

Helse- og omsorgsdepartementet  
Pb 8011 Dep  
0030 OSLO

Deres ref: 14/3410  
Vår ref: 14/2615-2/EPAM/THBA  
Dato: 20.02.2015

## **Høringsuttalelse fra Nasjonalt folkehelseinstitutt angående NOU 2014:12 - Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten**

Takk for anledningen til å mene noe om dette viktige området.

Vi har valgt å legge vekt på forebyggende helsearbeid i vår uttalelse. Når det gjelder den faglige debatten om hvorvidt de foreslåtte kriterier er egnet for bruk i kurativt helsearbeid viser vi til eksemplene i vedlegget som er forfattet av Erik Nord. Det har ikke vært gjennomført en bred intern debatt i Folkehelseinstituttet (FHI) om kriteriene eller om de helseøkonomiske metodene som er vektlagt i utredningen. Erik Nord har lang og bred erfaring med helseøkonomiske analyser og med prinsipper for prioritering, og vi mener at det er verdt å lytte til hans argumentasjon.

I utarbeidelsen av høringsuttalelsen har FHI blant annet benyttet punkter fra et notat Trygve Ottersen utarbeidet på oppfordring fra ledelsen ved instituttet. Trygve Ottersen var sekretær for prioriteringsutvalget og har nå en stilling ved FHI.

Når det gjelder forebyggende helsearbeid er det viktig å merke seg at prioriteringer som får konsekvenser for befolkningens helse ofte foregår utenfor helsetjenesten. Politiske beslutninger som angår utdanning, arbeidsliv og næringsvirksomhet kan direkte eller indirekte bety mye for den enkeltes helse og velvære. I slike situasjoner må helse veies mot andre hensyn. Konsekvensanalyser som inkluderer helsegevinst/helsetap sammen med andre samfunnshensyn er viktige. Veiutbygging i lokalsamfunn kan være et eksempel. Ulike politiske vedtak kan ha helsekonsekvenser som rammer befolkningsgrupper i ulik grad og kan dermed påvirke graden av sosial ulikhet i helse. Tittelen på utvalgets innstilling: « Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten » begrenser diskusjonen til alternative tiltak i helsetjenesten. Vi ber om at det i det videre arbeidet tas stilling til om kriteriene og tankegangen det legges opp til også kan brukes ved beslutninger utenfor helsetjenesten.

Forebyggende helsearbeid krever kunnskap om tre faktorer. For det første er det nødvendig å kjenne årsakene til sykdom og nedsatt helse. Årsakene må ikke være kjent i detalj, men ett eller flere sentrale ledd i årsakskjeden bør være kjent. Det er en rekke eksempler fra smittevernets historie som viser hvordan en smittsom sykdom er blitt bekjempet ved å bryte smitteveier før man visste hvilken bakterie eller hvilket virus som lå bak.

Det andre man bør vite er hvordan årsaksfaktorene er fordelt i befolkningen eller hvordan de kan komme til å fordele seg. Dette er nødvendig for å velge riktige målgrupper for tiltakene. I noen tilfeller kan det være hele befolkningen slik det er ved massevaksinasjon, men i andre tilfeller er det utvalgte grupper.

Det tredje er kanskje det viktigste, nemlig at man må vite om et foreslått tiltak har den ønskede effekt. I den gode hensikts navn er det bevilget mange penger til forebyggende tiltak uten at det på forhånd er gjort kontrollerte undersøkelser som viser at tiltaket har effekt. Samtidig er det ikke enkelt å gjennomføre slike forsøk. Helsedepartementet har gitt FHI i oppdrag å bygge opp kompetanse og kapasitet til å evaluere forebyggende helsetiltak. Kunnskap på disse tre områdene er essensielt for å foreta gode valg.

Vi mener at utvalgets vektlegging av livsløpsperspektivet er riktig og viktig for forebyggende arbeid. De det gjelder er ennå ikke syke, men kan bli det. I denne sammenheng er det gledelig at helsetapskriteriet skal komme til anvendelse på det tidspunkt gevinstmottakerne ellers hadde blitt syke. Det er altså det potensielle helsetapet som skal vektlegges, ikke situasjonen i det tiltaket iverksettes. Det er også fornuftig og ikke diskontere fremtidige helsetap, slik utvalget argumenterer for.

Ved skrivebordet er det lett å vise at forebyggende helsearbeid lønner seg helsemessig og samfunnsøkonomisk. Likevel taper ofte forebyggende arbeid kampen om helsekronene. For føflekkreft er man villig til å bruke store midler for å forlenge livet med noen måneder for en pasient med spredning av kreften, men forebyggende arbeid er stort sett overlatt til Kreftforeningen. De alvorlig syke er synlige, mens de ennå ikke syke personene er usynlige.

Forebyggende helsearbeid krever langsiktig tenkning og gode kunnskaper. FHI vil peke på viktigheten av solid epidemiologisk innsikt og evnen til å lage prognoser om helseutviklingen i befolkningen. En viktig kunnskapskilde vil være den norske sykdomsbyrdeanalysen som det nå arbeides med ved FHI. Dette arbeidet gir innsikt i tapte leveår og liv levd med nedsatt helse knyttet til en lang rekke sykdommer. Det gir også kunnskap om forekomst og fordeling av årsaksfaktorer i befolkningen, og vil dermed kunne gi kunnskap om effekter av endringer i disse faktorene (tilskrivbar risiko). Det er også viktig at FHIs arbeid med evaluering av folkehelseiltak blir utviklet sammen med systematiske kunnskapsoppsummeringer. Erfaringer må hentes fra nasjonal og internasjonal forskning.

I det videre arbeidet frem mot en stortingsmelding er det etter vår mening nødvendig i større grad enn utvalget har gjort, å legge vekt på forebyggende helsearbeid. Utvalgets kriterier: helsegevinst, ressursbruk og helsetap vil være meningsfulle og til god hjelp i dette arbeidet.

Vennlig hilsen

Camilla Stoltenberg  
Direktør

Per Magnus  
Strategisk rådgiver

Brevet er elektronisk godkjent.