



# NORSK REVMATIKERFORBUND

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011, Dep  
0030 Oslo

Saksbeh.: J.nr.: A.nr.: Deres ref.: Oslo 20. februar 2015  
mn 017/15 400 14/3410

## **Norsk Revmatikerforbund (NRF) har følgende kommentarer til NOU 2014:12 åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten**

### **Innledning:**

Norsk Revmatikerforbund støtter utvalgets intensjon om *"flest mulig gode leveår for alle – rettferdig fordelt"* og at prioriteringer må skje i *"åpne prosesser hvor all kjent kunnskap blir vurdert, alle argumenter blir lagt fram, alle parter blir hørt, brukerne har innflytelse, og alle relevante hensyn blir veid opp mot hverandre"*.

NOUen er et omfattende dokument og svært nyttig i videre utvikling av prioriteringsarbeidet.

De nye kriteriene helsegevinstkriteriet, ressurskriteriet og helsetapskriteriet er, som utvalget påpeker, ment på en bedre måte enn dagens kriterier om tilstandens alvorlighet, nytten av tiltaket og kostnadseffekten å ivareta det de kaller *"de tause taperne"*, herunder kronikergruppene. Med dette som bakteppe støtter Norsk Revmatikerforbund forslaget til nye hovedkriterier for prioritering.

### **Prioritering på ulike nivåer**

Utvalget mener at det går et skille mellom ulike prioriteringssituasjoner og hvilket nivå de er på. Det er Norsk Revmatikerforbund enig i. På ledelsesnivå er det overordnede prioriteringsbeslutninger eller prioriteringer på gruppenivå som tas. På klinisk nivå er prioriteringsbeslutningene direkte overfor den enkelte pasient. Norsk Revmatikerforbund har registrert at fagfolk mener de nye kriteriene er vanskelig å bruke på individnivå/klinikknivå, men at de passer godt på et overordnet nivå. Dette kan NRF si seg enig i. Hvordan få prioriteringskriteriene til å bli en del av vurderingsgrunnlaget i en klinisk hverdag? For å vise noen av de praktiske prioriteringsdilemmaene, har vi to personer som vil synliggjøre noen konkrete eksempler nedenfor; Karine på 64 år og Sofie på 42 år

### **Et eksempel:**

Karine er 64 år og har reumatoid artritt (RA). Det har hun hatt i 26 år. Karine ble for omlag ti år siden tilbudt biologisk medisin. Denne medisinen hadde ingen god effekt på henne. Hun

bruker ikke biologisk medisin. Karine er derfor svært opptatt av ikke-medikamentell behandling. Hun går ukentlig til funksjonstrening i varmtvannsbasseng og trener styrke og kondisjon fire ganger i uken. I tillegg går hun til behandling i varmtvannsbasseng og til fysioterapeut. Det hun imidlertid responderer best på, er behandling i varmt klima. (Statens behandlingsreiser) Karine er enke og bor alene.

Sofie er 42 år og har også reumatoid artritt(RA). Det har hun hatt i 4 år. Sofie fikk biologisk medisin umiddelbart etter at diagnose ble satt og responderte godt på medisinen. I seneste tid har hun fått noen bivirkninger som gjør at hun nå er under vurdering til å bytte biologisk medisin eller gå over til biosimulans. Selv om Sofie får denne vidundermedisinen må hun bruke mye av sin tid på funksjonstrening. Også hun opplever stor effekt av behandling i varmt klima. Sofie er gift og har to barn som nå er på vei ut av redet.

Begge er i 100 % jobb. RA er en alvorlig kronisk sykdom som går i bølgedaler. Både Karine og Sofie har fått definert sine sykdommer som alvorlige. De fikk begge diagnosen som 38 åringer og begge vil derfor ha 42 tapte gode leveår, uten effektive tiltak, beregnet ut fra 80 gode leveår. Begge damene kan vise til stor helsegevinst ved behandling i varmt klima. Ressursbruken ved dette tiltaket i forhold til helsegevinst er slik NRF ser det liten. Nå søker de begge om behandling i varmt klima. Det er kun to plasser ledig. I forhold til de nye kriteriene hvem blir prioritert? NRF synes det er vanskelig å se prioriteringen og ønsker en grundigere drøfting av de nåværende kriterier opp mot de foreslåtte kriteriene. Det gjelder spesielt helsetapskriteriet, som skal erstatte alvorlighetskriteriet. Både Karine og Sofie vil få dårligere funksjon og livskvalitet uten tiltaket.

### **Nye kriterier for riktig prioritering**

Utgangspunkt for å lage nye kriterier er ønsket om en mer rettferdig fordeling av helsetjenester og ønsket om å gjøre kriteriene mer treffsikre og mer i retning av det enkelte individs behov. Utvalget mener at god prioritering må følge klare og velfunderte prioriteringskriterier, for å hjelpe beslutningstakere til å fatte de riktige prioriteringene, noe NRF er enig i.

**Helsegevinstkriteriet**, som er ment å erstatte både nyttekriteriet og deler av kostnadseffektivitetskriteriet, fremhever helsegevinst i form av gode leveår, men åpner samtidig for at andre relevante velferdsgevinster kan få betydning for prioriteringer. Slike gevinster kan feks være knyttet til bedret arbeidsevne for pasienten. Både Karine og Sofie vil få bedret sin arbeidsevne etter et behandlingsopphold i varmt klima. Effektstudier vil vise dette.

**Ressurskriteriet** skal erstatte deler av kostnadseffektivitetskriteriet. Ressurser er ikke bare kroner og øre. Blant annet vil behandling i varmt klima føre til mindre bruk av andre helsetjenester, bedre livskvalitet, økt sosial deltakelse, færre sykmeldinger, lengre i jobb, mindre medisiner. Sintef bekrefter i en rapport<sup>1</sup> at behandlingsreiser har stor effekt og er kostnadsbesparende og er i tillegg billigere enn behandling og opptrening i Norge.

**Helsetapkriteriet** erstatter alvorlighetskriteriet. NRF opplever helsetap som det mest kompliserte av prioriteringskriteriene. Som utvalget skriver, helsetap er tap av helse som sykdommen tar fra deg målt i tapte gode leveår. Dette er ment å fange opp det som ses som det viktigste fordelingshensynet, nemlig at helsegevinster som tilfaller de dårligst stilte, skal gis ekstra vekt. De dårligst stilte er i denne sammenheng definert som de som har størst

---

<sup>1</sup> SINTEF 2011-11-01 evaluering av ordningen med behandlingsdreiser til utlandet

helsetap målt i en norm om minst 80 gode leveår for alle. Hvordan skal dette forstås i forhold til Karine og Sofie? Begge har en alvorlig RA og et helsetap på 42 tapte gode leveår uten effektive tiltak. Det står videre at definisjonen av helsetap er ment å gjøre det mulig å sammenligne diagnosegrupper med ulik prognose for livsløpet med dagens behandling. Hvilke føringer får det da for mennesker med samme diagnose og med samme alvorlighet? Er det her tilleggskriteriene skal avgjøre? Eller skal prioriteringen gjøres ved bruk av måleenheter for helsegevinster?

**En tabell<sup>2</sup>** i NOUen viser at pasienter med alvorlig RA i gjennomsnitt har et helsetap på omlag 31 år gode leveår. Samme tabell viser at hjerteflimmer har i gjennomsnitt et helsetap på omlag 10 gode leveår. Størrelsen på helsetapet, tilsier da at tiltak for RA bør gis noe høyere verdi enn tiltak for hjerteflimmer. Men utvalget sier også at et helsetap på 10 år også er av stor betydning så tiltak rettet mot hjerteflimmer kan også bli prioritert, men like effektive tiltak for RA bør bli prioritert høyere fordi tapte leveår er flere. Hvordan vil dette slå ut for personer med samme diagnose og samme alvorlighet?

**En annen tabell<sup>3</sup>** viser at det vil bli en reduksjon i helsetapsår ved bruk av TNF-hemmere for leddgiktspasienter (RA). Det innebærer i vårt eksempel at Sofie vil få noe færre tapte gode leveår enn Karine. Det skjer mye på området biologiske legemidler nå som patentene utgår og biotilsvarende legemidler kommer på markedet. Det kan tyde på at helsegevinsten ved bruk av disse legemidler vil øke.

### **Tilleggskriteriene**

Norsk Revmatikerforbund er enig i at alder, sjeldenhet, mangel på alternativt tiltak og bidrag til innovasjon ikke bør være selvstendig kriterier, men at de må vurderes der det er relevant, og kun i sammenheng med hovedkriteriene.

### **Åpenhet og brukermedvirkning**

Norsk Revmatikerforbund synes det er særs bra at utvalget fremhever betydningen av åpenhet omkring prioriteringer. Det er viktig at prosessene for prioritering og begrunnelsene er offentlig tilgjengelige. Vi er også tilfreds med at utvalget foreslår at brukerne skal inkluderes i prioriteringsprosesser på alle nivåer. Gode og åpne prosesser vil bidra til bedre brukermedvirkning og til større legitimitet for prioriteringsbeslutningene.

### **Virkemidler for gjennomføring av prioriteringer**

**Lovverk:** Norsk Revmatikerforbund støtter utvalgets forslag om at lovverk og forskrift må understøtte prioriteringskriteriene. Vi er enige i utvalgets forslag om at prioriteringskriteriene må framkomme i pasient- og brukerrettighetsloven, i spesialisthelsetjenesteloven og i helsepersonelloven. Prioriteringskriteriene må med andre ord framkomme i alle relevante lover og forskrifter. Dette vil bidra til at pasientene sikres likebehandling.

**Ledelse:** Å sikre gode prioriteringsprosesser er et ledelsesansvar. Det gjelder også å sikre åpenhet og at brukernes stemme blir etterspurt og hørt. Det er en leders oppgave å sørge for gode prioriteringsrutiner og tydeliggjøre kriteriene som skal legges til grunn for alle vurderinger som skal føre til gode og riktige prioriteringer. Hvordan sikre at lederne får til å gjennomføre prioriteringene i en travel og hektisk hverdag?

---

<sup>2</sup> Figur 10.1 utvalg tilstander og gjennomsnittlig helsetap

<sup>3</sup> Figur 7.1 Forventet helsetap og helsegevinst for et utvalg tilstander og tiltak

**Opplæring:** Det er behov for opplæring i prioritering både for helsepersonell og brukere. Strukturerte opplæringsprogrammer må derfor utvikles og tilbys. Innholdet i programmene må tilpasses målgruppen og være utformet med tanke på deltakelse i diskusjoner om prioritering. Norsk Revmatikerforbund er enig med utvalget i at dette må være sentralt for prioriteringsarbeidet som skal gjøres både på overordnet og på klinisk nivå.

### **Differensiert egenbetaling etter prioritet**

Dagens universelle egenandelsordning sikrer alle landets innbyggere mot store utgifter til helsetjenester og medisiner. Utvalget foreslår at lavt prioriterte tjenester kan få økt egenbetaling, mens egenbetaling bør fjernes for de som har stort helsetap og hvor tiltak forventes å gi store helsegevinster i forhold til ressursbruken. Kronisk syke har ofte store utgifter knyttet til sin helse som ikke kommer innunder egenandelsordningene. For disse vil lavere egenbetaling være viktig. Norsk Revmatikerforbund mener i tråd med utvalget at spørsmålet om differensiert egenbetaling må drøftes grundigere. Brukerorganisasjonene må være en aktiv deltaker i dette arbeidet før det fattes en beslutning. Utvalget gir eksempler på tiltak hvor egenbetaling bør økes og de henviser her bl.a. til innspill fra legeföreningen. Når det gjelder forslag fra legespesialistgruppen revmatologer<sup>4</sup> kan det se ut som konklusjoner er tatt på feil grunnlag. Teksten for overbehandling kan tolkes feil fordi den er tatt ut av sin opprinnelige kontekst. Norsk Revmatikerforbund ser allikevel ikke bort fra at egenandel for lite effektive tiltak som gir liten helsegevinst bør øke, men dette må utredes nøyere. Det må igangsettes en bred debatt der alle sider av forslaget diskuteres. I dette arbeidet er det viktig at brukerorganisasjonene involveres i prosessen, i tråd med det utvalget anbefaler.

### **Spesialistutdanningene**

Norsk Revmatikerforbund mener at styringen med spesialistutdanningene må bli enda tydeligere for å sikre at alle fagområdene i spesialisthelsetjenesten blir tilstrekkelig dekket ut fra behov. Det vil være naturlig å se på denne styringen som en del av prioriteringsarbeidet.

### **Forebyggende arbeid**

Utvalget ønsker mer forebygging. Svært mye av det forebyggende helsearbeid foregår i kommunen. NOUen tar ikke for seg prioriteringsutfordringene her. NRF mener som mange andre at en utredning om prioritering i kommunen må iverksettes. Dette må knyttes til samhandlingsreformen og den kommende primærhelsetjenestemeldingen. Som en konsekvens av eldrebølgen vil vi se en stor økning av muskel- og skjelettsykdommen artrose. Gode og effektive tiltak innen muskel- og skjeletthelse vil gi store helsegevinster. I den grad utvalget snakker om viktigheten av forebyggende arbeid vil dette også innbefatte andre sektorer enn helsesektoren. Norsk Revmatikerforbundet mener her i likhet med utvalget at det må være helsesektorens kostnader per helsegevinst som legges til grunn og ikke andre sektorens gevinst når det gjelder prioriteringer.

### **Annet**

For Norsk Revmatikerforbund er det uklart hvordan utfallet blir for pasienter som beregnes å ha få tapte gode leveår. Problemstillingen overdiagnostisering og overbehandling er også viktig. Dette er to områder som bør belyses og drøftes nærmere. Utover egne kommentarer støtter Norsk Revmatikerforbund FFO sitt innspill.

---

<sup>4</sup> Jfr. vedlegg 2 s.193 i NOUen

## Oppsummering

- Norsk Revmatikerforbund har valgt å svare på denne høringen med eksempler. Dette fordi teori er teori og ikke alltid samsvarer med det praktiske liv.
- Norsk Revmatikerforbund mener NOUen er et omfattende dokument som er svært nyttig i videre utvikling av prioriteringsarbeidet.
- Norsk Revmatikerforbund støtter i hovedtrekk i forslaget til nye hovedkriterier for prioritering.
- Norsk Revmatikerforbund ønsker en bredere drøfting av de nåværende kriteriene opp mot de foreslåtte kriteriene.
- Norsk Revmatikerforbund er enig i at tilleggskriteriene ikke bør være selvstendige kriterier.
- Norsk Revmatikerforbund gir sin fulle støtte til utvalget når det gjelder viktigheten av åpenhet og brukermedvirkning som et viktig element for prioriteringer.
- Norsk Revmatikerforbund støtter at prioriteringskriteriene må fremkomme i alle relevante lover og forskrifter.
- Norsk Revmatikerforbund mener differensiert egenbetaling må drøftes ytterligere og i tett samarbeid med brukerorganisasjonene.
- Norsk Revmatikerforbund mener at styringen med spesialistutdanningene må bli ennå tydeligere.
- Norsk Revmatikerforbund mener at en utredning om prioriteringer i kommunehelsetjenesten må iverksettes.
- Norsk Revmatikerforbund mener at et av de viktigste kriteriene for å implementere prioriteringskriteriene er en ledelse som kan bruke denne som et verktøy i både planlegging, gjennomføring og evaluering – både på overordnet plan og i klinisk hverdag.

Med vennlig hilsen  
NORSK REVMATIKERFORBUND



Tone Granaas  
Generalsekretær



Merete Nielsen  
Rådgiver