

Helse- og omsorgsdepartementet
Postmottak@hod.dep.no

Deres ref.: 14/3410

Vår ref.: 11/12

Oslo, 19.2.2015

Hørings svar – NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten

I NOU rapporten "Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten", legger Norheim-utvalget frem forslag til hovedprinsipper og tre hovedkriterier for prioriteringer i helsetjenesten.

Generell kommentar

Rapporten er grundig og mange prioriteringsaspekter er godt belyst. Imidlertid kunne rapporten en del steder med fordel vært redigert strammere, og noen litt perifere kommentarer utelatt. Det er prisverdig at utvalget har prøvd å lage enkle kriterier og enkle kategoriske forslag til hvordan kriteriene kan brukes. Men, utfordringen ligger nettopp i hvordan slike enkle regler vil komme til å bli benyttet i praksis. Forslaget om helsetapsklasser og grenseverdier er såpass forenklet at det nok vil åpne for større problemer enn det løser. Utvalget fikk et omfattende mandat, og dette burde muligens vært strammet inn. Forslaget til forebyggende tiltak burde kanskje vært tatt ut av mandatet, fordi resultatet ble såpass smalt og lite omfattende.

Nedenfor følger en del spesifikke kommentarer:

Norge – premiss for prioriteringer?

Utvalget skriver at Norge har sluttet seg til Verdens Helseorganisasjons mål om 25% reduksjon av for tidlig død av kroniske ikke-smittsomme sykdommer innen 2025. For tidlig død defineres som død før fylte 70 år. I Norge, som i mange andre land, er kreft hovedårsak til for tidlig død, men i Norge er dette også viktigste dødsårsak i aldersgruppen 70-79 år. Det er da viktig å huske på at kriterier for prioritering av helsetjenester, uansett utforming, må sørge for at kreftforebygging og -behandling blir ivaretatt. Spesielt blir det viktig å ta for seg de områdene hvor Norge ligger etter andre europeiske land, og sørge for at prioriteringer medfører at nivået løftes. Dette gjelder blant annet innføring av avanserte kreftlegemidler. Hvis de nye kriteriene konsoliderer den restriktive praksis Norge har ført de siste årene, sammenlignet med andre nordiske og europeiske land, vil det kunne medføre at vi havner enda lenger etter de land vi ønsker å sammenligne oss med, både når det gjelder forventet og oppnådd levealder. Denne problemstillingen er viktig, og ble dessverre ikke diskutert av utvalget.

Utvalget ender opp med tre overordnede kriterier: helsegevinstkriteriet, ressurskriteriet og helsetapskriteriet.

Helsegevinstkriteriet

Helsegevinstkriteriet innebærer at tiltak som gir større forventet helsegevinst skal prioriteres høyere. Utvalget legger vekt på at både økt levetid og livskvalitet skal spille inn. Her er det flere hovedutfordringer:

- 1) Nye tiltak har ikke nødvendigvis god informasjon om både økt levetid og livskvalitet. Dårlig informasjon om livskvalitet innen et område kan føre til at tiltaket blir nedprioritert sammenlignet med et annet hvor man har mer informasjon eller antakelse om livskvalitetsforbedringer.
- 2) Avgjørelser kan bli tatt altfor kategorisk, og man kan komme til å ignorere viktige forskjeller mellom undergrupper av pasienter. Dette gjelder spesielt innenfor kreftbehandling, og i vurdering av nye medikamenter hvor enkeltgrupper kan ha betraktelig lenger forventet levetid enn gjennomsnittet.

Ressurskriteriet

I ressurskriteriet vektlegges hvilke ressurser et tiltak vil beslaglegge innenfor helsetjenesten. Her gjelder det både direkte kostnader ved tiltaket, men også indirekte kostnader som personell og teknisk utstyr.

Helsetapskriteriet og helsetapsklasser

I helsetapskriteriet diskuterer utvalget både tapt levetid og tapt livskvalitet.

Helsetapskriteriet er trolig det mest kontroversielle. I fordelingen av ressurser skal de dårligst stilte gis ekstra vekt. De dårligst stilte er i denne sammenheng definert som de som har størst forventet helsetap målt fra en norm om minst 80 gode leveår for alle. Eksempelvis kan det tolkes som at en 40 år gammel pasient med en 5 års forventet levetid skal gis et fortrinn foran en 50 år gammel pasient med samme forventet levetid. Utfordringen her blir hvor stort dette fortrinnet skal være.

Kriteriet er ment å veilede beslutningstakere på nasjonalt ledelsesnivå og klinisk personell i deres hverdag. Hvordan man skal kunne implementere en slik tankegang i samfunnet er ikke omtalt. Det blir også et spørsmål om hvordan levetid skal vektlegges versus livskvalitet. Det kan synes som om utvalget har lagt for stor vekt på livskvalitet når det gjelder kategorisering av helsetap. Dette er vi svært bekymret over. I iveren etter å øke livskvaliteten hos enkelte sykdomsgrupper kan man komme til å si nei til små gjennomsnittlige økninger i levetid hos andre grupper. Det er ikke klart hvorfor dette vil gi en rettferdig fordeling av helsetjenester.

Utvalget foreslår videre at man inndeles pasientgrupper i klasser avhengig av forventet helsetap. Dette kan tilsynelatende virke enkelt og rimelig, men er i praksis en alvorlig svakhet ved utvalgets forslag. Ved å bruke gjennomsnitt for forventet helsetap kan vi risikere at kriteriene slår ut svært urimelig. Utvalget skriver (side 19) at det er foreslått fire andre kriterier hvorav prioriteringer knyttet til alder er en av dem. Disse foreslåtte kriteriene bør etter utvalgets mening ikke tillegges selvstendig vekt. Imidlertid får leseren inntrykk av at «gode leveår» vil bli så nært knyttet til alder at helsegevinstkriteriet og helsetapskriteriet i all vesentlig grad dreier seg om alder til pasienten (dvs. hvor mange år det er til pasienten blir 80 år).

I utvalgets inndeling og eksempel er det bare multippel sklerose og visse typer leddsykdom (artritt) samt den svært sjeldne kreftformen osteosarkom som settes i helsetapsklasse 3, det vil si som antas å ha et meget stort helsetap på mer enn 30 gode leveår. All annen kreftsykdom, inklusivt avansert brystkreft, anses for å ha et mindre helsetap. Allerede her virker inndelingen urimelig. Kvinner med avansert brystkreft i 30-40 års alderen vil ha et helsetap på over 30 år. Siden sykdommen i større grad rammer eldre er gjennomsnittsalderen for brystkreftpasienter høy. Av den grunn legger man all brystkreft inn i en såkalt "middels" helsetapsklasse. Dette er svært uheldig. Det ignorerer også veldig mye av det vi i dag vet om kreft. Det er mange ulike undergrupper av for eksempel brystkreft, og forventet helsetap varierer stort mellom ulike brystkreftundergrupper. Forutsatt at slike inndelinger skal benyttes må spesifikk sykdomsekspertise involveres som bedre kan inndeles sykdommer fornuftig i tapsklasser.

Vurdering – bruk av kriteriene i praksis

Utvalget gir konkrete forslag på hvordan kriteriene kan brukes i praksis, og angir en tabell hvor man ved evaluering av samme helsegevinst kan sette ulike øvre prislapper eller grenseverdier for ulike forventete helsetapsklasser.

Bruk av helsetapsklasser blir enda mer problematisk når utvalget setter dette sammen med en øvre prislapp (kap. 9). For å bruke brystkrefteksemplet igjen: Dersom et medikament for avansert brystkreft avvises på kategorisk grunnlag fordi brystkreft nå anses å ligge i helsetapsklasse 2, risikerer man at medikamentet heller ikke vil bli tilgjengelig for unge brystkreftpasienter. Egentlig burde medikamentet ha vært plassert i helsetapsklasse 3 eller kanskje enda høyere. Denne urettferdige effekten av det foreslåtte systemet kan ikke ha vært intensjonen til utvalget, men vil trolig bli konsekvensen av slike skjematiske forenklinger.

Det er muligens like stor variasjon innenfor andre sykdomsgrupper. I så tilfelle er det ikke bare blant kreftsykdommer dette kan komme til å slå ut svært uheldig. Helsetapsklassene og hvilke konsekvenser en forenklet bruk av disse kan få i prioriteringer virker ikke godt nok gjennomtenkt.

Utvalget diskuterer heller ikke utførlig utfordringen med et maksimums totalbeløp. Kan en avgjørelse vedrørende et tiltak eller et medikament omgjøres? Hvis et tiltak eller medikament kan forlenge pasientens liv så lenge pasienten står på det, skal da ny avgjørelse tas årlig? Hvert 5. år? Når vil vedkommende evt. havne i en annen helsetapsklasse?

Urimelig nedprioritering av kreftmedikamenter?

Andre land har høyere grenseverdi for pasienter mot slutten av livet (end of life). Dette er ikke så grundig diskutert av utvalget. Det er mange mennesker som verdsetter livet de siste månedene ekstra høyt, eller antyder at det gir dem ekstra verdi. Dette momentet diskuteres tidlig, men synes glemt i det videre arbeidet. Dette momentet bør være med i vurderingen av totalkostnaden. Da kan vurderingen se helt annerledes ut fordi totalkostnaden med en langvarig, men innenfor grenseverdien for akseptabelt tiltak/medikament, kan bli betraktelig høyere enn totalkostnaden med en kortvarig, men utenfor grenseverdien for tiltak eller medikament. Med andre ord, en kortvarig behandling med et dyrt kreftmedikament kan gi verdifull forlengelse av en ellers forventet kortere livlengde. Totalkostnaden vil her være lav sammenlignet med en langvarig behandling av noen av de andre gruppene som her foreslås å settes i helsetapsklasse 3. Utvalgets forslag kan synes å ville resultere i en drastisk nedprioritering av nye dyre kreftmedikamenter. Er dette virkelig en rettferdig fordeling av helsetjenester?

Utvalget har i forbindelse med avgjørelsen om tiltak skrevet at et aktuelt tiltak bør iverksettes hvis verdien av tiltaket er høyere enn alternativkostnaden. Hvis verdien av tiltaket derimot er lavere enn alternativkostnaden, bør tiltaket ikke iverksettes (side 126). Slike vurderinger kan gjøres når det gjelder prioriteringer på overordnet plan og ved store tiltak som for eksempel innføring av nye screeningprogrammer mot kreft. Imidlertid blir det i de fleste situasjoner nærmere klinikken trolig for vanskelig å fastsette alternativkostnader, spesielt når utvalget ikke begrenser det til alternativkostnader innenfor helsetjenesten, men også antyder at det kan være kostnader utenfor helsetjenesten

Nasjonalt Råd for Kvalitet og Prioritering

Utvalget foreslår at Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering videreføres. Kreftregisteret har vært representert i rådet de siste 3 år. Et råd som diskuterer prioritering er klokt, men, slike diskusjoner bør da gjøres etter en helt annen struktur. Rådet bør unngå å diskutere ett og ett område, og hvorvidt dette ene området skal eller ikke skal prioriteres. I stedet bør flere områder settes opp mot hverandre, og kvantitativt vise hva man får ut av videre satsning på hvert av disse områdene. Først da vil det bli gode diskusjoner om prioritering.

Forebyggende tiltak (vedlegg 5)

Utvalget ble også bedt om å foreslå forebyggende tiltak som bør prioriteres, og har foreslått tiltak for å øke fysisk aktivitet, tiltak for å forebygge fall og brudd hos eldre og tiltak for å forebygge depresjon blant ungdom. Av disse tiltakene er det som er relevant for kreftområdet, det første, tiltak for å øke fysisk aktivitet. Vi er glad for dette forslaget, men synes det er synd at utvalget kun foreslår å øke sykkelveier. I sitt valg av litteratur har man vektlagt danske studier. Vi synes dette tiltaket er interessant, men lite egnet alene til å løse de utfordringene vi står ovenfor i Norge utenfor hovedstaden. Vi savner en mye bredere liste over tiltak for å øke fysisk aktivitet og redusere fedme i den norske befolkningen.

Forebygging av fall og brudd hos eldre er viktig, og det er også viktig for kreftoverlevende. Vi mener dette tiltaket bør ses i sammenheng med ønske om en generell aktivitetsheving blant innbyggerne i Norge.

Mhp forebygging av depresjon blant ungdom savner vi konkrete tiltak både på forebygging og tidlig intervensjon.

Oppsummering

Vi mener utvalget har gjort et grundig arbeid, men vi er, som nevnt ovenfor, bekymret for at forslaget om bruk av kriterier i praksis kan slå skjevt ut, spesielt med hensyn på kreftpasienter. Vi synes spesielt det er uheldig om premiss for prioriteringer vil medføre en enda mer restriktiv praksis i Norge med hensyn på godkjenning av nye kreftlegemidler. Vi er også bekymret for at forslaget om helsetapsklasser kan bli brukt så forenklet at det vil skape større urimeligheter enn i dagens system.

Med vennlig hilsen



Giske Ursin, MD, PhD
Direktør



Bjørn Møller, PhD
Leder, Registeravdelingen

Steinar Tretli, PhD – sign.
Seniorforsker