

**Helse og omsorgsdepartementet**  
postmottak@hod.dep.no

Dato: 20.februar 2014

## **Det vises til NOU 2014:12 - Åpent og rettferdig – prioritering i helsetjenesten**

Med utgangspunkt i vårt formål og vår medlemsmasse vil høringsuttalelsen sees i lys av situasjonen til hjerte-, kar- og lungesyke spesielt, det å leve med en kronisk sykdom og aldersperspektivet vil også være viktig.

### **Generell betraktninger**

Vi vil innledningsvis gi ros til at utvalget i NOUen drar opp viktige og vanskelige spørsmål og at de våger å ta vanskelige debatter både i selve utredningen og i debatten som fulgte etter framlegget utredningen. Vi håper NOUen vil bidra til en videre debatt om prioritering og at det munner ut i verktøy som vil være nyttige for helsetjenesten i framtiden. Utfordringen for helsemyndighetene vil bli ikke bare å anerkjenne debatten, men også faktisk å ta beslutningen som medfører prioritering i tråd med den retningen som er gitt.

Skal helsetjenesten i Norge være bærekraftig i framtiden, må ressursene brukes godt og riktig. Det vil bli knapphet på både økonomiske, tekniske og personellmessige ressurser og det er derfor viktig å legge til grunn at man i størst mulig grad skal bruke de ressursene man har til rådighet til det som virker og til de som har behov for hjelp. Det er viktig å ha stor oppmerksomhet på overbehandling og på annen måte overforbruk av helsetjenester. Det innebærer blant annet at man bør ha en evidensbasert og kritisk tilnærming til bruk av generelle screeningprogrammer og likende tiltak overfor befolkningsgrupper uten kjent risiko for gitte sykdommer. Det må ikke skapes behov for å øke etterspørselen etter helsetjenester, og dette er ikke minst viktig innenfor den kommersiell-private delen av helsetilbudet.

Prioritering i helsevesenet er et yndet tema i media når det gir mulighet for en spisset sak med formidling av enkeltskjebner som rammes av prioriteringsbestemmelser. Det er viktig at mediene tar opp slike saker og det er viktig at enkeltpersoner står fram for å gi sykdommer og vanskelige prioriteringer et ansikt. Men det har vært eksempler på at slike mediedebatter har presset fram avgjørelser om behandling og prioritering der en helhetlig vurdering av blant annet kapasitet i helsetjenesten ikke er viet god nok



oppmerksomhet. LHL mener det er viktig at det ligger gode prinsipper til grunn for prioritering og at disse også følges selv når det går varmt i mediene.

## **LHL vil uttale seg særskilt om følgende:**

### **Hovedkriterier for prioritering**

LHL mener det er nødvendig med prioriteringer i helsevesenet. Det er viktig at prioriteringene oppleves som rettferdige. Kriterier for prioritering må derfor formuleres på en måte som er forståelig og de må kunne operasjonaliseres.

LHL er usikker på om de foreslåtte kriteriene, helsegevinst, helsetap, ressursbruk, er mer egnede kriterier enn de som gjelder i dag. Kriteriene virker vanskelig å operasjonalisere. Iallfall på klinisk nivå. De kan også ha uønskede effekter.

Helsegevinst defineres av utvalget som velferdsgevinsten et individ får fra bedret helse. Tiltakets prioritering skal øke med forventet helsegevinst. Helsegevinsten kan være forlenget levetid eller bedre livskvalitet, av utvalget brukt som målenheten «gode leveår».

Helsegevinst er også i dag et sentralt prioriteringskriterium. LHL kan ikke se at helsegevinst som kriterium vil gi andre prioriteringer enn i dag. Også i dag skal tiltak med stor forventet effekt prioriteres foran tiltak av liten eller ingen effekt.

Utvalget drøfter en viktig problemstilling. Om andre helsegevinster og gevinster enn gode leveår hos pasienten skal tas hensyn til i vurderingen. LHL mener dette i noen sammenhenger kan være relevant, for eksempel at tiltak ovenfor et barn kan også kunne gi helsegevinst til en familie med stor omsorgsbelastning. LHL mener derimot at tiltakets prioritet ikke skal øke fordi pasienten er i inntektsgivende arbeid, selv om dette kan gi en samfunnsøkonomisk gevinst.

Særlig er helsetapskriteriet problematisk. Dette kriteriet innebærer at gode leveår og helsetap over livsløpet skal tillegges stor betydning i prioriteringen. Det vil kunne bidra til at unge prioriteres fremfor eldre. Et eksempel er to hjertesyrke, henholdsvis 55 og 75 år gamle, som har samme hjertesykdom og samme behandlingsbehov. Ut fra helsetapskriteriet vil 55 åringen ha større helsetap uten behandling enn 75 åringen målt mot en referansealder på 80 år. Legges dette til grunn i prioriteringen, er det de facto innført prioritering basert på alder alene.

Måling av helsetap er et eksempel på vanskelighetene med å operasjonalisere på klinisk nivå. Utvalget legger selv til grunn at det i dag ikke er informasjonsbaser som kan anvendes til dette formålet. Dermed er klinikerens avhengig av antagelser og sitt medisinske skjønn.



Samtidig vil helsetapskriteriet kunne medføre en sterkere prioritering av kronikere. En kroniker vil kunne vinne mange gode leveår på behandling. Det er positivt om kronikerne prioriteres høyere enn i dag. En kroniker vil ofte ha behov for sammensatte helse- og omsorgstjenester. Når prioriteringer gjøres er det derfor viktig å se kommunehelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste og forebyggende helsearbeid i sammenheng.

### **Vektlegging av fremtidig helsegevinst**

LHL mener at tiltak med sikte på fremtidig helsegevinst er et relevant moment i prioriteringen. I tillegg til tiltak som har til formål å bedre folkehelsen, er tiltak på individnivå som rehabilitering og habilitering, tiltak som gir fremtidig helsegevinst.

### **Andre kriterier**

Utvalget drøfter alder som selvstendig kriterium for prioritering. Eller som utvalget formulerer det, «hvorvidt alder bør ha egenverdi ved prioritering». LHL mener at alder ikke må ha egenverdi ved prioritering. Vektlegging av alder i seg selv vil gi et sorteringssamfunn og lede tanken hen til «gått ut på dato». Dette er ikke det samme som at ikke alder i noen sammenhenger er et relevant moment i vurderingen. For eksempel at tiltakets effekt er lite på grunn av høy alder. Utvalget foreslår ikke alder som selvstendig kriterium. Men de foreslår bruk av indirekte aldersprioritering og forankrer det i de tre hovedkriteriene. Helsetapskriteriet kan da medføre at unge prioriteres foran eldre da de vil vinne potensielt flere gode leveår. LHL mener dette er svært problematisk og synliggjør svakheten ved å anvende helsetap i relasjon til gode og dårlige leveår. En eldre lungesyk må være sikret samme helsehjelp som en yngre selv om tiltaket vil gi færre gode leveår.

### **Egenbetaling som prioriteringsverktøy**

Utvalget drøfter om det bør være egenandeler på lavt prioriterte helsetjenester. Utvalget konkluderer med at egenandeler i større grad enn i dag bør differensieres i samsvar med tjenestens prioritet. LHL mener enkelte tiltak, for eksempel plastisk kirurgi uten god medisinsk indikasjon, ikke skal omfattes av de offentlige finansieringsordningene. Men er tiltakets medisinske indikasjon og begrunnelse god, er LHL imot bruk av egenandeler som prioriteringsverktøy. Utvalget legger til grunn at økt bruk av egenandeler vil redusere bruken av helsetjenester hos lavinntektsgrupper. De mener at dette er en ulikhet som kan aksepteres. En utvikling i retning av at betalingsevne skal avgjøre hvilke helsetjenester man får, kan LHL ikke støtte.



### **Brukermedvirkning**

LHL mener det er viktig med brukermedvirkning i de organer som skal treffe prioriteringsbeslutninger. At utvalget har stort oppmerksomhet på brukermedvirkning er derfor svært positivt. LHL kan i hovedsak slutte seg til det utvalget skriver om brukermedvirkning. Særlig at brukermedvirkning er en demokratisk rettighet som bidrar til større legitimitet for prioriteringsbeslutningene. LHL mener brukermedvirkning må inn på alle nivåer og organer hvor overordnede prioriteringer besluttes. Videre må ikke enkelte områder unntas fra brukermedvirkning, som for eksempel hvilke medisiner som skal prioriteres inn på ordningen med blå resept.

Utvalget ønsker en styrkning av brukermedvirkning i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering og i Blå reseptnemnda. Men LHL er uenig i at brukermedvirkningen kan ivaretas gjennom en referansegruppe. LHL mener det er helt sentralt at det er direkte brukerrepresentasjon i disse organene. Noe annet vil svekke legitimiteten og kunne bidra til dårligere prioriteringsbeslutninger.

### **Avsluttende kommentar**

LHL mener at kriteriene, helsegevinst, helsetap, ressursbruk kan være egnet til å foreta prioriteringer på systemnivå. Men er usikker på om kriteriene, slik de presenteres av utvalget, er egnet til bruk som prioriteringsverktøy i klinisk virksomhet. Medisinske beslutninger på individnivå basert på tabeller om tap og gevinst av gode leveår, fremstår som unødig komplisert, lite praktisk anvendelig og kan på en uheldig måte komme til å overstyre et godt medisinsk skjønn.

På systemnivå er det viktig å etablere ordninger som sikrer at overordnede prioriteringer er godt faglig forankret og med tilstrekkelig legitimitet i befolkningen.

Med vennlig hilsen  
Landsforeningen for hjerte- og lungesyke

Frode Jahren  
Generalsekretær