtigt kommet frem til, at valget står mellem 3 patienter - Verner, Niels og Susanne. De sidder nu med et uddrag af deres 3 journaler foran sig, og de skal træffe en beslutning. Hvis ikke de træffer beslutningen i dag, er der en tom plads på deres center i den måned, der går til deres næste møde. Der er derfor ikke mulighed for at indhente ekstraoplysninger.

Når gruppen har valgt, hvem af de 3, der skal have tilbudt genoptræning, får de 2 ekstraoplysninger. De må forestille sig, at det er de 2 læger, der bedst kender de pågældende patienter, der kommer i tanke om, at der måske er noget mere, der er vigtig at vide, for at man kan træffe en god beslutning. Gruppen skal nu se, om de nye oplysninger får dem til at ændre mening.

Gruppen får et spørgeskema med ud med en række spørgsmål, de skal besvare. Til opsamlingen i plenum fremlægger de kort deres besvarelser.

? Overbehandling eller underbehandling?

Deltagerne må forestille sig, at de er en gruppe praktiserende læger i en provinsby, der holder et månedligt møde, hvor de diskuterer nye behandlingsmetoder, problemer fra deres praksiser m.m.

Til mødet her i aften viser det sig, at 2 af dem har haft henvendelser fra hver deres patient med de samme symptomer, og at de har behandlet de 2 patienter meget forskelligt. Der har været tale om to

48-årige kvinder med blødningsforstyrrelser, nakkesmerter og svimmelhed.

De 2 sygdoms- og behandlingshistorier leder til en diskussion om, hvor meget eller hvor lidt man bør behandle sine patienter.

Når gruppen har taget stilling til, om det er rimeligt eller ej, at de 2 patienter er blevet behandlet så forskelligt, får de 2 ekstraoplysninger. De må forestille sig, at det er de 2 behandlende læger, der kommer i tanke om, at de vil fortælle lidt mere for at forklare deres beslutninger. Gruppen skal nu se, om de nye oplysninger får dem til at ændre mening.

De spørgsmål, der dukker op i diskussionens løb, findes på et spørgeskema. Til opsamlingen i plenum fremlægger grupperne kort deres besvarelser.

? Hvem skal behandles for barnløshed?

Deltagerne skal forestille sig, at de er den gruppe læger på en gynækologisk afdeling, der står for behandling af barnløse par ved reagensglasmethoden. Deres kalender er fyldt flere måneder ud i fremtiden, men nu er et par er sprunget fra kun 3 dage inden behandlingen skulle påbegyndes. De var blevet gravide ved naturmetoden. Derfor kan lægerne nu tilbyde behandlingen til et par længere nede på ventelisten.

Med så kort varsel står valget mellem kun 3 par - Mette & Hans, Bodil & Knud og Julie & Søren. Lægerne sidder nu med et uddrag af deres 3 journaler foran sig, og de skal træffe en beslutning. Hvis ikke de træffer beslutningen i dag, vil det pga. de forskellige dele af behandlingen og indbyggede ventetider i forløbet ikke være muligt at udnytte, at der er kommet et hul i kalenderen. Der er derfor ikke mulighed for at indhente ekstraoplysninger.

Når gruppen har valgt, hvilket af de 3 par, der skal have tilbudt behandling for barnløshed, får de 2 ekstraoplysninger. De må forestille sig, at det er de 2 læger, der bedst kender de pågældende par, der kommer i tanke om, at der måske er noget mere, der er vigtigt at vide, for at man kan træffe en god

beslutning. Gruppen skal nu se, om de nye oplysninger får dem til at ændre mening.

Gruppen får et spørgeskema med ud med en række spørgsmål, de skal besvare. Til opsamlingen i plenum fremlægger de kort deres besvarelser.



Hvem skal behandles for grå stær?

Deltagerne skal forestille sig, at de er læger på en øjenklinik, der udfører ambulante operationer for grå stær.

En af deres patienter har meldt afbud til en operation i næste uge pga. anden sygdom, og operationen kan derfor tilbydes en anden. Det er midt i sommerferien, og det er derfor kun 3 af patienterne på ventelisten, der er i stand til at opereres med så kort varsel - Nikolaj, Signe og Svend.

Lægerne sidder nu med et uddrag af de 3 patienters journaler foran sig og skal beslutte, hvem af de 3 patienter, der skal opereres i næste uge. Hvis ikke de kan beslutte sig nu, bortfalder muligheden for at gennemføre den planlagte operation. Det er derfor ikke muligt at indhente ekstra oplysninger.

Når gruppen har valgt, hvem der skal opereres for grå stær, får de 2 ekstraoplysninger. De må forestille sig, at det er de 2 læger, der bedst kender den pågældende patient, der kommer i tanke om, at der måske er noget mere, der er vigtig at vide, for at man kan træffe en god beslutning. Gruppen skal nu se, om de nye oplysninger får dem til at skifte mening.

Gruppen får et spørgeskema med ud med en række spørgsmål, de skal besvare. Til opsamlingen i plenum fremlægger de kort deres besvarelser.



Det politiske spil

Deltagerne skal i dette andet spil forestille sig, at de er politikere i Nordkøbing Amts Sygehusudvalg. Amtet vil i de følgende år helt ekstraordinært bevillige 6 millioner kr ekstra til løsning af problemer inden for sundhedssektoren.

Sygehusudvalget sidder derfor nu i den dejlige situation, at det kan gøre nogle ting, der ellers ikke var råd til. Amtet har givet en liste over 6 mulige anvendelser af de 6 millioner kr, og hver af de 6 valgmuligheder koster 2 millioner kr. Det er nu meningen, at sygehusudvalget skal vælge 3 af de 6 - de 3, som de synes, det er vigtigst at bruge pengene på.

Til hver af de 6 valgmuligheder får grupperne et sæt oplysningskort, der indeholder oplysninger om, hvilken sygdom, der er tale om, hvem der rammes af den, hvordan behandlingen virker, og hvor mange mennesker de 2 millioner kr. kan hjælpe. Når de sidder og diskuterer, vil der helt sikkert være andre oplysninger, som de gerne ville have. Og de vil nok tro, at politikerne ved langt mere, end de gør selv. Men for det første er politikerne helt almindelige mennesker, der ikke nødvendigvis ved alverden. For det andet må deltagerne forestille jer, at det er aften, at de sidder til et møde, og at beslutningen skal træffes her i dag. Og den situation passer meget godt til virkeligheden.

Grupperne får et spørgeskema med ud med en række spørgsmål, de skal besvare. Til opsamlingen i plenum fremlægger de deres besvarelser.

1.4: Baggrund om sygdomme og projekter



- af læge Michael Norup

Levertransplantation er en mulig behandling hos patienter med leversvigt og hos patienter med leverkræft, som ikke har spredt sig til andre organer. Den største gruppe patienter med leversvigt er kroniske alkoholmisbrugere. Derudover kan leversvigt skyldes kronisk leverbetændelse og en lang række sjældne sygdomme. En meget stor del af tilfældene kender man ikke årsagen til.

Forekomst: Der er ca. 300 nye tilfælde af leversvigt pga. alkoholmisbrug, ca. 200 tilfælde uden kendt årsag, 80 pga. kronisk leverbetændelse og 50 pga. andre tilstande om året. Desuden er der ca. 20 tilfælde af leverkræft.

Behandling: Operationen varer 4 -15 timer, og der er en vis risiko for, at patienten dør under selve operationen. Der er endvidere en risiko for, at den nye lever afstødes, så det bliver nødvendigt at operere igen. Ca. 85% af patienterne overlever det første år efter operationen og omkring 80% er i live efter 4 år. Det er nødvendigt at give patienterne immunundertrykkende medicin resten af livet. De fleste patienter vender tilbage til deres normale tilværelse efter operationen.

Hvem tilbydes behandling: Kun en mindre del af patienterne med leversvigt eller leverkræft egner sig til operation. For at komme i betragtning til en levertransplantation kræves det, at patienten forventes at dø indenfor et år, hvis han/hun ikke får en ny lever. Behovet for levertransplantationer er svært at vurdere, fordi antallet af personer, der kan have gavn af operationen, øges i takt med at resultaterne bliver bedre. Et usikkert skøn ligger omkring 50-60 transplantationer årligt i Danmark. Antallet af transplantationer, der faktisk udføres, afhænger ikke af behovet, men af det antal lever, der er til rådighed.

Pris: Det er vanskeligt at opgøre omkostningerne ved levertransplantation, men et groft skøn er, at operationen koster 230.000 kr. Hertil kommer medicin

udgifter på 200.000 kr. det første år efter operationen og godt 100.000 de følgende år.

Genoptræning af hjernen kan være aktuell i forbindelse med en akut eller kronisk opstået hjerneskade. Akutte hjerneskader ses efter slag mod hovedet - specielt i forbindelse med trafikulykker - og som følge af sygdom - oftest blødninger eller blodpropper i hjernen. Kroniske hjerneskader ses f.eks. efter langvarig udsættelse for organiske opløsningsmidler.

Forekomst: Ca. 1.500 mennesker får årligt behov for genoptræning pga. en akut sygdomsbetinget skade og ca. 1000 efter slag mod hovedet. De kroniske hjerneskader som følge af arbejde med opløsningsmidler udgør i forhold hertil et lille problem.

Behandling: De fleste patienter med lammelser eller problemer med talen efter en akut hjerneskade får tilbudt en specifik genoptræning rettet mod disse skader. Kun en mindre del af patienterne får tilbudt en mere intensiv genoptræning af almene funktioner som hukommelse, koncentration, indlæring osv. Denne form for genoptræning er langvarig. Den kan strække sig over flere måneder med træning, fysioterapi og psykoterapi flere timer dagligt flere dage om ugen.

Hvem tilbydes behandling: Genoptræning af almene funktioner tilbydes kun få steder i landet, og der er meget begrænset kapacitet. Indtil videre tilbydes behandlingen kun til yngre selvhjulpne mennesker med akut opstået hjerneskade. De foreløbige opgørelser af behandlingsresultaterne er gode, men det er fortsat usikkert, hvor mange patienter, der vil kunne hjælpes på denne måde.

Pris: Det træningsprogram, der tilbydes i dag, koster omkring 225.000 kr. pr. patient.

Reagensglasbefrugtning er et behandlingstilbud til kvinder, der lider af ufrivillig barnløshed. I starten



blev metoden kun anvendt hos kvinder med tillukkede eller dårligt fungerende æggeledere, men i dag tilbydes den også til kvinder, hvor man ikke kender årsagen til barnløsheden.

Forekomst: Ca. 35% af de kvinder, der søger behandling pga. ufrivillig barnløshed, har tillukkede eller dårligt fungerende æggeledere. I de fleste tilfælde skyldes dette tidligere underlivsbetændelse, men det kan også skyldes tidligere graviditeter udenfor livmoderen. Barnløshed, hvor man ikke kender årsagen, findes hos ca. 10-20%. Der fødes formentlig over 400 børn om året i Danmark efter reagensglasbefrugtning.

Behandling: Ved behandlingen stimuleres kvindens ægløsning hormonelt. Herefter udtages et antal modne æg med en kanyle, som føres ind gennem skeden. De udtagne æg anbringes i små plastikskåle og tilsættes sædceller. Efter at æggene er blevet befrugtet og er begyndt at dele sig, indføres højst 2 af dem i kvindens livmoder.

Grunden til, at der lægges flere æg op ad gangen, er, at det øger chancen for graviditet. Til gengæld øges samtidig risikoen for, at der fødes tvillinger eller trillinger. Metoden giver øget risiko for abort og

tidlig fødsel, men der er ikke øget risiko for misdannelser hos barnet.

Chancen for at en kvinde bliver gravid efter én behandling er ca. 20%. Hvis behandlingen gentages stiger chancen til 45-50%. I det offentlige sundhedssystem tilbydes maksimalt 3 behandlinger.

Hvem tilbydes behandling: Ventetiden til behandling i det offentlige sundhedssystem er 1-3 år. For at kunne komme i behandling skal parret leve i et fast forhold, der har varet mindst 3 år. Kvinden må ikke være fyldt 37 år, når behandlingen påbegyndes, og der må ikke være fælles børn i hjemmet. Ventetiden på private klinikker er ganske kort, og der stilles ikke særlige krav.

Pris: Prisen pr. behandling ligger omkring 15-25.000 kr. på en privatklinik. Omkostningerne i det offentlige sundhedssystem er ca. 15-20.000 kr. pr. behandling.

Grå stær er en sygdom, hvor øjets linse gradvist bliver uklar og grålig. Pga. dette bliver synet tiltagende dårligere. Det mest almindelige er den såkaldte senile stær, som tiltager i hyppighed med alderen,

og hvis årsag man ikke kender. Sygdommen kan også skyldes slag mod øjet eller påvirkning af øjet med stråling (f.eks. røntgen eller UV-lys). I sjældne tilfælde kan den være medfødt.

Forekomst: Lettere synsnedsettelse pga. af grå stær findes hos ca. 5% af befolkningen mellem 55 og 65 år, hos ca. 20% mellem 65 og 75 år og hos ca. 50% af de over 75-årige.

Behandling: Den syge linse fjernes ved operation, og en kunstig linse indsættes i stedet. De fleste patienter får et godt syn efter operationen, og der er sjældent komplikationer.

Hvem tilbydes behandling: Tidligere opererede man først ældre patienter, når deres syn var så dårligt, at de ikke kunne læse. I dag er operationen blevet billigere og bedre, og den udføres i stigende omfang ambulat af praktiserende øjenlæger. Derfor er kravet før en operation kun, at patientens syn kan bedres. Man ved ikke, hvor mange mennesker der vil kunne få forbedret deres syn ved en stæroperation, men man ved, at der er et udækket behov. I 1992 blev der foretaget 12.500 operationer.

Pris: Omkostningerne ved operationen er omkring 5.700 kr. Prisen for en operation på en privatklinik er omkring 10.000 kr.

Overbehandling eller underbehandling: Spørgsmålet om, hvor langt man skal gå for at finde en forklaring på almindelige symptomer, som i sjældne tilfælde er tegn på en alvorlig sygdom, spiller en stor rolle i praktiserende lægers hverdag.

Forekomst: De symptomer, de to kvinder i eksemplet har, er almindelige, og der er ikke nogen oplagt sammenhæng mellem dem. Hvert af symptomerne kan være udtryk for forskellige problemer.

Behandling: Svimmelhed er i de fleste tilfælde et ufarligt symptom. Lægen kan ofte afgøre, om dette er tilfældet, ved at snakke med patienten og foretage nogle simple undersøgelser.

Smerter i nakke og skuldre skyldes med stor sandsynlighed muskelspændinger, men der kan også være tale om slidforandringer. Det kan diskuteres, om der er grund til at tage et røntgenbillede. Både muskelspændinger og slidforandringer behandles med varme, massage og træning. Det kan enten ske hos en fysioterapeut eller klares af patienten selv.

Blødningsforstyrrelser af den type, der er beskrevet i eksemplet, skyldes hos en 48-årig kvinde næsten altid hormonforstyrrelser i forbindelse med overgangsalderen. De kan også skyldes ufarlige muskelknuder i livmoderen. Det er meget usandsynligt, at der er tale om kræft. Der konstateres ca. 600 nye tilfælde af kræft i livmoderen og 600 tilfælde af livmoderhalskræft om året i Danmark. Livmoderkræft er meget sjælden før overgangsalderen. Livmoderhalskræft, som forekommer oftere i aldersgruppen omkring 50 år, giver typisk andre typer blødningsforstyrrelser.

Hvem bør tilbydes yderligere undersøgelser: Det er et vurderingsspørgsmål, hvor langt man skal gå med yderligere undersøgelser. Set fra patientens synspunkt afhænger denne vurdering af, hvad hun kan opnå i form af øget sikkerhed for, at der ikke er noget galt i forhold til, hvad hun er villig til at ofre i form af ubehag, tid og besvær. I et samfund med et offentligt finansieret sundhedssystem afhænger vurderingen yderligere af, hvor meget vi som skatteydere er villige til at betale for at give hinanden denne form for sikkerhed.

Pris: Konsultationen hos gynækologen, hvor der tages en celleprøve fra livmoderhalsen og foretages en udskrabning koster ialt ca. 1.200 kr. Kontrollen efter 3 mdr. koster ca. 250 kr. Røntgenundersøgelsen af nakken koster ca. 350 kr. og fysioterapien koster knapt 200 kr. i timen, hvoraf patienten betaler en del selv.

Slidgigt i hoften er en sygdom, hvor ledbrusken i hoften gradvist ødelægges. Hos den store gruppe ældre patienter kender man ikke årsagen til sygdommen. Hos yngre patienter har der oftest været en øget belastning af leddet, f.eks. efter en fejlstilling - enten medfødt eller opstået efter et brud. Slidgigt i hoften medfører tiltagende smerter og nedsat bevægelighed af leddet. Patienten kan være ude af stand til at gå og er dermed socialt isoleret og ude af stand til at klare de daglige gøremål.

Forekomst: Slidgigt i hoften rammer ca. 5% af befolkningen. Sygdommen er hyppigst i 60- til 75-års alderen.

Behandling: Ved fremskreden sygdom fjernes den syge hofte, og der indsættes et hoftehovede af metal

og en hofte-skål af kunststof i stedet. Operationens formål er først og fremmest at fjerne smerterne, men i de fleste tilfælde får patienterne også betydeligt bedre bevægelighed. Ca. 90% af patienterne er tilfredse med resultatet af operationen. De resterende 10% er utilfredse i et eller andet omfang. Utilfredsheden skyldes ofte, at hofteprotesen løsner sig, hvorefter der igen kommer smerter og problemer med at bevæge benet. Dette forekommer, uanset hvor godt operationen er udført, dog er nogle protese typer mere tilbøjelige til at løsne sig end andre. Risikoen for at protesen løsner sig, stiger med tiden. Derfor er det generelt mere problematisk at operere yngre end ældre.

Hvem tilbydes behandling: Operation tilbydes patienter med fremskreden slidgigt, der giver vedvarende smerter og problemer med at gå. Der udføres i Danmark ca. 5.000 operationer om året.

Prisen: En hofteoperation koster 65-75.000 kr.

Fremskreden kræft: Kræft er årsag til ca. 1/3 af alle dødsfald i Danmark. De mest almindelige former for kræft er lunge-, bryst- og tyktarmskræft. Kræft kan behandles og i en del tilfælde helbredes med operation, strålebehandling eller kemoterapi. I de tilfælde, hvor patienterne ikke kan helbredes, bliver de typisk mere og mere afkræftede. I den sidste tid har de ofte mange smerter. Smerterne kan normalt holdes nede med morfin el.lign., men disse stoffer sløver samtidig patienterne. Hvis kræften har bredt sig til knoglerne, får patienterne ofte en særlig type smerter, som det kan være umuligt at behandle med medicin.

Forekomst: Der dør årligt ca. 20.000 mennesker af kræft i Danmark. En mindre del af dem har smerter, som ikke kan behandles med medicin.

Behandling: Patienterne får strålebehandling på de områder, smerterne kommer fra. Behandlingen påvirker ikke livslængden, men den forbedrer livet for patienterne i den sidste tid.

Hvem tilbydes behandling: Patienter med smerter pga. kræft, der har bredt sig knoglerne, og som ikke kan behandles med medicin.

Pris: Prisen for behandlingen er vanskelig at fastsætte. Den afhænger bl.a. af, hvor længe patienterne lever og hvor hyppigt, de har brug for behandlin-

gen. I eksemplet er prisen fastsat ud fra oplysninger fra en bestemt afdeling.

Brystkræft er den hyppigste kræftform blandt kvinder. Man ved ikke hvad sygdommen skyldes. Nye undersøgelser tyder på, at nogle former for brystkræft er arvelige, men miljøfaktorer spiller også ind - især har mistanke til kost med et højt fedtindhold samt påvirkning med kvindeligt kønshormon.

Forekomst: Der konstateres årligt ca. 3.000 nye tilfælde og omkring 1.400 kvinder dør hvert år af sygdommen.

Behandling: Hvis brystkræft konstateres på et tidligt tidspunkt, hvor der kun er tale om en lille knude, kan man nøjes med at fjerne knuden og dermed bevare brystet. I mere fremskredne tilfælde er det nødvendigt at fjerne hele brystet. Hvis kræften har spredt sig, må patienten ofte behandles med medicin eller stråling efter operationen. Chancen for at blive helbredt for sygdommen er større, jo tidligere den opdages.

Formålet med at screene for brystkræft er at opdage sygdommen på et tidligere stadium.

Hvem tilbydes screening: Undersøgelser tyder på, at screening af kvinder i aldersgruppen 50-69 år vil være fordelagtig. Der er lidt over 500.000 kvinder i denne aldersgruppe. Blandt dem konstateres der årligt 1.200-1.300 tilfælde af brystkræft, og der er ca. 500 dødsfald pga. sygdommen om året.

Hvis alle kvinder mellem 50 og 69 år tilbydes mammografi hvert 2. år, regner man med 90-180 dødsfald mindre om året pga. sygdommen. Yderligere regner man med at andelen af patienter, der kan behandles med en brystbevarende operation, kan øges fra ca. 300 til 6-900 om året. Antallet af patienter, der vil have behov for medicinsk behandling efter operationen, vil kunne nedsættes fra ca. 500 til ca. 250.

Pris: Screening af alle kvinder i aldersgruppen 50-69 år vil koste omkring 50 mill. kr. årligt, hvis kvinderne tilbydes en undersøgelse hvert andet år.

Forebyggelse af trafikulykker er en måde, hvorpå man kan forhindre død, sygdom og invaliditet udenfor sundhedssektoren.

Forekomst: Der skete 8.513 trafikuheld i Danmark i 1993. Ved disse uheld var der 9.930 tilskadekomne og 559 dræbte. Trafikulykker rammer specielt unge mænd og børn.

Indsats: Trafikulykker kan forebygges på mange måder - f.eks. ved at lave lysregulering, etablere forskellige former for hastighedsregulering og gennemføre kampagner.

Det er meget vanskeligt at opgøre den ulykkesforebyggende virkning af sådanne tiltag. Selv de steder, hvor der hyppigt sker ulykker, er det årlige antal lille, og en ulykke mere eller mindre kan ændre hele statistikken. Opgør man antallet af ulykker på amtsplan eller i hele landet, kan man bedre følge udviklingen. Til gengæld er der så mange faktorer, der spiller ind på ulykkeshyppigheden, at det vil være svært at sige, at et fald kan tilskrives en bestemt konkret indsats.

Hvor kan indsatsen placeres: Sorte pletter på landkortet, hvor der sker særligt mange ulykker, kan udvælges og sikres. Man kan også sætte ind med en generel hastighedsnedsættelse eller med kampagner rettet mod bestemte grupper.

Pris: Prisen er afhængig af, hvilke tiltag, der gennemføres. Der er ikke nogen generel sammenhæng mellem omkostningerne ved en indsats og mængden af undgåede ulykker.

Indsættelse af en ny kranspulsåre er en mulig behandling af fremskreden åreforkalkning i hjertet. Ved denne sygdom bliver kranspulsårerne (de blodkar, der forsyner hjertet med ilt) gradvist mere snævre pga. af forandringer i karvæggen. Herved bliver hjertets iltforsyning dårligere. Når hjertet lider af iltmangel, opstår der såkaldte hjertekramper - knugende, trykkende smerter i brystet, som eventuelt kan stråle ud i venstre arm eller op i halsen. Hvis der er tale om en mindre forsnævring, optræder smerterne kun, når patienten anstrenger sig kraftigt. Er forsnævringen mere udtalt, kan der også være problemer ved lettere anstrengelse. Aflukkes et blodkar helt, taler man om en blodprop i hjertet. Denne giver vedvarende smerte og åndenød og kan føre til hjertestop og død.

Man kender ikke årsagen til åreforkalkning. Men man ved at en række faktorer, bl.a. tobaksrygning,

fed mad og for højt blodtryk, disponerer til udvikling af sygdommen.

Forekomst: Der er 80-120.000 personer i Danmark, der lider af åreforkalkning i hjertet og der opstår omkring 10.000 nye tilfælde pr. år. Sygdommen er årsag til ca. 30% af alle dødsfald og er dermed den hyppigste dødsårsag. Ca. halvdelen af patienterne er over 70 år; sygdommens hyppighed stiger med alderen.

Behandling: I svære tilfælde kan sygdommen behandles med en operation, hvor man indsætter en ny kranspulsåre, der leder blodet uden om de steder, hvor der er forsnævninger. Den nye kranspulsåre laves for det meste af et stykke vene fra benet.

Hvem tilbydes behandling: Patienter, der har smerter trods medicinsk behandling, og patienter med udbredte forsnævninger af kranspulsårerne vil kunne gavnnes af operationen. De vil typisk blive smertefri og få forbedret deres overlevelseschancer. Der foretages ca. 2.000 operationer om året, men behovet er ikke helt dækket.

Pris: Prisen for indsættelse af en ny kranspulsåre er ca. 100.000 kr.



1.5: Ideer til supplerende aktiviteter



Etik - et spil om liv og død, er et spil, der på en engagerende måde sætter gang i tankerne hos deltageren. Det kan som sådant godt stå alene. Mere interessant bliver det dog, hvis spillet indgår i et forløb, hvor deltagerne har mulighed for at gå mere ind på problemstillingerne. I denne forbindelse kan spillet både indgå som indledning / appetitvækker, midt i et forløb og som afslutning.

Spillet kan også bruges på andre måder end præcis den, der er beskrevet i den ovenstående spilvejledning. Det er i disse tilfælde op til spil-lederen at tilpasse spillet til de ønsker og behov, som forskellige grupper måtte have. Hvis der er god tid, kan spillet udvides, hvis tiden er knap, kan man splitte de 2 spil ad, og i øvrigt kan man bruge de specifikke dele af spillet, der passer bedst til den konkrete sammenhæng. Følgende idéer kan bruges:

- I stedet for at lade alle deltagere arbejde med den samme case i det læge-etiske spil kan der dannes op til 5 grupper, der arbejder med hver sin case. Den opsamlende diskussion bliver i dette tilfælde mere omfattende, da den må blive en fremlæggelse af både selve casen og gruppens konklusion. Denne model kræver deltagere, der både er i stand til at strukturere diskussionen og til at abstrahere fra den helt umiddelbare problemstilling og drage generelle konklusioner.
- Man kan vælge kun at spille enten det læge-etiske eller det politiske spil. Herved mistes dog den - vigtige - pointe, at der er forskellige niveauer i prioriteringen, og denne pointe bør så fremgå på anden vis. Da de 2 spil også på flere andre punkter supplerer hinanden, er det erfaringen, at deltagerne først efter begge spil opnår at have en form for overblik over prioritering inden for sundhedsvæsenet. Splittes de 2 spil ad, bør de supplerende problemstillinger derfor fremgå af den øvrige behandling af emnet.
- Diskussionen i det politiske spil drejer sig i meget høj grad om at definere livskvalitet og sætte mål på den. Hvis der er god tid, kan der indlægges et ekstra spil, der udelukkende handler om at sætte livskvalitetspoint (QUALY) på før- og efter-situationerne. Opsamlingsdiskussionen kan handle om, om gruppen har en ensartet opfattelse af / mål for livskvalitet, og hvem gruppen prioriterer højest at hjælpe.
- Hvis spillet er led i et større arrangement, kan det evt. afsluttes med en paneldiskussion, hvor man til panelet har inviteret læger, politikere eller andre fagfolk.
- Bruges spillet i forbindelse med undervisning i sundhedsfag / biologi, kan eleverne i tilknytning til spillet beskæftige sig med de omtalte sygdomme og derigennem med menneskets fysiologi.

1.6: Litteraturliste



**Anders Bjørn m.fl.: Når hjernen er død...
Om hjernedøds kriteriet og organtransplantation. Sundhedsstyrelsen 1995**

**Det Ethiske Råd: Prioritering inden for sundhedsvæsenet - et debatoplæg.
Det Ethiske Råd 1995**

**Kenneth Flex: Prioritering og etik i sundhedsvæsenet - et arbejdspapir.
Det Ethiske Råd 1990**

**Fyngruppen: Udspil - om prioritering i sundhedssektoren.
Fyns Amt 1989**

**Klemens Kappel: Prioritering i sundhedsvæsenet .
I: Nils Holtug & Klemens Kappel: Anvendt Etik.
Nyt Nordisk Forlag, Arnold Busck 1992**

**Peter Sandøe m.fl.: Livskvalitet og etisk prioritering.
Nyt Nordisk Forlag, Arnold Busck 1992**

**Erling Tiedemann: Om misforholdet mellem muligheder, ressourcer og behandling.
I: Andersen, Mabek & Riss (red.): Medicinsk Etik, FADLs Forlag 1987**

**Henrik R. Wulff: Den samaritanske pligt - det etiske grundlag for det danske sund-
hedsvæsen. Munksgaard 1995**