

Helse- og omsorgsdepartementet
Att. Iselin Syversen
Postboks 8011 Dep.
0030 Oslo

Høringsuttalelse NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten

NTNU vil innledningsvis gi honnør til utvalget for å ha levert en gjennomarbeidet og grundig drøfting av mange og vanskelige forhold knyttet til prioritering. Utredningen er stimulerende, til dels nyskapende, men også utfordrende. Det er særlig ett av de tre foreslåtte prioriteringskriteriene som er diskutabelt, og som NTNU velger å bruke mest plass på i denne høringsuttalelsen.

Innhold

Om helsegevinstkriteriet.....	1
Om helsetapskriteriet	2
<i>Størst helsetap over livet – dårligst stilt?</i>	2
<i>Om ulik alder og like tilfeller</i>	3
<i>Om ulik sykdomshistorie og like tilfeller</i>	3
<i>Oppsummert kritikk av Helsetapskriteriet</i>	3
Helsetapsklasser.....	4
Finansieringsmodeller	4
Uklar avgrensning mellom «god faglig praksis» og «prioriteringsspørsmål»	4
Trenger vi å prioritere?	5

Om helsegevinstkriteriet

Dagens prioriteringskriterier innebærer at det legges vekt på tiltakets effekt. Dette forstås ofte som effekt i klinisk forstand, og tolkes i mange sammenhenger som at tiltak som har vesentlig klinisk effekt – alt annet likt – prioriteres foran tiltak med mindre klinisk effekt. Utvalget foreslår at dette

Postadresse Postboks 8905 7491 Trondheim	Org.nr. 974 767 880 E-post: dmf-post@medisin.ntnu.no http://www.ntnu.no	Besøksadresse Medisinsk teknisk forskningssenter, Olav Kyrres gt 9	Telefon +47 72 82 07 00 Telefaks +47 73 59 88 65	Saksbehandler Rannveig Tellemand Storeng Tlf: +47 901 80 412
---	--	--	---	--

All korrespondanse som inngår i saksbehandling skal adresseres til saksbehandlende enhet ved NTNU og ikke direkte til enkeltpersoner. Ved henvendelse vennligst oppgi referanse.

kriteriet erstattes med et helsegevinstkriterium. Helsegevinsten måles i form av gode leveår, i praksis må dette skje ved bruk av instrumenter som for eksempel kvalitetsjusterte leveår (QALY)

NTNU ønsker å problematisere tre forhold rundt det foreslåtte helsegevinstkriteriet. For det første er kriteriet innebære at man, alt annet likt, vil gi priorite til livsforlengende tiltak for pasienter med høy livskvalitet. Alt annet er sjelden likt, og pasienter med lavere livskvalitet vil kunne løftes høyere gjennom helsetapskriteriet. Vi savner allikevel en tydeligere og grundigere motivasjon for å endre dagens praksis med prioritering etter klinisk effekt til prioritering etter kvalitetsjusterte leveår.

For det andre savner NTNU en grundigere diskusjon av bruken av QALY-verdier som grunnlag for prioritering i klinikken kontra prioritering på gruppenivå. Mens en fordeling av ressurser som tar utgangspunkt i maksimering av QALY vil kunne være naturlig på befolkningsnivå, for eksempel i prioritering mellom somatiske tjenester og psykisk helsevern, er det utfordringer knyttet til bruk av dette i kliniske beslutningssituasjoner. NTNU mener utvalget går for lett over denne forskjellen.

For det tredje savner NTNU er bredere diskusjon av hvordan man kan operasjonalisere begrepet ”gode leveår”. Vi oppfatter begrepet først og fremst som et forsøk på å komme unna det mer kontroversielle QALY begrepet, men uten at det er vesensforskjeller i innholdet. Operasjonalisering av dette begrepet til, som utvalget har ambisjoner om, bruk i alt fra klinisk praksis til allokering av budsjettammer er vanskelig. Utvalget er selvsagt klar over dette, men rapporten hadde stått seg på en tydeliggjøring av de valg som må gjøres når begrepet ”gode leveår” skal operasjonaliseres.

Om helsetapskriteriet

Utvalget har valgt en definisjon av helsetap som tar utgangspunkt i et forventet antall gode leveår. Dette har som implikasjon at eldre – alt annet likt – prioriteres lavere enn yngre, og at personer med opplevd helsetap tidligere i livet – alt annet likt – prioriteres høyere enn personer uten et slikt tap. Tidligere helsetap behøver ikke være relatert til den aktuelle tilstanden. Det er lett å ha sympati med en tilnærming som bygger på at vi alle skal ha muligheten til å oppleve like mange gode leveår. Det er allikevel ikke vanskelig å konstruere eksempler som viser at utvalgets kriterier vil kunne gi utslag som oppleves som urimelige.

Rettferdighet og helsetap over livet

Som utvalget selv påpeker, står hensynet til den dårligst stilte sentralt i all rettferdighetsteori. I fordelingen av et gode, i dette tilfellet helse, er det avgjørende om den dårligst stilte er tatt (tilstrekkelig) hensyn til. Etter gjeldende prioriteringsforskrift er den dårligst stilte i helsetjenesten den alvorlig syke pasienten. Utvalget foreslår en endret forståelse av hvem som er den dårligst stilte, ved innføringen av det såkalte Helsetapskriteriet. I dette ligger det at den dårligst stilte er den med størst helsetap over livet. Rettferdighet tilsier slik sett at det tas spesielt hensyn til den med størst helsetap over livet. Spørsmålet er om utvalgets forståelse av den dårligst stilte, treffer allmenne intuisjoner om rettferdighet.

Om ulik alder og like tilfeller

Rettferdighet innebærer, som Aristoteles har formulert det, at like tilfeller behandles likt og ulike tilfeller ulikt. Hva som er like tilfeller og hva som er ulike, kan selvsagt være vanskelig å avgjøre. Utvalget går langt i å tenke nytt om hva som er like og ulike tilfeller. Mens to pasienter som begge har samme alvorlige sykdom og samme prognose, har vært vurdert som «like tilfeller» frem til nå, vil de etter utvalgets mening kunne være «ulike tilfeller» dersom det er aldersforskjell på pasientene eller en av pasientene frem til nå i livet har hatt mye sykdom (helsemessig sett dårlige leveår). Spørsmålet er da om ikke utvalgets forslag er for radikalt i forhold til måten vi tenker rettferdighet på. En ting er at de fleste nok vil være enige om at et barn med alvorlig sykdom bør kunne prioriteres foran en 80-åring med samme alvorlige sykdom. Men dermed er det ikke sagt at vi ville mene det var riktig å prioritere en 30-åring med alvorlig sykdom, fremfor en 50-åring med samme sykdom, slik Helsetapskriteriet synes å forutsette. Det er ikke nødvendigvis slik at det såkalte «fair innings»-argumentet treffer når livet forstås som et kontinuum. Kanskje treffer det bare om vi eksempelvis tenker stadier eller livsfaser. En 30-åring og en 50-åring kan hevdes å befinne seg i samme livsfase. 80-åringen og barnet befinner seg henholdsvis i alderdommen og barndommen – kvalitativt ulike livsfaser som representerer slutten av livet og i begynnelsen av livet. Muligens trenger vi andre ord for våre intuisjoner om alder, prioritering og rettferdighet enn det helsetapskriteriet gir uttrykk for, slik det er formulert i rapporten.

Om ulik sykdomshistorie og like tilfeller

Samme argumentasjon kan knyttes til helsetap tidligere i livet. For to pasienter på samme alder med samme alvorlige sykdom og prognose, mener utvalget at den pasienten som har hatt det største helsetapet *tidligere i livet* bør prioriteres. Et eksempel enkelte etikere bruker som støtte for at fortid bør trekkes inn i en rettferdighetsavveining, er to søsken hvor den ene har fått reise mye i sitt liv, mens den andre nesten ikke har vært på reise. Våre intuisjoner om rettferdighet tilsier at om en ny reisemulighet dukker opp og bare kan gis til en av dem, så burde den gå til det søsken som har reist minst. Det er imidlertid ikke opplagt at et slikt eksempel kaster lys over fordelingsproblematikken når det gjelder helse. De fleste som har hatt et stort helsetap over sitt tidligere liv, har trolig også hatt et stort forbruk av helsetjenester. Behovet har slik sett kontinuerlig vært forsøkt imøtekommet, i motsetning til barnet som ikke har fått tilfredsstilt sitt «reisebehov» før nå. Den dagen de to pasientene får samme alvorlige sykdom med samme prognose, er det slett ikke urimelig å hevde at det er *de like behovene* for helsetjeneste her og nå som er det relevante fokuset i en rettferdighetstankegang, og ikke hvor syk, frisk eller funksjonsnedsett pasienten har vært før den aktuelle sykdommen, og dermed dette konkrete behovet, inntrådte.

Oppsummert kritikk av Helsetapskriteriet

NTNU mener at utvalget for ensidig har fokusert på å operasjonalisere og beskrive én definisjon av helsetap. En tilsvarende diskusjon av operasjonalisering av dagens kriterier gjøres ikke. På denne måten blir diskusjonen i etterkant av utvalgets innstilling lett dreid mot om man vil gå inn for utvalgets godt beskrevne og operasjonaliserte kriterier eller om man heller mot andre, ikke beskrevne/operasjonaliserte kriterier. Dette er ikke heldig. Etter NTNU sin oppfatning burde andre, alternative, definisjoner av helsetap vært diskutert av utvalget som alternativer til utvalgets presenterte forslag. Dette ville gjort en diskusjon, som både faglig og etisk er vanskelig, lettere. Vi bør være varsom med å akseptere nye kriterier for rettferdig prioritering dersom det ikke er åpenbart at de er mer rettferdige enn de vi allerede har.

Konkret vil NTNU foreslå at man følger opp utvalgets arbeid med kriteriet helsetap gjennom å etablere tilsvarende beskrivelser og operasjonaliseringer av alternative innfallsvinkler. Dette bør særlig være alternativer hvor man legger mindre vekt på helsetap før aktuell tilstand og alternativer hvor man i mindre grad legger vekt på alder. På bakgrunn av disse og den etterfølgende diskusjonen bør så endelige kriterier etableres.

Helsetapsklasser

Etablering av såkalte terskelverdier for innføring av nye tiltak er et viktig punkt i prioriteringsdiskusjonen. Utvalget foreslår at terskelverdiene, altså samfunnets betalingsvillighet for et ekstra godt leveår, skal variere med helsetap. For personer med høyt helsetap er samfunnet villig til å avgi mer ressurser til behandling enn for personer hvor helsetapet er mindre. Dette synspunktet er forenelig med ulike definisjoner av helsetap, og NTNU vurderer dette som et godt forslag. Det gjenstår imidlertid, som utvalget selv også påpeker, et betydelig arbeid med å operasjonalisere dette.

Finansieringsmodeller

Utvalget peker på at det er behov for å vurdere hvordan ordningen med innsatsstyrt finansiering påvirker faktiske prioriteringer. De foreslår også å innarbeide prioriteringskriteriene i finansieringssystemet. Dels skjer dette gjennom at DRG-prisene for prosedyrer som ikke er funnet å være kostnadseffektive ikke oppdateres, dels gjennom at det innføres egenandeler som graderes etter tjenestens prioritet.

NTNU støtter forslaget om en evaluering av dagens finansieringsmodell. NTNU er imidlertid ikke uten videre enig i at finansieringssystemet egner seg som et aktivt instrument i prioriteringsøymed. Utvalgets forslag om å integrere prioriteringskriteriene i finansieringssystemet krever en langt grundigere utredning. Mens finansiering er knyttet mot helsetjenesten, er prioriteringen i sterkere grad knyttet mot individet og/eller pasientgruppen. Det betyr at man lett kan komme i en situasjon hvor pasienter som i prinsippet skal motta samme type tjeneste skal prioriteres ulikt..

Uklar avgrensning mellom «god faglig praksis» og «prioriteringsspørsmål»

Utvalget definerer med utgangspunkt i problemet overdiagnostikk/overbehandling en utydelig grenseoppgang mellom kriterier for god faglig praksis og prioritering. Dette kan bidra til å skape en fordreid oppfatning av hva prioritering faktisk dreier seg om.

NOU-en er oppdatert på en viktig pågående debatt om overdiagnostikk og overbehandling i dagens helsetjeneste. «Overbehandling» nevnes 34 ganger i rapporten, men det skapes en viss forvirring idet man får inntrykk av at «overdiagnostikk/overbehandling» kan og bør takles gjennom økt prioriteringsbevissthet. Sitat fra side 151 i rapporten: «..i beslutningsprosesser som vedrører behandlings-begrensning av livsforlengende behandling i livets slutfase er det svært viktig å anerkjenne rollen de involverte og ansvarlige helsearbeiderne har som *prioriteringsaktører*.» (vår utheving).

Vi mener det er essensielt å skille klart mellom kriterier for «god/dårlig faglig praksis» og prioritering. Den primære motivasjon for at f.eks en allmennlege ikke skal henvise til MR i en bestemt situasjon (eksempelvis ved godartede skjelettplager der billeddiagnostikk ikke kan forventes å være til reell nytte), eller at et kreftbehandlingsteam bør begrense bruk av livsforlengende behandling i en situasjon der man betviler at behandlingen vil gi den syke en bedre og mer verdig slutt på livet, dreier seg *primært* om god yrkespraksis, ikke prioritering. Overbehandling og overdiagnostikk er (til tross for at det ofte ligger gode kliniske hensikter bak tiltakene) er uttrykk for dårlig praksis (eng: «bad medicine»). Dette er noe vi kollektivt skal strebe mot å *avvikle* – ikke nedprioritere.

Sagt med andre ord: Det å avstå fra ikke-produktive (lite nyttige) utredninger og intervensjoner skal i utgangspunktet forankres i hva som er «best practice», ikke i prioriteringskriterier. Vi erkjenner dernest at kliniske råd og retningslinjer i prinsippet godt også kan inkludere visse prioriteringshensyn (for eksempel anbefale et rimelig legemiddel fordi det har «god nok» effekt sammenliknet med dyrere alternativ), men vi bestrider at leger og helsearbeidere bør se på seg selv som «prioriteringsaktører» i enhver sammenheng. Det helseprofesjonelle fokuset skal i utgangspunktet rettes mot «god praksis». Prioritering blir det dernest snakk om i situasjoner der man vurderer å holde tilbake tiltak som kan forventes å gi pasienten en reell helsegevinst, med det argument at andre pasientgrupper kan få større gevinst eller har mer rett på gevinst enn den aktuelle pasientgruppen.

At overdiagnostikk og overbehandling leder til betydelig sløsing med samfunnets ressurser per i dag, synes å være et faktum. Slik sett synes det å være en nær forbindelse til prioritering. Men for både pasienter, samfunn og helsetjeneste kan det være viktig å kjenne forskjellen på når et behandlingstilbud holdes tilbake fordi det ikke forventes å gi pasienten helsegevinst og dermed ikke er i pasientenes interesse, og når et behandlingstilbud holdes tilbake til tross for at det trolig ville ha gitt gevinst til pasienten (jfr debatten om kostbare kreftmedisiner). Å fremstille alt som om det handler om prioritering, tilslører de faktiske forholdene og de kvalitativt ulike beslutningstypene i helsetjenesten.

Trenger vi å prioritere?

Overraskende nok har de hyppigste reaksjonene på utvalgets utredning i avisspalter og på nett, vært spørsmålet om vi egentlig trenger å prioritere. Selv erfarne helsearbeidere har fremmet påstander om at prioritering egentlig er unødvendig, og at problemet ligger i at det bevilges for lite penger til

helsetjenesten i forhold til de faktisk tilgjengelige ressurser. Muligens har utvalget tatt litt for lett på oppgaven med å demonstrere at prioritering er en uomgjengelig del av den norske helsetjenesten. Man kunne enklere og tydeligere forklart at det ikke primært handler om å forvalte økonomi, men om bruken av ressursene (personell, tid, kapasitet) og ikke minst den alternative bruken. Utvalget er selv forbilledlig opptatt av prosesser rundt prioritering, og at god prioritering har demokratisk legitimitet og oppslutning. Utvalget har levert en utredning på et høyt teoretisk og teknisk nivå. Men muligens behøves det også en «Prioritering for dummies» for i det hele tatt å overbevise befolkning og helsepersonell om at diskusjonen rundt rettferdig prioritering og kriterier for fordeling av gode leveår, er nødvendig å ta.

Med hilsen

Stig A. Slørdahl
Dekan
Det Medisinske Fakultet
NTNU

Rannveig Tellemand Storeng
Seksjonssjef
Det medisinske fakultet
NTNU