

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

20. februar 2015

Vår ref. 436115/v1

Deres ref. 14/3410

NOU 2014: 12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten

NITO - Norges ingeniør- og teknologorganisasjon, er Norges største organisasjon for ingeniører og teknologer med omlag 77 000 medlemmer. NITO organiserer ingeniører og teknologer med høgskole-/ universitetsutdanning eller tilsvarende kompetanse.

Innledning

NITO er positive til at Nordheim-utvalget ble nedsatt og at prioriteringene i norsk helsepolitikk tas opp til debatt. Det er en viktig debatt og reiser mange viktige spørsmål både i helsesektoren og for befolkningen.

Norsk helsepolitikk er bygd på to grunnpilarer:

- å sikre hele befolkningen likeverdig tilgang på helsetjenester av god kvalitet, uavhengig av alder, kjønn og bosted, diagnose, livssituasjon eller personlig økonomi
- at helsetjenesten skal ytes av en offentlig styrt helsesektor

Disse prinsippene har vært rådende for de første offentlige utredningene om prioriteringer, NOU 1987: 23 og NOU 1997: 18. Nå legger Norheim-utvalget opp til en ny kurs i NOU 2014: 12. Utvalget legger til grunn at dagens prioriteringer i hovedsak er gode, men opplever at det er en begrenset forståelse av målsetninger og kriteriene for prioritering. Utvalget konkluderer at dagens mål og kriterier ikke er klare nok.

Utvalget har et poeng. Mange av dagens kriterier for prioritering fungerer ikke etter hensikten og er modne for fornyelse. Det har vært stor utvikling innen medisin og teknologi på tjuve år; det er foretatt omfattende reformer innen strukturering og organisering av dagens helsetjenester, og demografiske endringer krever nytenkning og omstilling. Til tross for at Norge er blant de landene i verden som bruker mest på helse, er vi ikke lenger blant landene med høyest forventet levealder. Norges rangering når det gjelder levealder har vært synkende over flere tiår og NITO er enig i at det er grunn til å stille spørsmål ved om dagens prioriteringer bidrar til best mulig anvendelse av offentlige helsebudsjetter.

Nye prioriteringer og kriterier

Utgangspunktet for Norheim-utvalgets arbeid er at prioriteringene skal være i tråd med de grunnleggende verdiene i norsk helsetjeneste. Som ledd i dette foreslår utvalget en presisering av helsetjenestens hovedmålsetning:

«*Helsetjenesten skal bidra til å sikre flest mulig gode leveår, rettferdig fordelt*».

Dagens prioriteringskriterier som var anbefalt av Lønning II-utvalget, er:
tilstandens alvorlighet, nytten av tiltaket, og kravet om kostnadseffektivitet

Norheim-utvalget ble bedt om å vurdere om disse kriteriene tilfredsstillte dagens prioriteringsutfordringer. Norheim-utvalget foreslår et helt nytt sett med prioriteringer og kriterier. Utvalget har foreslått tre overordnede kriterier for prioritering:
helsegevinstkriteriet, ressurskriteriet og helsetapskriteriet

Utvalget har i tillegg foreslått fire hovedprinsipper for godt prioriteringsarbeid:

1. Prioriteringer bør søke målet «flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt»
2. Prioriteringer bør følge av klare kriterier
3. Prioriteringer bør gjøres systematisk, åpent og med brukermedvirkning
4. Prioriteringer bør gjennomføres med et helhetlig sett med effektive virkemidler

Norheim-utvalget presiserer at deres forslag skal være gjennomgående for alle nivåer i helse- og omsorgstjenesten. Dette er i seg selv ikke noe nytt. Lønning II-utvalget foreslo også at prioriteringene skulle gjelde for alle nivåer i helse- og omsorgstjenesten, selv om prioriteringene i praksis har blitt avgrenset til spesialisthelsetjenesten.

Utvalget kommenterer at god helse påvirkes av mange faktorer og at også behandlings- og oppfølgingskjeden er viktig. Det er imidlertid en rekke andre forhold som oppvekst, arbeidsliv, lokalmiljø med mer som bidrar til eller trekker fra muligheten for å oppnå flest mulig gode leveår, rettferdig fordelt. Utvalget mener at kriteriene de foreslår for prioritering vil kunne gi et godt grunnlag for beslutninger om ressursbruk og reguleringer innenfor andre sektorer som påvirker folkehelsen og for en avveining av ressursbruk mellom sektorer. NITO mener det er en svakhet ved utredningen at utvalget ikke går videre med dette da det blir definert å ligge utenfor mandatet. NITO anbefaler at forslag med så sterke sektoroverskridende konsekvenser bør utredes nærmere.

Utvalget har også gitt uttrykk for at kriteriene de foreslår er gjennomgående, det vil si gjelder for beslutningstakere på alle nivåer i helsetjenesten. Kriteriene skal gjelde for beslutninger som treffes politisk, i den sentrale helseforvaltningen, på ulike ledelsesnivåer i helsetjenesten og for beslutninger som fattes i møtet mellom pasient og behandler. Kriteriene skal kunne anvendes både i et populasjonsperspektiv og i et livsløpsperspektiv for pasienter, i alle aldre og i alle faser av livet. Utvalget går heller ikke videre med dette temaet i rapporten, men fokuserer på hvordan kriterier for prioritering kan systematiseres innen spesialisthelsetjenesten.

NITO finner det beklagelig at utvalget ikke tar følgene av sine egne betraktninger, men avgrenser seg til prioriteringer rettet mot spesialisthelsetjenesten. Samhandlingsreformen stiller krav til økt samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, til tverrfaglighet og oppgavedeling innen helse- og sosialfaglige profesjoner. NITO mener det ville vært en styrke om det ble utarbeidet et sett med omfattende lovregulerte helseprioriteringer for hele sektoren og ikke kun for spesialhelsetjenesten, som står for om lag 25 prosent av de totale utgiftene i helse- og omsorgsbudsjettet.

Videre om de fire hovedprinsippene for godt prioriteringsarbeid

1. Prioriteringer bør søke målet «flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt»

Utvalget utdyper dette som følger: «En rettferdig fordeling av gode leveår krever at fordelingen av helsegevinster og helsetjenester bygger på likebehandling og vektlegger gode leveår som tilfaller de dårligst stilt.» Dette er en vurdering NITO stiller seg bak.

Etter utvalgets mening er den beste måten å måle sykdomsbyrde på, summen av tapte gode leveår som følge av tidlig død og leveår med sykdom. Utvalget ønsker en prioriteringsmetode som tar hensyn til de som omtales som de «tause taperne» og har kommet fram til at QALYs, en måling av kvalitetsjusterte leveår, er en modell som kan sikre at de som i dag får lite, får mer. NITO mener at bruk av QALYs som alternativ til kost/nytte-analyser kan gi et helt annet utslag og føre til ukritisk bruk av alder, funksjonshemning, kronisk sykdom og sammensatte tilstander som ekskluderende faktorer fra behandling.

Utvalget har valgt QALYs som målemetode uten å gi en nærmere beskrivelse av QALYs begrensninger som klinisk verktøy. Det nevnes kun at det er en betydelig usikkerhet rundt bruk av QALYs som modell for kliniske prioriteringer. QALYs kvantifiserer noe som i utgangspunkt dreier seg om opplevd tap av livskvalitet som følge av sykdom, men hvem sin opplevelse av kvalitet er det man måler? QALYs baserer seg på valueringsstudier der man spør et befolkningsutvalg hvordan de tror det ville være å leve med diverse helsetilstander. Dette forteller lite om pasienters reelle opplevelser av helsekvalitet eller tap av helse ved en gitt tilstand.

Som beregningsmodell er QALYs svært omstridt i nasjonale og internasjonale fagmiljøer. NITO mener metoden bør utredes nærmere og dokumenteres bedre før man utvider bruken fra forskning til medisinsk praksis. Lik behandling kan ha ulik effekt og varighet for samme tilstand fra pasient til pasient eller i pasientgrupper med sammensatte diagnoser.

Utvalget mener at forslaget til prioritering som presenteres, kan og bør praktiseres på alle nivå fordi beslutningene som tas på ledernivå vil ha konsekvenser for det som skjer i klinikken, like mye som de avgjørelsene legene tar vil få konsekvenser for ledelsen valg av virkemidler. QALYs foreslås som støtteverktøy i prioriteringsarbeidet.

NITO mener at det er rimelig å forvente samarbeid om felles mål, men det er helsepersonell i klinisk praksis som møter pasienten. De må foreta sine prioriteringer ut fra et ganske kort tidsperspektiv og vurdere pasientens tilstand kontra andre alvorlig syke, der og da. De må vektlegge pasientens og pårørendes muligheter for å bidra til en vellykket behandling. Sengekapasiteten kan variere fra dag til dag og få følger for behandlingsskapiteten og oppfølgingskapiteten. Likeledes vil kompetansen og ressursene avdelingen rår over påvirke helsepersonalets valg. Politikere, beslutningstakere og foretaksledelsen slipper nærkontakt med pasienter, de kan konsentrere seg om det store bildet, holde budsjettammer og samtidig behandle flest mulig pasienter. De har ulike forutsetninger og vil tolke prioriteringene fra ulike ståsteder.

NITO savner rom for faglig skjønn og at man i en rapport med så alvorlige følger ikke vier mer tid og plass til de etiske dilemmaene som kan oppstå som følge av bruk av en slik modell.

Hvilken rolle sjeldenhet eller alder bør spille i prioritering, har vært diskutert både i og utenfor utvalget. Enkelte aktører mener sjeldne diagnoser skal ha prioritet over ikke-sjeldne diagnoser, mens andre mener at de bør være likt prioritert. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten har konkludert at tiltak for sjeldne tilstander bør «vurderes i tråd med § 2 i prioriteringsforskriftens krav om en samlet vurdering av tilstandens alvorlighet, av dokumentert forventet nytte av helsehjelpen og av rimeligheten i forholdet mellom kostnadene og tiltakets effekt» (Nasjonalt råd 2010). Norheim-utvalget konkluderer at alder i seg selv ikke er et kriterium og bør ikke utelukke pasienter fra behandling. Heller ikke sjeldenhet vurderes som et kriterium.

NITO frykter for at med QALYs som verktøy og med helsegevinst målt i forventet kvalitet i antall gjenlevende år, vil de med sammensatte helseplager og færre gode år igjen alltid tape.

NITO mener at dersom alder eller sjeldenhet ikke er omtalt spesifikt, kan dette bli tolket negativt, det vil si at disse gruppene ikke skal vurderes som likestilte i prioriteringen. Det vil være et brudd med tidligere erklærte mål for norske helsetjenester. Derfor bør det i det minste nedfelles at sjeldne tilstander og alle sykdommer uansett alder skal få lik behandling. Det er spesielt påkrevd som

konsekvens av utvalgets anbefaling om at de tre hovedkriteriene for prioritering - helsegevinst, ressursbruk og helsetap - bør tydeliggjøres i de lover og forskrifter som regulerer helsepersonellens rettigheter og plikter.

2. Prioriteringer bør følge av klare kriterier

Målsettinger og oppgaver i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er forskjellige. Det innebærer at grunnlaget for å foreta prioriteringer er ulikt. Mens spesialisthelsetjenesten som regel har hovedfokus på diagnose og behandling for én diagnose om gangen, ivaretar kommunehelsetjenesten helheten i pasientforløpet.

Kommunehelsetjenesten og pleie- og omsorgssektoren i kommunene er omtrent like stor som spesialisthelsetjenesten. NITO mener at det er en svakhet ved mandatet at omsorgstjenesten er holdt utenfor.

NITO savner dessuten referanser i rapporten til medisinske støttefunksjoner som ledsager prioriteringer foretatt av spesialisthelsetjenesten. Eksempler på dette er laboratorie- og røntgentjenester. Disse er en naturlig del av behandlingsskjeden og deres rolle som kostnadsdrivende eller kostnadsbesparende faktorer må tas med når man vurderer prioriteringer.

3. Prioriteringer bør gjøres systematisk, åpent og med brukarmedvirkning

NITO støtter fullt ut utvalgets anbefalinger om at brukerne må inkluderes i alle ledd i prioriteringsprosessen.

Utvalget foreslår videre at det bør stilles krav til den enkelte pasient om deltakelse og oppmøte. NITO mener det er viktig at pasientens stemme blir hørt, men det kan by på etiske utfordringer å stille krav til deltakelse og samtidig vise respekt for brukerens rett til innflytelse og hvordan denne utøves. Mange pasienter er i en sårbar situasjon, og ikke alle er beslutnings- eller samtykkekompetente.

Videre mener NITO at en av svakhetene med dagens prinsipper for prioritering er at de ikke hindrer ressurssterke fra å vinne fram på bekostning av det utvalget betegner som «de tause taperne». NITO kan ikke se at Norheim-utvalgets forslag bidrar til å minske denne faren.

4. Prioriteringer bør gjennomføres med et helhetlig sett med effektive virkemidler.

Utdanning, opplæring og informasjon

Utvalget legger vekt på at opplæringen knyttet til prioritering i helsetjenesten i dag er begrenset og fragmentert, og anbefaler derfor at prioritering blir en del av pensum for helserelaterte utdanninger på alle nivåer.

Prioritering i praksis er en tverrfaglig aktivitet påpeker utvalget. Etterutdanningskurs med deltakere fra ulike yrkesgrupper og profesjoner, hvor alle bidrar med sine kunnskaper, vil virke fremmende på prioriteringsarbeidet. Utvalget mener at utdanningen innenfor etikk, kunnskapshåndtering og helseøkonomisk evaluering bør vies større plass enn i dag. NITO støtter dette forslaget.

Økonomiske virkemidler

Utvalget foreslår også at finansieringsordninger bør medvirke til at beslutninger fattes i samsvar med prioriteringskriteriene. Det er behov for mer kunnskap om hvordan innsattsstyrt finansiering (ISF) påvirker prioriteringsbeslutninger. Utvalget tilrår at Helse- og omsorgsdepartementet vurderer og evaluerer hvordan den økte innsattsstyrte finansieringsandelen (ISF-andelen) påvirker behandlingstilbudet for de pasientgrupper som ikke omfattes av ISF.

Videre påpeker utvalget at det er behov for mer kunnskap om hvordan finansieringsordningene påvirker allmennleger og spesialisters henvisningspraksis og prioriteringer. Henvisningspraksisen har stor betydning for spesialisthelsetjenestens ressursbruk og folketrygdens utgifter. Utvalget anbefaler at mer systematisk informasjon blir innhentet og gjort tilgjengelig for legene både omkring henvisningers

kostnader og gevinster. En bør videre vurdere hvordan takstene i finansieringen av allmennleger og spesialister kan utformes slik at de kan påvirke prioritering i ønsket retning. Det er dessuten behov for mer åpenhet og mer inkluderende prosesser når takster og andre deler av finansieringen av allmennlegetjenesten og private avtalespesialister justeres. Dette er også anbefalinger NITO støtter.

NITO mener likevel at finansiering og prioritering alene ikke er nok til å styre helseutgiftene i ønsket retning og oppnå tilstrekkelig helsegevinst. Det vil også være behov for å se på organisering av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i et mer helhetlig perspektiv for å oppnå ønsket resultat.

Videre mener NITO at problemer knyttet til overdiagnostikk, underdiagnostikk og ventelister heller ikke kan løses med prioritering og kriterier alene. Dette vil alltid være gjenstand for lokal tolkning og tilpassing. Det kan bidra til en praksis som fremelsker prioritering av alt som er øremerket, mens andre vel så viktige tjenester blir nedprioritert.

NITO mener det er behov for å se nærmere på hvordan ISF, Diagnose Relaterte Grupper (DRG) og diverse pakkeløp kan påvirke prioriteringer i uønsket retning og føre til at ulike diagnosegrupper kniver om de få spesialistene som finnes innen visse typer kirurgi og ortopedi.

Gradert egenbetaling

Utvalget mener at det kan være riktig å øke bruken av egenbetaling og har vurdert to typer tiltak. Ved tiltak som gir store forventede helsegevinster i forhold til ressursbruken og rettet mot tilstander med store helsetap, mener utvalget det kan være grunnlag for å redusere eller fjerne egenbetaling. Ved tiltak som gir små eller usikre helsegevinster i forhold til ressursbruken, rettet mot tilstander med små helsetap, mener utvalget det kan være grunnlag for å innføre gradert eller full egenbetaling.

NITO mener det er en etisk side ved å innføre gradert egenbetaling for helsetjenester som kan innebære en favorisering av de med best betalingssevne. Dette er et klart brudd med prinsippet om likeverdige tjenester for alle, uavhengig av personlig økonomi og livssituasjon.

Konklusjon og noen sluttbemerkninger

Utredningen reiser mange viktige spørsmål i prioriteringsdebatten, men NITO leser den mer som en katalysator enn et konkret forslag til løsning. Eller, som utvalgsmedlem Hans Olav Melberg svarte på et høringsmøte 4. februar i år, «Utvalget har kommet til en konklusjon, men har ikke alle svarene».

Prioriteringsdebatten er en viktig og nødvendig debatt, ingen land uansett økonomi har råd til å si ja til alt. Norge har den nest største legetettheten og den femte største sykepleiertettheten per innbygger i OECD, og det er all grunn til å spørre om hvor effektive norske helsetjenester er og om Norge får nok ut av sine helseressurser.

Utvalget kommenterer flere ganger at prioriteringer som gjøres i spesialisthelsetjenesten i stor grad vil få betydning for kommunale helse- og omsorgstjenester. Likevel velger utvalget å legge primærhelsetjenesten til side, og begrunner dette med at den faller utenfor mandatet.

Prioritering foregår på alle nivåer i helse- og omsorgstjenesten, men det gjenspeiles ikke i utredningen. Utvalget har valgt å fokusere på spesialisthelsetjenesten og medisinsk behandling. Heller ikke avanserte pleie- og omsorgstjenester eller medisinske støttefunksjoner som laboratorietjenester, som er en nødvendig del av spesialisthelsetjenesten, er omtalt. Dette er etter NITOs mening en betydelig svakhet med utredningen.

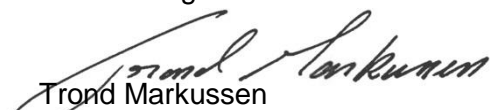
Til tross for at utvalget har tolket mandatet til å gjelde helsesektoren generelt og spesialisthelsetjenesten spesielt, er utvalgets intensjon at kriteriene for prioritering skal gjelde for hele sektoren på alle nivåer. NITO savner en nærmere analyse av hvordan et prioriteringsvektøy beregnet

for overordnede administrative beslutninger, kan anvendes i klinisk praksis eller i pleie- og omsorgssektoren.

Det er mange ulike syn på hva som bør prioriteres når knappe ressurser skal fordeles. Nettopp derfor er det overraskende at utvalget ikke har viet mer oppmerksomhet til de etiske utfordringer som politiske myndigheter, administrative ledere og helseprofesjonene innen helse- og omsorgstjenesten vil møte i sin hverdag dersom utvalgets forslag til kriterier og prioriteringer blir vedtatt. Jo nærmere pasienten beslutningen tas, jo større påkjenning er det å sette en pasients behov opp mot en annens.

NITO savner en samlet etisk vurdering av virkemidlene som foreslås og utilsiktede konsekvenser som følge av ønsket endret praksis. I en eventuell Stortingsmelding bør det gå helt klart fram at de grunnleggende verdiene nevnt innledningsvis og som det er tverrpolitisk og bred oppslutning om i samfunnet, fortsatt er styrende for norsk helse- og omsorgspolitik

Med vennlig hilsen


Trond Markussen
President


Rita von der Fehr
Fagstyreleder