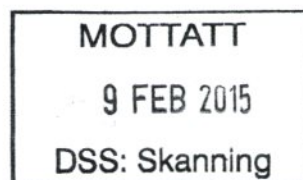


Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo



Dykkar ref:

Vår ref:

2014/1097 - 8107/2015

Sakshandamar:

Hans K. Stenby 51 96 38 17

Dato:

05.02.2015

Høring - NOU 2014:12 Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten

Det blir vist til høyringsbrev av 13.11.14 frå Helse- og omsorgsdepartementet.

I Helse Vest RHF blei forslag til høyringsuttale lagt fram for styret i møte 4. februar 2015, jf. sak 11/15. Styret vedtok å gi følgjande uttale:

Innleiing

Til grunn for utgreiinga ligg det eit omfattande mandat frå departementet. Utvalet svarar i det alt vesentlege med gode grunngevingar på dei ulike elementa i mandatet.

Likevel er det grunn til å utfordra synspunkta frå utvalet på nokre av framlegga. Trass i at det er vanskeleg å finna logisk eller teoretiske manglar i utvalet sine argumentasjonar, er dei spørsmåla som blir drøfta så sterkt prega av både helsefaglege, etiske og politiske verdiavvegingar at det ikkje er urimeleg at svaralternativa som kan grunnjevast godt, likevel kan bera preg av eit stort mangfald.

Behovet for kriteriebasert prioritering

Utgreiinga presenterer ein heilskapleg, omfattande og oppdatert argumentasjon for at prioritering er naudsynt, også i vårt ressursrike helsesystem. Det kjem også godt fram at prioriteringar skjer i det daglege på alle nivå i helsesystemet, frå dei overordna politiske vedtaka, til dei konkrete kliniske avgjerdene i kontakten mellom pasientar, pårørande og helsepersonell.

Utgreiinga er tydeleg på at prioritering ikkje berre medfører at ein rangordnar pasientane etter ulike kriteria. Prioritering handlar også om å seia nei til nokon og ja til andre. Det er ikkje minst i denne siste forståinga av innhaldet i omgrepet prioritering at dei vanskelege avvegingane skjer. Det er her at både pasientar og folk flest opplever ulike konkrete situasjonar som urimelege. Når det gjeld prioritering i form av rangordning, er den allmenne oppfatninga at dette er noko som snarare er rettferdig enn urimeleg. Rangordning er også noko som er meir legitimt for helsepersonellet, og som dei også ofte vil kjenna at dei har fagkunnskap for å utføra. Det er langt verre for helsepersonell å måtta seia nei til nokon som oppsøker dei med sjukdom, uansett om helsehjelpa kanskje har lite å tilføra. Nettopp i slike situasjonar kan opne og gjennomdrøfta kriteria vera til god hjelp, også i konkrete situasjonar.

Kritisk analyse av dei gjeldande prioriteringskriteria

Utvalet set utgreiinga si tydeleg i samanheng med tidlegare arbeid om prioritering i den norske helsetenesta. Utgreiinga blir sett i forlenginga av tidlegare dokument som NOU 1987:23 (Lønning I), NOU 1997:18 (Lønning II), NOU 1997:7 (refusjon for legemidlar) og St. meld. nr. 26 (1999 – 2000) (Om verdjar for den norske helsetenesta). Det blir peikt på at desse har sikra eitt breitt ankerfeste for prioriteringsarbeidet i det norske samfunnet. Men dette er dokument og debattar som ligg over 15 år attende i tida.

Mykje har skjedd sidan då. Utviklinga med tydelegare krav til medverknad frå pasientar og pårørande, har styrkt behovet for ein ny prioriteringsdebatt som også må ta opp i seg avvegingar i møte med einiskildsituasjonar på ein mykje tydelegare måte enn tidlegare.

Utvalet anerkjenner dei kriteria som blei sette av Lønning II-utvalet, men meiner at desse ikkje lenger er føremålstenleg. På dette punktet kunne vi gjerne sett at utvalet hadde presentert ein mykje breiare analyse. Det hadde vore veldig interessant å ha ei djupare, gjerne empirisk basert, forståing av kvifor dei kriteria som har vore gjeldande fram til no, ikkje lenger er sett på som brukbare. Utvalet sine drøftinga på desse punkta kunne godt vore langt djupare. Det ville gitt ei djupare forståing kvifor kriterier som er innarbeidd blir føreslått endra.

Utvalets fire prinsipp for god prioritering gir eit trygt rammeverk

Utvalet presenterer fire overordna prinsipp for god prioritering. De fleste av desse, «klare kriterier», «systematisk, ope og med brukarmedverknad» og «gjennomføring med eit heilskapleg sett med effektive verkemiddel», er relativt lite kontroversielle og står fram som gode prinsipp. Det siste prinsippet om «flest mogeleg gode leveår for alle, rettferdig fordelt» står også fram som er godt og riktig prinsipp. Det er likevel langt meir krevjande og utfordrande å omsette i konkret prioriteringspraksis. Det er eit klårt verdival, og legg vidare grunnlaget for dei etterfølgjande kriteria som er valde. Likevel er påvisinga av desse fire prinsippa eit viktig grep som utvalet gjer for å klårgjera synspunkta sine, og det medverkar til at debatten som vil følgja kan haldast fokusert og ryddig.

Behov for utfyllande diskusjon og drøfting

Utvalet kjem med tre nye prioriteringskriteria: helsegevinstkriteriet, ressurskriteriet og helsetapskriteriet. På mange måtar står dei to siste kriteria ganske tydeleg i forlenginga av tidlegare kriteria (særleg kostnadseffektivitet og alvor). Helsegevinstkriteriet står også i den eksisterande tradisjonen, og skal erstatta nyttekriteriet og delar av kostnadseffektivitetskriteriet.

Utvalet meiner kriteria er relevante for heile helsetenesta og det blir lagt til grunn at det gjeld på tvers av diagnosar, også psykisk helsevern og rusområdet.

Utvalet argumenterer med at dei nye kriteria er mindre teknisk prega enn dei tidlegare. Det er ein stor styrke med utgreiinga at utvalet gjennom spesifikke kliniske døme prøver å visa korleis desse kriteria kan nyttast i det praktiske prioriteringsarbeidet på ulike nivå.

Det er likevel ikkje uproblematisk å gå frå eit mål om «flest mulig gode leveår til befolkninga», til også å ha som mål at dei skal vere «rettferdig fordelt». Det vil då ikkje berre vere framtida som tel men også livet som er levd.

Utvalet sitt standpunkt byggjer på ein «totallevetidsmodell», der verdien av leveåra blir jamna ut over heile livslauget, både det livet som har vore og det som kan koma. Det burde vore drøfta djupare om det kan vera slik at den allmenne oppfatninga av verdien av eit menneskeliv meir rettar seg inn mot «attverande levetid». I det perspektivet blir eit berga leveår meir verdt for ein 80-åring enn for ein 20-åring.

Det er samstundes i dag også god forståing for at barn og unge må ha ein prioritet ut frå at dei utan god helsehjelp kan ha i utsikt mange tapte gode leveår. I praksis vi dei fleste få god hjelp for helsetilstandar der det fins helsehjelp som kan gi klar helsegevinst sjølv om nokon blir prioritert før andre når tilgjengeleg ressursar tilseier det.

På eit overordna nivå vil målet «rettferdig fordelt» vere nyttig i forhold til fordeling av ressursar. Det vil gi grunnlag for å prioritera opp grupper som har kjent redusert livlengde eller grad av redusert livskvalitet over livsløpet.

På eit kliniske nivå, i møte med pasientar, vil det vere behov for ei utfyllande drøfting av korleis det kan implementerast slik at det gir meining og forståing.

Ei anna sida ved dette er om det er mogeleg å få gode mål på helsegevinst og helsetap. Det er her grunn til å stille spørsmål om vi har tilstrekkeleg kunnskap. For mange somatiske tilstander med forventast kort levetid vil det vere mulig å vurdere helsegevinst gitt at finnes behandling pasienten kan forventast å dra nytte av. For pasientar med kronisk men ikkje dødeleg sjukdom, kan det vere utfordrande fordi det ikkje finnes data og kor det kan vere betydeleg variasjon mellom pasientar innan same diagnosegruppe. Det vil også vere stor variasjon i opplevd livskvalitet mellom pasientar med same sjukdom og medisinsk vurdert same grad av sjukelegheit.

Innanfor psykisk helsevern og rus vil kunnskapsgrunnlaget også kunne vere svakt på fleire område. Det er likevel viktig å sikre at desse gruppene blir prioritert på lik linje med somatiske pasientar og får tilgang til beste behandling.

Det gir grunn til å stilla spørsmål ved bruken av QALYs inn mot så klinisk nære kriterier som utvalet legg opp til. Dette bør drøftast nøye før ein tek til å endra gjeldande lovgjeving og ordningar i samsvar med utvalet sine framlegg. Ein biverknad som utvalet ikkje har drøfta eksplisitt, er om forslaga er i samsvar med den allmenne oppfatninga av verdien av eit menneskeliv. Dette perspektivet blir i liten grad fanga opp av modellar som gjer seg bruk av QALYs i eit totalt livsperspektiv. Bruk av kvalitetsjusterte leveår kan også bidra til å gjera kriterier ganske tekniske av seg.

Verkemidla som føreslås er relevante og rimelege

Utvalet føreslår ei vidareføring og justering av eksisterande ordningar for prioriteringar i helsetenesta, men eigentleg er det få nye tiltak som blir trekte fram. Verknadene både av justerte og nye ordningar er vanskelege å føreseia, men kvar for seg og samla sett verkar dei relevante og rimelege ut frå dei prinsippa og kriterier som utvalet legg til grunn. Ut frå erfaring med ulike prioriteringsordningar over tid, er det kanskje likevel grunn til å stille spørsmål ved om ein har for stor tru på effekten i møte med enkeltpasientar.

Oppsummering

Etter vår vurdering har utvalet gjort eit godt arbeid innanfor det mandatet og dei tidsrammene dei hadde fått.

Manglane med dagens kriterier og ordningar kunne vore noko meir analyserte og drøfta.

Utvalet legg til grunn viktige prinsipp for god prioritering. Prinsippet om «flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt» er likevel ikkje uproblematisk. Det vil vere behov for ei vidare både prinsipiell og praktisk drøfting dersom dette skal implementerast som rettesnor for god prioritering i helsetenesta.

Helsegevinstkriteriet bør også drøftast meir før det blir gjort endeleg gjeldande.

Dei presenterte verkemidla er jamt over relevante og rimelege, og dei står seg godt i den norske helsepolitikken og prioriteringstradisjonen. Men det er likevel grunn til å spørja om dei er meir gjennomførbare i klinisk praksis enn det vi har sett med gjeldande kriteria og ordningar.

Vennleg helsing


Hans K. Stenby
plansjef

All elektronisk post til Helse Vest skal sendes til postmottak: post@helse-vest.no