

Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten

Det blir gjort prioriteringer hver eneste dag i det norske helsevesenet.

Prioritering i helsevesenet er et vanskelig og brennbart tema. Ved å prioritere noen, vil andre bli prioritert ned. Hvem som må prioriteres ned blir svært diffust omtalt i slike sammenhenger, og det blir til sist helsepersonell som står med dilemmaet og må ta avgjørelsen om hvem som skal prioriteres og ikke.

Debatt om prioritering er helt nødvendig. Det er forventning om at alle helseplager kan behandles. Helsepersonell er redd for å gjøre feil. Blir konsekvensen overdiagnostisering og overbehandling? Brukes ressursene til helse i Norge rett?

Prioriteringsutvalget la i november 2014 frem sin utredning «Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten» (NOU 2014:12).

«Flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt» blir foreslått som mål for prioritering. Utvalget legger frem tre hovedkriterier for prioritering:

- Helsegevinstkriteriet
- Ressurskriteriet
- Helsetapskriteriet

I tillegg blir det foreslått fire tilleggskriterier: Alder, mangel på alternative tiltak, bidrag til innovasjon og sjeldenhet.

Helsegevinstkriteriet: Et tiltaks prioritet øker med forventet helsegevinst. Helsegevinst skapes via to konsekvenser av bedret helse: Økt levetid og økt livskvalitet, samlet til «gode leveår». Helsegevinst kan både gjelde pasienten selv i tillegg til pårørende og samfunnet ellers.

Ressurskriteriet: Et tiltak får høyere prioritet desto mindre ressurser det er forventet å forbruke. Ressurskriteriet bør ikke brukes alene, men sammen med de to andre hovedkriteriene.

Helsetapskriteriet: Det blir foreslått at dette kriteriet erstatter det gjeldende alvorlighetskriteriet. Utvalget mener det er forventet helsetap over livsløpet som er mest relevant. Utvalget foreslår at referansenivået inntil videre kan være 80 gode leveår.

Ordvalgene i utredningen kan stå i veien for en konstruktiv debatt om prioritering i helsevesenet. Det er naturlig nok mange ulike aktører som fremmer sine synspunkter om prioritering. Debatten som har fulgt etter utredningen ble lagt frem gir inntrykk av at partene har ulik oppfatning av begrepene som blir brukt, og at partene gjerne snakker forbi hverandre. Helsegevinst og helsetap er fremmede begrep. Vi er redd utgangspunktet for debatten ble uheldig da partene ikke «snakker samme språk» som fører til en avstand mellom partene som ikke er reell.

Helse er ulikt fordelt mellom sosiale grupper i befolkningen. Disse helseforskjellene er urettferdige og mulig å gjøre noe med da de er sosialt skapt. Utjevning av sosiale ulikheter i helse er et av

hovedformålene til folkehelseloven. Utredningen legger lite vekt på sosial ulikhet i helse i sin vurdering av prioriteringer i helsetjenesten. Vi mener at prioritering for å utjevne sosiale helseforskjeller burde være et eget hovedkriterium, på lik linje med de foreslåtte tre hovedkriteriene.

Et mål for å vurdere helsegevinstkriteriet er økt livskvalitet. Et slikt kriterium vil alltid være vanskelig å vurdere. Hvem bestemmer hva som er god livskvalitet og gode leveår? Hvordan en person selv vurderer sin livskvalitet kan være ganske ulikt en objektiv vurdering.

I utredningen blir det foreslått at alder kan være et tilleggskriterium. Tilleggskriteriene skal ikke tillegges selvstendig vekt, men kan påvirke prioritet via hovedkriteriene. Alder som kriterium har vekket mye debatt etter at utredningen ble lagt frem. Det er krevende å kommunisere alder i prioriteringsdebatten. Likevel opplever vi at alder som tilleggskriterium blir dobbeltkommunisert i denne utredningen. Med flere eldre med kroniske og sammensatte lidelser blir det foreslåtte referansenivået på 80 år uklart og lite egnet i det daglige arbeidet for helsepersonell. Utvalget konkluderer samtidig med at alder aldri bør ekskludere noen fra behandling.

Prioriteringer skjer daglig på alle nivå i helsevesenet. Det er helt nødvendig med debatt om hvordan ressursene i helsevesenet best mulig skal fordeles. Prioriteringsutvalget har levert en omfattende utredning, men vi er avventende til om forslagene i utredningen utgjør reelle endringer.