

Postmottak@hod.dep.no

Deres ref.: 14/11155-2	Vår ref.: 14/07936-5	Saksbehandler: Marit S. Kise	Telefon: e-post: mkis@ahus.no	Dato: 12.02.2015
---------------------------	-------------------------	---------------------------------	----------------------------------	---------------------

Høringssvar – NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten

Det vises til invitasjon datert 13.11.2014. Akershus universitetssykehus HF (Ahus) gir med dette sitt høringsinnspill til utvalgets rapport og anbefalinger. Kommentarene er dels av generell karakter, dels ut fra antatt egnethet for prioritering ved Ahus.

Overordnet tilbakemelding

Ahus slutter seg til utvalgets forslag til hovedprinsipper, kriterier, virkemidler og prosess. Utvalget peker på at kriterier og virkemidler er tenkt egnet for prioritering på alle nivå. Ved Ahus menes de å være bedre egnet for prioritering og planlegging på overordnet nivå og for grupper av diagnoser/pasienter enn for prioritering knyttet til enkeltpasienter.

Ahus ser svært positivt på at forebygging og helsefremming er inkludert i prioriteringsbegrepet, og at formålet om flest mulig gode leveår knyttes til målene i meldinger og strategier som skal fremme folkehelse og forebygge sykdom.

Punktvis tilbakemelding:

De fire hovedprinsippene støttes. De oppfattes som gode prinsipper å arbeide ut i fra.

Sykehuset mener prinsippet/intensjonen om "Flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt" er en god, overordnet målsetting for helsesektoren. Imidlertid kan begrepene gode leveår og rettferdig fordeling bli vanskelig å operasjonalisere på en ensartet måte i praksis og i møtet med enkelte pasient og deres pårørende.

Ahus har en stor andel pasienter som kan falle inn under begrepet sårbare grupper. Rapporten sier: "En *rettferdig fordeling* av gode leveår krever at fordelingen av helsegevinster og helsetjenester *bygger på likebehandling* og vektlegger gode leveår som tilfaller de dårligst stilte." Ut fra erfaringer og kompetanse Ahus har med migrasjonshelse, vil vi peke på at likebehandling ofte er utilstrekkelig for å oppnå rettferdig fordeling av helsetjenester. Ofte kreves tiltak som sikrer *lik tilgang til likeverdige behandlingstilbud*. En rettferdig prioritering sett i lys av dette kan innebære både omfordeling av ressurser, tilpasning av helsetjenester og etablering av egnede støttetjenester (for eksempel tolk) i tilknytning til helsetilbudet.

De tre hovedkriteriene ble vurdert som gode. Prioritering er - og skal være vanskelig. Selv om verdispørsmål vanskelig løses gjennom kriteriebasert tenkning, kan de bidra til at prosessen og resultatene blir mer åpne og tydeligere uttrykt.

Kriteriene oppleves som "mer humane" i sitt uttrykk enn kriteriene fra Lønning II.

Alvorlighetskriteriet er erstattet med helsetap. Mange pasienter har mange samtidige helseproblemer med ulik alvorlighetsgrad. Begrepet helsetap må derfor kunne inkludere flere dimensjoner av samtidige tilstanders alvorlighet samt være uavhengig av årsaksrekkefølge av når flere sykdommer inngår i en tilstand.

Bruk av alder som indirekte kriterium og eventuell bruk av grenseverdier sammen med kriteriesettet ble ikke vektlagt i sykehusets drøftinger. Men det er uttrykt uro knyttet til nedprioriteringseffekt av en eventuelt "aldersnorm" på 80 gode leveår.

Virkemidlene vurderes som relevante og egnet til prioritering.

Det ble presisert at bruk av virkemidler må avpasses situasjonen og nivå for prioritering.

For å prioritere på individuelt nivå ble nasjonale retningslinjer pekt på som godt egnet. Bruk av Prioriteringsveiledere er viktig for å hindre overdiagnostikk og behandling, ordningen med Fritt behandlingsvalg aktualiserer dette.

Det er behov for rettslig forankring slik at beslutningstakere får tydelig mandat og kriterier å prioritere ut i fra. Det ble spesielt løftet frem som vesentlig knyttet til beslutninger om tilgang til spesialisthelsetjenesten.

Riktig og relevant informasjon er vesentlig for gode prioriteringsbeslutninger. Minimetodevurdering vurderes som en av flere verktøy for å skaffe kunnskapsbasert beslutningsgrunnlag før innføring eller utfasing av teknologi eller prosedyrer. Det er usikkerhet om forslaget om et eget nasjonalt fagmiljø med hovedansvar for informasjon på prioriteringsområdet gir ønsket gevinst. Ahus mener det er riktigere å utvikle eksisterende fagmiljøer slik at de kan benytte allerede innsamlede data og eksisterende databehandler- og analysekompetanse til å utvikle informasjon til bruk i prioriteringsdilemmaer og debatter.

Ahus slutter seg til at det er viktig å etablere god dokumentasjon av helsegevinst, ressursbruk og helsetap ved forebygging, utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering. Det må følges opp med økt støtte til forskning, god dokumentasjon av erfaringskunnskap samt publisering av funn innenfor områdene.

Utvalgets fokus på økt bruk av alternativkostnader ble støttet.

Bruk av egenandeler som virkemidler ble ikke tatt opp spesielt, men på generell basis ble det uttrykt at finansieringsordninger må samstemmes og gjenspeile prioriteringskriteriene.

Det er behov for mer kunnskap om prioritering og håndtering av vanskelige verdispørsmål hos så vel ledere som ansatte. Utvalgets forslag til prioritering som pensum for helse relaterte og ledelsesutdanninger samt brukerepresentanter støttes.

Prosessen

Det ble gitt støtte til prinsippet om åpne, gjennomsiktige beslutningsprosesser med bred involvering av relevante miljøer. Klinisk etikkomité uttrykte stor tilfredshet med å delta i prioriteringsdebatter både i prinsipielle og konkrete saker. Sykehuset har god erfaring med at brukernes erfaringer trekkes inn og vektlegges, og slutter seg til synet på verdien av det inn i prioriteringsprosessene.

Med vennlig hilsen



Tone Ikdahl
Viseadm. direktør