

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

MOTTATT
18 FEB 2015
DSS: Skanning

Vår ref.
2014/508 - 1047/2015

Deres ref.

Saksbehandler
Henrik Andreas Sandbu, 74 83 99 63

Dato
17.02.2015

Høringssvar – NOU 2014:12 Åpen og rettferdig - prioritering i helsetjenesten (Norheimutvalget)

BAKGRUNN

Regjeringen nedsatte 21. juni 2013 et offentlig utvalg som skulle vurdere hvordan vi best møter dagens prioriteringsutfordringer i helsesektoren. Utvalget ble ledet av professor Ole Frithjof Norheim og de leverte sin rapport i november 2014. Rapporten vil danne grunnlag for en stortingsmelding om prioriteringer i helsetjenesten.

Utvalgets mandat har vært å drøfte prinsipper, kriterier og virkemidler for prioriteringer i helsetjenesten, samt vurdere prosess for brukermedvirkning, åpenhet, oppslutning og implementering.

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt NOU 2014:12 *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten* på høring med høringsfrist 20. februar 2015.

Helse Midt-Norge RHF har i dialog med underliggende helseforetak utformet en felles høringsuttalelse fra foretaksgruppa. St. Olavs Hospital HF har vært en vesentlig bidragsyter i saken, men det er også kommet innspill fra Helse Nord-Trøndelag. Styret for Helse Midt-Norge fikk utkast til høringssvar forelagt i sak 17/15, og synspunkter fremkommet i styremøtet er innarbeidet i endelig høringssvar.

HØRINGSFORSLAGET

Utvalget løfter fram fire hovedprinsipp for god prioritering:

- 1) Prioriteringer bør bidra til «flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordeling»
- 2) Prioriteringer bør følge av klare kriterier
- 3) Prioriteringer bør gjøres systematisk, åpent og med brukermedvirkning
- 4) Prioriteringer bør gjennomføres med et helhetlig sett av effektive virkemidler

Prioriteringsarbeidet kan styrkes gjennom nye og oppdaterte kriterier. I tillegg er det behov for tydeligere innhold. Utvalget foreslår at dagens kriterier alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet blir erstatta med følgende overordna kriterier:

- 1) *Helsegevinst*: Et tiltaks prioritet øker med forventet helsegevinst og annen relevant velferdsgevinst fra tiltaket
- 2) *Ressursbruk*: Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på
- 3) *Helsetap*: Et tiltaks prioritet øker med forventet helsetap over livsløpet hos den eller de som får helsegevinst

HOVEDPUNKTER I HØRINGSUTTALELSEN FRA HELSE MIDT-NORGE

Oppsummert

Utvalget fikk et omfattende mandat til å vurdere nåværende prioriteringsutfordringer i helsetjenesten. Helse Midt-Norge vil berømme utvalget for måten de har løst oppdraget på. Helse Midt-Norge mener utvalget har utført et omfattende og grundig arbeid som i positiv forstand utfordrer både tenkning og praksis i helsetjenesten, på et felt som er både utfordrende og komplisert.

Innledningsvis i mandatet for utvalget pekes det på at «utvikling i behandlingsmetoder, teknologi, demografi, sykdomsbyrde og forventninger gjør det nødvendig med en ny utredning om hvordan vi best prioriterer helsetjenestes ressurser». Utvalget har på en god måte grunnlagt at prioriteringsutfordringene ikke vil bli mindre i tiden framover. Det savnes likevel en grundigere analyse av hvordan nåværende kriterier praktiseres, og hvor de eventuelt er problematiske eller kommer til kort.

For Helse Midt-Norge er det viktig at nye kriterier og mekanismer for prioritering bygger opp under likeverdighetstankegangen.

Utvalget foreslår tre nye kriterier for prioriteringer: helsegevinst, ressursbruk og helsetap. Ambisjonen er at kriteriene skal være gjennomgående for hele helsetjenesten, fra det politiske til det utøvende nivå. Dette vil bli omtalt nærmere.

Utvalget skal ha ros for å løfte frem og konkretisere forebyggingsperspektivet. I det daglige ser vi at bedre forebygging på individuelt og samfunnsmessig nivå kunne redusert behovet for mange helsetjenester og frigjøre ressurser til andre oppgaver. Utredningen inneholder også forslag til et helhetlig sett med virkemidler.

Nye kriterier

Utvalget foreslår tre kriterier som grunnlag for fremtidig prioritering i helsetjenesten: «helsegevinst», «ressurs(bruk)» og «helsetap». Forslaget representerer både ny terminologi og noe endret innhold sammenlignet med de kriteriene som er gjeldene i dag: «alvorlighet», «nytte» og «kostnadseffektivitet».

Utvalget er i mandatet bedt om å vurdere om de nåværende kriteriene «alvorlighet», «nytte» og «kostnadseffektivitet» tilfredsstiller dagens prioriteringsutfordringer, og hvordan de kan utdypes og presiseres. Vi kan ikke se at utvalget har gått substansielt inn i disse problemstillingene. Det foreligger derfor ingen reell drøfting av de foreslåtte kriteriene sett opp mot de nå gjeldende.

Gjennomgående kriterier – eller differensiere?

Utvalget har hatt høye ambisjoner om å utforme prioriteringskriterier som er gjennomgående. Det vil si at de skal kunne fungere:

- både for forebyggende tiltak og for behandling
- på overordnet nasjonalt nivå og lokalt, helt til møtet med pasienter
- på elektiv behandling og i øyeblikkelig-hjelp-situasjoner
- for alle typer metoder og både for diagnostisering, behandling og oppfølging

Dette er en ideell, og i utgangspunktet ønskelig, målsetting. Helse Midt-Norge stiller imidlertid spørsmål ved om dette er en for høy ambisjon. Vi mener prioriteringsutfordringene er av forskjellig art på overordnet nivå og i den kliniske hverdag, samt mellom forebygging og behandling.

Et gjennomgående sett kriterier er krevende å forholde seg til, og med utgangspunkt i spesialisthelsetjenestens hverdag stiller vi spørsmål ved om det ikke vil være behov for å differensiere. Helse Midt-Norge vurderer det foreslåtte kriteriet helsetap som mest relevant på overordnet nivå og for forebygging spesielt, men som mer problematisk i klinikken. Det utdypes nærmere under.

Prioritering og helsepersonells behov for beslutningsstøtte

Helsepersonell må gi anbefalinger og ta valg i møtet med pasienter, og sykehusene må gjøre valg knyttet til planlegging og budsjettering. Dette handler både om god (eller dårlig) klinisk praksis og om prioritering. Prioriteringskriterier og nasjonale føringer med utgangspunkt i disse, er viktig beslutningsstøtte i en lokal klinisk hverdag. Utvalget har ikke etter Helse Midt-Norges vurdering i tilstrekkelig grad maktet å klargjøre skillelinjene mellom god faglig praksis og prioritering. Dette er delvis knyttet til intensjonen om gjennomgående prioriteringskriterier.

Hvordan prioriteringskriterier kan operasjonaliseres og dernest anvendes, er en viktig indikator på om de faktisk er egnet til å fungere som beslutningsstøtte. Helse Midt-Norge savner en grundigere diskusjon av bruken av QALY-verdier¹ som grunnlag for prioritering i klinikken kontra prioritering på gruppenivå. Det er betydelige utfordringer knyttet til å bruke maksimering av QALY i kliniske beslutningssituasjoner.

Om kriteriet helsetap versus alvorlighet

Utvalget foreslår at kriteriet «helsetap» delvis bør erstatte det nåværende alvorlighetskriteriet. Utvalget har en definisjon av helsetap som tar utgangspunkt i et forventet antall gode leveår, og kriteriet inkluderer både helsetap tidligere i livet og mulig helsetap fremover i tid.

- Helse Midt-Norge oppfatter helsetap som et komplekst kriterium som kan forstås på flere ulike måter, som igjen kan være riktige eller gale ut fra «læreboka». Likevel vil flere ulike oppfatninger kunne føre til forvirring.
- Helse Midt-Norge oppfatter at kriteriet alvorlighet delvis overlapper helsetap, men tar utgangspunkt i her-og-nå-situasjonen. Vi vurderer alvorlighet som enklere å forstå og kanskje mer i tråd med hva «folk flest» og helsepersonell oppfatter som rettferdighet målt ut fra «den alvorligst syke pasienten». I møtet mellom legen og enkeltpasienten vil det oftest være praktisk umulig å vektlegge og begrunne framtidig behandlingsvalg med eventuelt (manglende) helsetap tidligere i livet. Utvalgets arbeid bør følges opp med ytterligere gjennomtenkning og operasjonalisering av alvorlighetskriteriet med utgangspunkt i dagens kriterier, hvor betydningen av framtidig tap av livskvalitet vektlegges.
- Etter Helse Midt-Norges vurdering burde de etiske aspektene ved helsetap vært bedre belyst. En etisk begrunnelse for å beholde og utvikle alvorlighetskriteriet på klinisk nivå (framfor helsetapskriteriet), kunne forankres i prinsippet om å gjøre vel imot og prinsippet om ikke å påføre skade, dvs. god faglig praksis. Og motsatt, dersom helsetapskriteriet skal brukes på klinisk nivå i møte med den enkelte pasient, vil det kunne oppleves å være i strid med disse prinsippene.

¹ Norge og en rekke andre land har i de siste tiår tatt i bruk et mål for helsegevinster som kalles «kvalitetsjusterte leveår» - forkortet «QUALY» (quality adjusted life year).

- Det ville også kunne være en fare for at det i klinisk sammenheng utvikler seg en slags teknisk, tabellmessig vurdering ut fra helsetapskriteriet, som igjen ville kunne oppfattes som litt vilkårlig og lite følsom for individuelle behov.
- Helse Midt-Norge oppfatter videre at helsetap introduserer alder som et tilnærmet direkte kriterium alene. Vi erkjenner at alder i en del situasjoner vil være relevant, spesielt i ytterpunktene mot små barn og gamle mennesker. I den kliniske hverdagen tror vi imidlertid at alder primært bør telle indirekte gjennom den medisinske vurderingen av risiko og nytte av behandling.

Helse Midt-Norge oppfatter det med andre ord som problematisk, i kliniske og klinikknære situasjoner, å skulle ta hensyn til helsetap tidligere i livet. Vi ser imidlertid at helsetap i et livsløpsperspektiv kan være relevant på overordnet nivå (gjennom å gi større prioritet til kroniske sykdommer som for eksempel alvorlige psykiske lidelser). En etisk begrunnelse for å bruke helsetapskriteriet på et mer overordnet fordelingsnivå, kunne være prinsippet om rettferdighet. Rettferdighet blir da forstått som at de som ikke allerede har hatt et gode, skal få. Det bør med andre ord utredes om helsetap kan introduseres på et overordnet nivå og knyttet til for eksempel forebyggende tiltak og ressursfordeling. En videreutvikling av termen alvorlighet og dagens kriterier kan på den annen side vurderes brukt for god faglig praksis i klinisk hverdag.

Om prosesser og virkemidler for å utøve prioritering

Nasjonale føringer med utgangspunkt i prioriteringskriterier utgjør viktig beslutningsstøtte for sykehus både i planlegging, budsjettering og pasientbehandling. Utvalget gir en omfattende fremstilling av dagens helse-system med hensyn til institusjonell forankring av prioritering og systematisk beslutningsstøtte for prioritering. I sum består dette av mange aktører og mange virkemidler. Nasjonalt system for å ta i bruk nye metoder representerer en måte å samordne både funksjoner, prosesser og beslutninger knyttet til prioritering.

Helse Midt-Norge deler utvalgets oppfatning av at det er ønskelig å styrke den nasjonale funksjonen knyttet til prioritering. Dette kan for eksempel konkretiseres med at ett organ bør ha ansvar for å etterspørre, bestille og anvende prioriteringsrelevant informasjon. Videre at dette organet kan ytre seg om hvilke nasjonale retningslinjer som bør utformes og legge til rette for åpne prosesser før råd fattes. Hvordan en styrking av den nasjonale funksjonen i praksis best kan skje, oppfatter vi som et mer åpent spørsmål som bør utredes nærmere.

Konkret kan dette handle om å legge til rette for enda bedre prosesser og synliggjøre ansvar for å vurdere og å beslutte innføring av nye metoder. Helse Midt-Norge vil her også peke på behovet for å sikre at beslutninger gjelder alle leverandører av helsetjenester basert på offentlig finansiering. Muligheter for omkamp eller godkjenning via offentlige parallelle systemer, bør reduseres til et minimum.

Lokalt foreslår utredningen å styrke arbeidet til lokale kliniske etikkomitéer, ved blant annet å sette dem i stand til å gi råd og anbefalinger om prioriteringsspørsmål i helseforetakene ved innføring av ny teknologi og nye kostbare legemidler. Det å i større grad ta i bruk kliniske etikkomitéer og den kompetansen de besitter, vurderes som en god idé. Det er likevel et forslag som krever ytterligere gjennomtenking og bør sees i sammenheng med en nærmere utredning av en styrket nasjonal funksjon. Det er spesielt viktig å beholde etikkomitéene som frie og uavhengige organer.

Finansiering som prioriteringsverktøy

Utvalget peker på at det er behov for å vurdere hvordan ordningen med innsatsstyrt finansiering påvirker faktiske prioriteringer. De foreslår også å innarbeide prioriteringskriteriene i finansieringssystemet. Dels skjer dette gjennom at DRG-prisene for prosedyrer som ikke er funnet å være kostnadseffektive, ikke oppdateres, og dels gjennom at det innføres egenandeler som graderes etter tjenestens prioritet.

Helse Midt-Norge er ikke uten videre enig i at finansieringssystemet egner seg som et aktivt instrument i prioriteringsøyemed. Utvalgets forslag om å integrere prioriteringskriteriene i finansieringssystemet krever en langt grundigere utredning. Forslaget om at DRG-prisene for prosedyrer som ikke er funnet å være kostnadseffektive *ikke* skal oppdateres, bør vurderes nærmere både som prinsipp og med hensyn til praktisk gjennomførbarhet.

Er det behov for å prioritere?


Slik vi erfarer det har sykehusene alltid måttet gjøre prioriteringer. Den medisinske utviklingen går i retning av økt spesialisering og stadig nye muligheter både innen diagnostikk og behandling. Kvalifisert personell er en begrensning i mange sammenhenger og behovet for nytt medisinsk teknisk utstyr er hele tiden til stede. Helse Midt-Norge ser derfor et stort behov for å løfte prioritering som tema, på alle nivå – noe utredningen bidrar til.

Kriterier for prioritering i helsetjenesten versus pleie og omsorg

Utvalget har avgrenset sitt arbeid mot pleie- og omsorgssektoren. Prioriteringer i sykehusene har betydning for ressursbruk i kommunene og vice versa. Helse Midt-Norge støtter utvalget i at prioriteringskriterier for pleie og omsorg bør være tema for framtidige utredninger, og mener at de med fordel kan sees i sammenheng med kriterier for helsetjenesten. Intensjonen om å få til gjennomgående kriterier både for helsetjenester og pleie- og omsorgstjenester vil ytterligere synliggjøre utfordringene når det gjelder innholdet i kriteriene helsegevinst, helsetap og ressursbruk, samt forståelsen av termen rettferdig fordeling.

Med vennlig hilsen


Daniel Haga
Konst. adm.direktør


Henrik Andreas Sandbu
Ass. direktør for helsefag, forskning
og utdanning

Kopi til:

Helse Nord-Trøndelag HF	Sykehuset Levanger, Postboks 333	7601	LEVANGER
Helse Møre og Romsdal HF	Postboks 1600	6026	ÅLESUND
St. Olavs Hospital HF	Postboks 3250 Sluppen	7006	Trondheim