

## **NOU 2014:12 Høringssvar fra Anette Fosse, fastlege og sykehjemslege i Mo i Rana**

Med utgangspunkt som fastlege og sykehjemslege, med mange helsefaglige og helsepolitiske verv bak meg både lokalt, regionalt og nasjonalt, har jeg noen refleksjoner om utredningen og om veien videre.

Norheim-utvalget har levert en tung, hovedsakelig helseøkonomisk innrettet utredning. Utredningen kan fungere som et utgangspunkt for diskusjon om hvordan prioriteringsspmårl i helsesektoren kan håndteres. Vi trenger imidlertid en bredere tilnærming med tydeligere spor av pasienter og helsepersonell i den videre prosessen.

### **QALY**

QALY (kvalitetsjusterte leveår) er en beregningsmetode utviklet av helseøkonomer til bruk i prioriteringsspmårl. Hensikten er god. Ikke bare livsforlengelse, men også livskvalitet har betydning for om et helsetiltak skal anbefales. Gjennom store spørreundersøkelser om hvordan mennesker vektlegger ulike typer helsetap og helsegevinster, lages det tabeller som rangerer ulike helsetiltak. Dette gir tilsynelatende en objektiv måleenhet – et tall – som kan brukes til prioritering. Metoden er imidlertid svært omdiskutert både nasjonalt og internasjonalt. Et av de mange ankepunktene mot QALY er at tallet som kommer ut av metoden varierer avhengig av spørsmålsstillingen, hvem som spør og hvem man spør. Dette kan få direkte konsekvenser for hvilke helsetiltak som blir prioritert. Et tall framstår som en eksakt og objektiv verdi. Det er lett å bruke i beregninger, men er ikke så objektivt som det vil gi inntrykk av, og er i seg selv ingen garanti for å ta riktige avgjørelser.

I mandatet får utvalget i oppdrag å vurdere «bruk av QALYs som metode for å vurdere nytte på en systematisk og konsistent måte,...». Dette er ikke besvart tilfredsstillende av utvalget. En EU-rapport fra 2013 (ECHOUTCOME) fraråder å bruke QALY i helseprioriteringer. I USA er metoden forbudt å bruke. Dette er ikke nevnt i NOUen. Utvalget skriver at metoden ikke er ferdig utviklet, men at vi må bruke den i mangel av noe bedre. Det er ingen henvisninger til hvor omdiskutert metoden er, og det vises ikke til at mange land aktivt avviser QALY som metode. Dersom vi i Norge mener at QALY tross alt er den minst dårlige metoden, og at vi derfor vil velge å bruke den, er det helt grunnleggende for en åpen og ærlig prioriteringsdebatt å løfte fram og synliggjøre de store svakhetene ved metoden, slik at vi kan ta høyde for dem i den grad vi bruker metoden. NOUen ville ha stått seg på å drøfte disse utfordringene langt mer åpent og grundig.

### **Alder**

Alder skal ifølge utvalget ikke være et eksplisitt kriterium, men legges inn som en indirekte føring med 80 år som beregningsgrense. En slik indirekte aldersgrense medfører en fare for at denne aldersgrensen «fester seg» i hodene våre, slik at den får en betydning for mennesker over 80 år selv om det ikke var ment slik. Når utvalget på den ene siden skriver at alder ikke

skal være et kriterium, men samtidig anbefaler å legge alder inn i beregningsgrunnlaget for kriteriene, tilslører man at alder faktisk blir en del av vurderingsgrunnlaget. Dette er et klart brudd på tidligere praksis, og krever en grundigere diskusjon.

## **Kriteriene**

Utvalget foreslår å endre prioriteringskriteriene fra alvorlighet til helsetap, nytte til helsegevinst, og kostnadseffektivitet til ressurser. Begrunnelsen er at de nye kriteriene skal være en konkretisering av hva kriteriene betyr i praksis. Det kan hende at de nye kriteriebegrepene gir klarere assosiasjoner og føringer i prioriteringsarbeidet på et overordnet nivå. I klinisk praksis overfor den enkelte pasient er det imidlertid ikke lett å se hvordan de nye kriteriene skal brukes.

Slik utvalget definerer helsetapskriteriet og helsegevinstkriteriet blir de redusert til endimensjonale størrelser som i prinsippet skal kunne gi veiledende anbefalinger utfra en tabell. QALY er lagt inn som en usynlig grunnenhet i begge kriteriedefinisjonene. Dette er kanskje akseptabelt når det skal gjøres avveininger på systemnivå når det gjelder prioritering mellom ulike blåreseptmedisiner osv, men i møtet med den enkelte pasient blir dette meningsløst. I NOUen står det at «QALYs er ikke tenkt brukt direkte på klinisk nivå» (s.134). Likevel anbefaler man at disse kriteriene skal brukes direkte i klinisk pasientarbeid. Dette er inkonsistent og lite tillitvekkende.

## **Hvilken del av helsetjenesten?**

Utvalget har brukt en snever ramme for sin utredning. De har ensidig valgt å se på prioritering i andrelinjetjenesten. De har riktignok også tatt med fastlegene, men kun i funksjon av å være henvisere til andrelinjetjenesten. Fastlegenes og førstelinjens prioriteringsutfordringer per se er ikke berørt. Utvalget skriver at de nye prioriteringskriteriene skal kunne brukes på alle nivåer i helsetjenesten, til tross for at de har utelatt kommunenivået i utredningen.

Kriteriene skal ifølge utvalget kunne brukes både på systemnivå og individnivå. Slik begrepene helsegevinst, helsetap og ressursbruk defineres i NOUen er det vanskelig å se hvordan de kan brukes overfor den enkelte pasienten.

Helsepersonells etiske normer havner ofte på kollisjonskurs med helseøkonomenes normer. Vi trenger begge normsettene i helsevesenet. Denne NOUen bærer imidlertid et sterkt preg av et helseøkonomisk verdensbilde. Det gjør den vanskelig tilgjengelig for helsepersonell og pasienter/brukere.

Helsepersonell er ikke fremmed for prioritering. Vi prioriterer hele tiden – på venterommet, ved sykesengen, mellom smerte og dagligdagse behov, mellom omsorg og praktiske prosedyrer, mellom medisiner og samtale, mellom henvisning og egenomsorg. Vårt prioriteringsgrunnlag er imidlertid basert på medisinsk- og pleiefaglig kunnskap mer enn på

helseøkonomiske vurderinger. Slik skal og må det være. Når vi nå presenteres for prioriteringskriterier som i sitt grunnvesen er helseøkonomisk basert blir det vanskelig å anvende dem på en måte som stemmer med det helsefaglige prioriteringsgrunnlaget.

I den videre utviklingen av prioriteringer i helsevesenet tror jeg det er viktig å vurdere om det bør lages ulike kriterier for ulike nivåer og ulike prioriteringssituasjoner. De overordnede begrepene alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet er fortsatt gangbare. QALYs eller andre helseøkonomiske metoder kan benyttes på store systemer, mens en helsefaglig basert prioritering må gjelde jo nærmere vi kommer møtet mellom pasient og helsepersonell.

Prioriteringsutfordringer kan i større grad legges inn i helsefagutdanningene og i videre- og etterutdanning av helsepersonell. Etisk refleksjon, rettferdig fordeling, sosiale gradienter, helseøkonomi og lignende faktorer må legges inn sammen med medisinske og pleiefaglige normer.

Vanskelige prioriterings spørsmål vil og skal aldri forenkles til å bli løst via en tabell som viser helsetap og helsegevinst pr kostnad. Det må brukes etiske, politiske og sosiale briller. En tabell kan kanskje hjelpe på overordnet nivå, men kan aldri gi en fasit.

Dette må drøftes mye grundigere i den videre prosessen.

### **Svaret er 42....**

Til slutt vil jeg dele en assosiasjon jeg fikk da jeg leste NOU 2014:12. Den er hentet fra romanen «Haikerens guide til Galaksen». En datamaskin ble stilt spørsmålet om Meningen med Livet, Universet og Alt mulig. Etter syv og en halv millioner år med avanserte beregninger kom svaret fra datamaskinen: «Førtito!»