



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Oslo, 19.02.2015

Vår ref:CFØ
Deres ref:14/3410

Høringsvar NOU 2014:12, Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten

Nasjonalforeningen for folkehelsen er en frivillig, humanitær organisasjon med 30 000 medlemmer og om lag 500 helselag og demensforeninger over hele landet. Vi arbeider med to store folkehelseutfordringer: forebygging av, og forskning på hjerte- og karsykdommer og demens. Nasjonalforeningen er også interesseorganisasjon for personer med demens og deres pårørende.

Det er behov for å prioritere i helsetjenesten. Gode og tydelige kriterier for prioritering vil kunne gjøre det lettere å gjøre fornuftige prioriteringer innenfor de økonomiske og organisatoriske rammene som til en hver tid gjelder. Det er bra at utvalget presiserer at prioriteringer skal gjøres i åpenhet og med brukermedvirkning. Samtidig kommer vi ikke fra at prioritering er en etisk utfordring. Prioriteringer skal gjøres på alle nivåer fra det overordnede og politiske nivået og ned til helsepersonellens kliniske hverdag.

Nasjonalforeningen for folkehelsen ønsker hovedsakelig å gi innspill til følgende punkter knyttet til prioriteringsutvalgets rapport:

- 1) Prioriteringsutvalgets mandat**
- 2) Prioriteringskriteriene**
- 3) Forebyggende tiltak**

1) Prioriteringsutvalgets mandat

Nasjonalforeningen for folkehelsen mener utvalget har gitt liten vekt til punkt 2a som sier at *utvalget skal vurdere om kriteriene fra Lønning II tilfredsstillende dagens prioriteringsutfordringer*. Utvalget har lagt mest vekt på punkt 2b som sier at *utvalget skal vurdere om også andre kriterier skal legges til grunn ved prioriteringer*. Vi mener det ville vært hensiktsmessig å vurdere en operasjonalisering av kriteriene fra Lønning II, framfor å lage nye kriterier for prioritering. Forøvrig mener vi at utvalget skriver lite om de etiske implikasjonene av sine forslag.



2) Prioriteringskriteriene

Utvalget foreslår tre overordnede kriterier for prioritering:

Helsegevinstkriteriet:

Et tiltaks prioritet øker med forventet helsegevinst (og annen relevant velferdsgevinst fra tiltaket)

Ressurskriteriet:

Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på

Helsetapskriteriet:

Et tiltaks prioritet øker med forventet helsetap over livsløpet hos den eller de som får helsegevinst

Prioriteringsutvalget reiser en viktig debatt når det beveger seg inn på vurderinger om alder skal være et kriterium når helsetjenester skal prioriteres. Alder henger sammen med mye av det man må legge vekt på i bruken av de tre prioriteringskriteriene. Vil en 20-åringens liv være mer verdifullt enn en 70-åringens liv hvis de lider av samme livstruende sykdom? Hvis man legger helsegevinstkriteriet (som forventede år med god helse) til grunn kan vi svare ja på dette spørsmålet. Helsegevinstkriteriet vil kunne favorisere de yngre foran de eldre fordi de yngre har flere forventede gjenværende leveår, når alle andre faktorer er like. Det er likevel ikke gitt at alder har betydning for prognose. I noen tilfeller vil det være slik at både 20-åringen og 70-åringen har 3-5 år igjen å leve, selv med avansert behandling. Da er det vanskelig å forstå at de 50-60 gjenværende år – som den yngste likevel ikke får leve – skal gi fortrinn. Helsegevinstkriteriet tar heller ikke hensyn til at kronologisk alder sjelden er det samme som biologisk alder.

Alder må aldri være et isolert kriterium for tildeling av helsehjelp.

Nasjonalforeningen for folkehelsen mener at selv når alder er et indirekte kriterium vil vi ved å legge helsegevinstkriteriet til grunn ta valg som har dype etiske implikasjoner, og at vi i ytterste konsekvens sier at eldre mennesker har mindre verdi enn yngre. Dette er alvorlig for hele vår tenkning om eldre mennesker, og impliserer en form for alderisme.

Helsetapskriteriet vil også kunne favorisere yngre framfor eldre siden helsetap regnes opp mot en alder av 80 år. Hvis en ung og en eldre person har behov for samme tiltak, vil den yngste gå foran fordi den yngste vil tape flest gode leveår dersom tiltaket ikke blir gjennomført. Også ressurskriteriet kan forsterke begge de andre kriteriene i negativ retning fordi eldre ofte har mer kompliserte tilstander med sammensatte kroniske lidelser, selv om det ikke alltid er slik. På grunn av at behandlingen av eldre mennesker kan være mer ressurskrevende og omfattende enn for yngre mennesker, står de eldre i fare for å få lavere prioritet når ressurskriteriet legges til grunn.

Nasjonalforeningen for folkehelsen mener det blir feil å bruke statistikk som gjelder friske mennesker (mange gjenværende leveår for de unge) som utgangspunkt for de som er syke. Alle, både yngre og eldre, går ut av den vanlige levealderstatistikken når de er syke, og vi mener derfor at man ikke kan legge



aldersbetinget levetid for friske mennesker til grunn når man skal prioritere i helsetjenesten.

Konsekvenser for eldre personer med demens

Alder er det viktigste årsaksforholdet for å utvikle demens. Over 20 % av alle 80-åringene får demens, og om lag 40 % av alle 90-åringene får demens. De aller fleste personer med demens er gamle, har få "gode gjenværende år" slik prioriteringsutvalget mener, og de får hyppig komplikasjoner med bruk av legemidler og annen medisinsk/kirurgisk behandling. De vil derfor på alle de tre kriteriene komme negativt ut i en prioriteringssammenheng. Nasjonalforeningen for folkehelsen frykter for deres helse og velferd hvis prioriteringskriteriene skal legges til grunn for behandling.

Prioriteringskriteriene som utvalget presenterer skal gjelde på alle nivå i helsetjenesten, men det er vanskelig å se for seg at helsepersonell i praksis skal kunne prioritere etter kriteriene. For helsepersonell er det til syvende og sist kliniske vurderinger som må ligge til grunn for valg av behandling/ikke behandling.

3) Forebyggende tiltak

Utvalget peker på at et sentralt prioriteringssspørsmål er om forebyggende tiltak får tilstrekkelig oppmerksomhet og ressurser sammenlignet med behandling. Nasjonalforeningen for folkehelsen støtter utvalgets vurdering som sier at forebyggende tiltak bør få økt oppmerksomhet, og at det må gjøres mer for å samle inn relevante data og analysere kunnskapsgrunnlaget for forebyggende tiltak. Vi mener det er spesielt viktig å se på effekten av de befolkningsrettede og universelle tiltakene.

Utvalget presenterer tre forebyggende tiltak som bør vurderes for økt prioritet. Tiltakene er *økt fysisk aktivitet*, *forebygging av fall hos eldre* og *forebygging av depresjon blant ungdom*. Dette er tre viktige folkehelseiltak. Fysisk aktivitet er en viktig forebyggende faktor når det gjelder blant annet for tidlig død, hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, overvekt og fedme, og antagelig også utvikling av demens. Drøyt tre millioner mennesker i Norge har et for lavt aktivitetsnivå, og det er primært folks hverdagsaktivitet som har gått ned. Fysisk aktivitet gir flere leveår med god helse, både lengre levetid og økt livskvalitet, sammenlignet med inaktivitet.

Utvalget fokuserer på ett enkelt tiltak for økt fysisk aktivitet som har veldokumentert effekt, nemlig utbygging av gang- og sykkelveier. Nasjonalforeningen for folkehelsen er enig i at utbygging av et sammenhengende nettverk av gang- og sykkelveier i norske byer og tettsteder vil fremme økt fysisk aktivitet i befolkningen. Samtidig vil vi påpeke at det er flere andre tiltak som også fremmer økt fysisk aktivitet, og som har veldokumentert effekt. Vi vil spesielt trekke fram innføring av daglig fysisk aktivitet for alle elever i grunnskolen, og at eldre- og seniorsentre får økte ressurser for å kunne tilby trening og fysisk aktivitet for sine brukere.



Ta gjerne kontakt med helsepolitisk rådgiver Camilla F. Øksenvåg (caok@nasjonalforeningen.no) om dere ønsker ytterlige informasjon eller har spørsmål.

Med vennlig hilsen
Nasjonalforeningen for folkehelsen

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Lisbet Rugtvedt".

Lisbet Rugtvedt
Generalsekretær

Dag S. Thelle /s/
Styreleder