

Vår ref.:	Deres ref.:	Saksbeh.:	Dato:
2010/18429-7	14/3410	Terje Rootwelt	20.2.2015

Oppgis ved all henvendelse

Høringsnotat fra Oslo Universitetssykehus NOU 2014:12, Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten

Bakgrunn

I mandatet for denne NOU heter det: "Norge har lang tradisjon for å jobbe systematisk med spørsmål rundt prioriteringer i helsesektoren. Hvilke helsebehov som skal prioriteres, har blitt grundig diskutert i to tidligere offentlige utvalg, de såkalte Lønningutvalgene (NOU 1987:23 og NOU 1997:18). Utvikling i behandlingsmetoder, teknologi, demografi, sykdomsbyrde og forventninger gjør det nødvendig med en ny utredning om hvordan vi best prioriterer helsetjenestens ressurser". Denne NOU omhandler spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende vurdering av primærhelsetjenesten er ikke gjort i utredningen.

Lønning II utvalget fra 1997 understreket 3 kriterier for prioritering i helsevesenet: Sykdommens alvorlighet, dokumentert nytteverdi av behandlingen og et rimelig forhold mellom nytte og kostnad. Dagens NOU 2014:12 revurderer Lønning II utvalgets konklusjoner og vurderer om andre kriterier skal legges til grunn ved prioriteringer. Målet er "Flest mulig gode leveår til alle. Rettferdig fordelt". OUS oppfatter dette som et klokt mål.

Denne NOU setter opp tre overordnede kriterier for prioritering i sykehus:

1: Helsegevinst

Dette er definert som den velferdsøkningen som behandlingen gir et menneske. Man legger til grunn at hovedprinsippet for god prioritering i helsevesenet skal baseres på gjenværende "gode leveår". Begrepet "gode leveår" er således et sentralt begrep i denne NOU. Helsevesenet skal gi flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt. Forventet mange gode leveår etter behandling gir høy prioritet. Dette erstatter i stor grad nyttekriteriet.

2: Ressurskriteriet

Dette defineres som den mengden ressurser som kreves for å behandle en tilstand. Desto mindre ressurser som kreves for behandling, jo høyere prioritet får pasienten. Dette erstatter i hovedsak kostnadseffektivitetskriteriet, men er tydelig på at ressurser ikke bare er penger, men også personell, utstyr etc.

3: Helsetapskriteriet

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

for behandling. Dette gjenspeiler delvis det gamle alvorlighetsbegrepet, men utvider perspektivet med et livsløpsperspektiv.

Til sammen vil dette dele pasientene inn i grupper med ulik prioritet. Høy prioritet vil gis til pasienter med sykdom der behandlingen krever begrenset med ressurser samtidig som den utløser mange gode leveår. I dette ligger at unge pasienter har fortrinn framfor eldre med tilsvarende sykdom selv om alder i seg selv ikke er et kriterium. Dette sammen med regnestykkene og terskelverdiene er nok rapportens mest utfordrende sider (se under). Kriteriene er tenkt brukt både til å veilede beslutninger på (nasjonalt) ledelsesnivå og for helsepersonell i deres daglige kliniske arbeid.

Utvalget understreker at prioriteringene bør følge klare kriterier og gjøres systematisk og åpent med brukermedvirkning. Prioriteringene bør gjennomføres med et helhetlig sett med effektive virkemidler.

OUS støtter disse grunnprinsippene.

Generelle kommentarer

Fra sykehusets side ønskes denne NOU velkommen som et bidrag til en videre, bred diskusjon om prioritering i helsevesenet. Fordi den tekniske og medisinske utviklingen går raskt, blir det stadig flere muligheter for behandling. En del av disse framskrittene innebærer behandlingsmetoder som er svært kostbare å ta i bruk, og det er åpenbart et det ikke vil være mulig å gjøre "alt for alle" uten å ta hensyn til balansen mellom ressursbruk og forventet helsegevinst. Det er derfor viktig at ledere og behandlere i helsevesenet er bevisst i sine roller som prioriterende instanser.

OUS er grunnleggende positiv til de kriteriene som foreslås inklusive vektlegging av helsetap i et livsløpsperspektiv, som er det kriteriet som skiller seg mest fra de tidligere kriteriene.

Dette kriteriet er dog ikke uproblematisk og ikke like akseptert av alle.

Slik helsetapskriteriet synes forutsatt brukt av utvalget, som et kriterium som skal løfte frem grupper som i dag taper i kampen om helseressursene, gir dette kriteriet prioriteringen en ny dimensjon; grupper som gjennom livet har et meget stort helsetap, skal prioriteres høyere. Denne føringen gir spesielt stor prioritet til pasienter med kronisk livslang sykdom fra ung alder slik som diabetes, alvorlig nevrologisk sykdom, alvorlig psykisk sykdom og rus etc. OUS støtter dette. Samtidig er det åpenbart at alvorlig sykdom hos eldre hvor det finnes effektiv behandling, fortsatt må prioriteres. Ved å nedprioritere behandling (i alle aldre) for lite alvorlig sykdom eller hvor behandlingen har lite dokumentert effekt (ingen tydelig helsegevinst), vil det være mulig å gi slik trygghet for behandling for alvorlig sykdom også hos eldre. I den offentlige debatten har det vært hevdet at spesielt eldre fratras prioritet ved innføring av helsetapskriteriet. Vi velger som beskrevet over å forstå helsetapskriteriet slik at dette ikke er intensjonen, og dette bør komme klart frem av det videre arbeidet med å utvikle lovverk og forskrifter. Utvalgets presisering av at et helsetapskriterium ikke er en forutsetning for å tildele behandling dersom helsegevinst er tilstede, burde sikre at alle pasienter med klar helsegevinst av en gitt behandling får tilgang til denne.

NOU'en kan også (mis-)forstås til å skulle gradere gode og dårlige leveår. Vi vil anbefale en tydeliggjøring av at kronisk sykdom, skade eller redusert psykisk eller somatisk funksjonsevne på ingen måte skal medføre redusert prioritert; snarere tvert i mot (stor helsetap gjennom livsløp medfører høy prioritet for å få best mulig behandling).

Helsegevinstkriteriet forstår vi som en presisering av det tidligere Nyttekriteriet. Ved å referere til helsegevinst i en relativt bred betydning konkretiseres nyttekriteriet. At dette kriteriet er en nødvendig forutsetning for å tildele helsehjelp, er i tråd med de grunnleggende forutsetningene for praktisering av kunnskapsbasert medisin.

Presisering av helsegevinst som en forutsetning er et viktig og velegnet verktøy i arbeidet med å identifisere virksomhetsområder hvor overbehandling har fått utvikle seg. Dokumentasjonen av at det gis behandling som ikke fyller helsegevinstkriteriet samtidig som andre pasientgrupper ikke får optimalisert sitt helsepotensial, gjør helsegevinst til et relevant og egnet prioriteringskriterium.

Vi oppfatter dette som spesielt viktig, og at det gir mulighet for klar nedprioritering av det til dels store volumet av behandling uten dokumentert nytte (kfr store nasjonale forskjeller i bruken av en del behandlingsformer). Etablering av et nasjonalt Helseatlas for å synliggjøre dette er et viktig virkemiddel som vi anbefaler følges opp med krav om endring der forbruk og praksis ikke er i tråd med nasjonale anbefalinger.

Videre arbeid med andre klare virkemidler for å gjennomføre og følge opp prioriteringsarbeidet er viktig.

Vi støtter således at behandling uten dokumentert effekt prioriteres lavt og bare bør foregå i kontrollerte kliniske studier. Ved gjennomføring av slike kliniske studier vil man kunne skaffe seg dokumentasjon for om en behandling faktisk har ønsket effekt. Ved utprøving av nye medikamenter eller nye kostbare metoder, bør man vurdere om slike studier skal sentraliseres til et fåtall helseforetak. For å sikre at slike studier faktisk kan gjennomføres, er det viktig at de kan utføres og finansieres innen spesialisthelsetjenesten.

Ressurskriteriet slik det er presisert i utredningen er også en nyttig videreutvikling av det tidligere kostnad-effekt kriteriet. Innstillingens presisering av at ressurskriteriet skal forstås bredere enn en enkel kostnadsvurdering og ta opp i seg tilgjengelighet av kvalifisert fagpersonell, infrastruktur som arealer og sengeplasser samt medisinsk teknisk utstyr, er positivt.

Juridisk vurdering

Denne NOU ønsker at pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften endres i samsvar med utredningens foreslåtte hovedkriterier. Det kan synes vanskelig å kommentere utvalgte forslag på dette punkt, ettersom det ikke legges frem noe konkret forslag til slike endringer. OUS vil imidlertid påpeke at i tidligere høringsnotat til Pasient- og brukerrettighetsloven og Pasientrettighetsdirektivet pkt. 9.4.3 har departementet understreket at

"selv om man opphever skillet mellom rettighetspasienter og ikke-rettighetspasienter, må spesialisthelsetjenesten foreta en prioritering mellom pasientene ut i fra alvorlighets- og hastegrad. Det følger av forsvarlighetskravet og av prioriteringsforskriften".

OUS merker seg også at under pkt 9.4.6 Prioriteringsforskriften skriver departementet videre: *"De endringer som foreslås i punkt 9.4 om rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten innebærer at prioriteringsforskriften må endres. Som nevnt innebærer ikke lovendringene at prioriteringsforskriften skal oppheves. Departementet vil understreke at de endringene som foreslås i dette høringsnotatet ikke innebærer at det skal gjøres endringer i de prioriteringer som helseforetakene i dag gjør. Pasientene skal som før prioriteres ut fra en*

medisinskfaglig vurdering av behov og hastegrad. Prioriteringsforskriften opererer imidlertid med et skille mellom rettighetspasienter og ikke-rettighetspasienter. Det må derfor gjøres retts tekniske endringer på flere punkter når skillet oppheves, blant annet i prioriteringsforskriften § 2”.

OUS vil også fremheve at departementet fremmet videre følgende:

”Forslag til endring av forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften)

Ny § 2 skal lyde: Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten:

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd, når:

a) pasienten, med det unntaket som er nevnt i § 3 andre ledd, kan ha forventet nytte av helsehjelpen og b) de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.

Med forventet nytte av helsehjelpen menes at det foreligger god dokumentasjon for at aktiv medisinsk eller tverrfaglig spesialisert helsehjelp kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten helsehjelp eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av helsehjelp.

Ny § 2a skal lyde:

*§ 2a Prioritering av pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten
Spesialisthelsetjenesten skal prioritere pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten ut i fra alvorlighets- og hastegrad. I prioriteringen av pasienter skal det legges vekt på prognosetap med hensyn til livslengde og livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes”.*

Forslaget ser ut til å ikke ha blitt kommentert av de ulike høringsinstanser. **Prop. 118 L** (2012–2013) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (Rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet m.m.) omtaler ikke forskriftsendringen nærmere.

OUS ser det slik at alvorlighet fortsatt må være et prioriteringskriterium, og at spesialisthelsetjenesten må foreta en prioritering mellom pasientene ut i fra alvorlighets- og hastegrad. Dette vil bli særskilt viktig når det nå er vedtatt at skillet mellom rettighetspasienter og ikke-rettighetspasienter blir opphevet, slik at alle pasienter som har behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten får en juridisk rett, og rett til individuelt fastsatt frist for når helsehjelpen senest skal settes i gang.

Kritiske merknader

Tilsynelatende legges det opp til å tallfeste faktorene bak en prioritering. Regnestykkene og terskelverdiene er vanskelige å følge, og vi tror ikke dette er gjennomtenkt nok eller er gjennomførbart slik dette nå fremstår.

Et problem utvalget i liten grad berører og som kanskje i spesiell grad angår OUS, er hvordan man skal forholde seg til at det for en rekke pasientgrupper allerede gis behandling med stor helsegevinst for tilstander med et potensielt stort helsetap, men hvor kostnaden per gode leveår i betydelig grad overstiger utvalgets forslåtte høyeste terskelverdier. De foreslåtte prioriteringskriteriene gir i liten grad føringer for hvordan slike problemstillinger skal

håndteres. Det må forventes at disse utfordringene øker i omfang i årene som kommer på grunn av den medisinske utviklingen. Det vil sannsynligvis være uakseptabelt politisk å avslå behandling i mange slike tilfeller. Det er problematisk å vedta regnestykker og terskelverdier man likevel ikke følger i praksis.

Denne NOU er svært ordrik med over 200 sider og er språket er til dels tungt å lese. Budskapet ville ha kommet tydeligere fram med redusert antall ord, enklere setningsbygning og fokusering på det vesentlige.

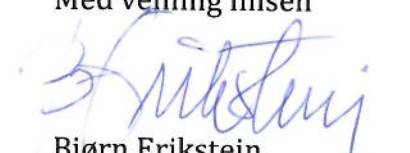
Praktisk implementering på individbasis vil nok være vanskeligere enn på gruppenivå, for eksempel når Beslutningsforum skal vurdere om nye metoder skal innføres i spesialisthelsetjenesten. Det er derfor svært viktig at det gis god opplæring og at praktisk prioritering i klinisk virksomhet følges opp og diskuteres jevnlig i de kliniske miljøene. Forståelse og implementering ute i helsetjenesten er avgjørende.

Utredningen virker noe snever i sin sykdomsforståelse. Grunnlaget for sykdom og "gode leveår" kan også ligge i ikke-medisinske forhold. Dette vurderes ikke tydelig i utredningen.


NOU anbefaler opprettelse av eget nasjonalt sekretariat som skal arbeide med prioritering. Nytteverdien synes uklart slik det nå er beskrevet.

Pleie- og omsorgsperspektivet er ikke omtalt. Institusjonsplasser hvor dette er hovedoppgaven koster fra 1 million kroner og oppover i året og mange pasienter/brukere her kan tilsynelatende falle helt utenfor prioriteringen. Det er åpenbart ikke hensikten, og det bør adresseres i det videre arbeidet.

Med vennlig hilsen



Bjørn Erikstein
Administrerende direktør



Terje Rootwelt
Viseadm. direktør