

Til
Helse - og Omsorgsdepartementet

Dato: 18.02.2015
Vår ref.: 2014/13159

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

Vi vil berømme utvalget for å sette fokus på svært viktige og vanskelige utfordringer. Behovet for større oppmerksomhet om prioriteringer i helsetjenesten er uomtvistelig. Utvalgets forslag har alt skapt mye debatt, men vi håper at forslagene i del III i utredningen om prosesser og virkemidler vurderes realisert selv om man ikke skulle klare å enes om nye kriterier som foreslått i del II, herunder behov for gode beslutningsprosesser ved kliniske prioriteringer, monitorering og tiltak for å unngå over- og under behandling.

I et sammensatt og flerfaglig miljø som Institutt for helse og samfunn råder det ulike syn på innholdet i meldingen og vi har valgt ikke å konkludere på alle spørsmål. Kommentarene er strukturert i en generell del som omhandler overordnede perspektiver og en mer spesifikk del som går i detalj på enkelte aspekter i meldingen.

Generelle kommentarer

En av utvalgets to hovedoppgaver var å vurdere om kriteriene fra Lønning II utvalget (alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet) tilfredsstillende dagens prioriteringsutfordringer. Denne oppgaven er ikke løst på en tilfredsstillende måte. Utvalget har valgt å vektlegge presentasjonen av nye kriterier. Fordeler og ulemper med de tre nye kriteriene sammenlignet med de gamle blir ikke drøftet.

Utvalget hevder at de nye kriteriene skal være enklere og mer forståelig for folk flest og helsepersonell, men dette er ikke begrunnet eller sannsynliggjort.

NOUen er skrevet i et dels teknisk språk. Det er vanskelig å vurdere de praktiske implikasjonene av forslagene som fremmes. Vanskelig tilgjengelig språk kan føre til at ønsket om åpenhet og demokratiske prosesser blir vanskelig å realisere.

Et nøkkelbegrep i rapporten er «rettferdighet». Hva slags rettferdighetsbegrep utvalget har lagt til grunn, og alternative og konkurrerende rettferdighetsbegrep, blir i liten grad drøftet prinsipielt.

Utvalget er tydelig inspirert av John Rawls, som er en av de mest sentrale

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved UiO i tråd med UiOs reglement for elektronisk godkjenning.



Fakultetsadministrasjonen

Postadr.: Postboks 1078 Blindern, 0316 Oslo
Kontoradr.: Klaus Torgårds vei 3

Telefon: 22 84 53 00

Telefaks: 22 84 53 01

postmottak@medisin.uio.no

www.med.uio.no

Org.nr.: 971 035 854

liberalistiske ideologene, der f.eks. det autonome individets rettigheter tradisjonelt prioriteres foran samfunnshensyn, kontraktstenkningen er mer sentralt enn tillit og relasjoner, og verdier som empati, solidaritet og barmhjertighet er lite utviklet. Videre er Rawls' rettferdighetsbegrep primært utviklet for den politiske sfæren. Et viktig spørsmål – som utvalget ikke drøfter – er om utvalgets rettferdighetsbegrep egner seg like godt for kliniske prioriteringer som for de overordnede prioriteringene i helsetjenesten. NOUen synes å representere en sterk dreining i retning av nytteetikk på bekostning av pliktetikken (f.eks. hjelpeplikten) og nærhetsetikken, uten at dette drøftes eksplisitt.

Syke eldre er et relevant eksempel, der det kan se ut som om utvalget ønsker at høy kronologisk alder skal slå mer negativt ut for prioritet enn dagens kriterier. Det kan se ut som om forslagene vil føre til aldersdiskriminering langt utover hva som er praksis i den norske helsetjenesten i dag. Utvalgets beskrivelse av dagens praksis på dette punktet er mangelfull og misvisende¹, dvs. man normaliserer aldersdiskriminering eller nedprioritering pga høy kronologisk alder i større grad enn hva som er tilfellet. Forslaget om å vektlegge gode leveår gjennom helsegevinskriteriet kan medføre at grupper med kortere forventet levetid og eventuelt mindre potensiale for bedring (f.eks. psykisk utviklingshemmede eller personer med alvorlige sinnslidelser) får lavere prioritet, mens grupper med høyere forventet levealder og større potensiale for helsegevinst (høyt utdannede, høy sosioøkonomisk status) gis høyere prioritet. Det foreslåtte helsetapskriteriet kan delvis korrigere for forskjeller i forventet levetid, men i liten grad for andre begrensninger i potensiale for helsegevinst. Utvalgets åpenhet for å vektlegge f.eks. produktivitet kan forsterke slike tendenser og den prinsipielle diskusjonen rundt dette er mangelfull.

Mange av de som er dårligst stilt i helsetjenesten, mottar hovedsakelig helsehjelp fra kommunale helsetjenester. Det er også uheldig å utelate kommunehelsetjenesten i en slik rapport om prioriteringer i helsetjenesten ut fra et folkehelseperspektiv og ønsket om å få mest mulig helse igjen for hver krone. At de kommunale tjenestene, og pleie- og omsorgstjenester som ytes i spesialisthelsetjenesten, i så stor grad er utelatt i utvalgets diskusjoner gjør at det er vanskelig å vurdere om utvalgets kriterier er egnet til å nå målsettingen om å gi de dårligst stilte økt prioritet.

¹ Nortvedt, Per;Pedersen, Reidar;Slettebø, Åshild;Grøthe, Kristin; Nordhaug, Marita;Kirkevold, Marit;Brinchmann, Berit Støre;Førde, Reidun;Andersen, Berit (2007). Liv til årene eller år til livene? Kliniske prioriteringer i helsetjenesten til syke gamle. Seksjon for medisinsk etikk. Pedersen, Reidar;Nortvedt, P;Nordhaug, M;Slettebø, Åshild;Grothe, KH;Grøthe, Kristin Halvorsen;Kirkevold, Marit;Brinchmann, Berit Støre;Brinchmann, Berit Støre;Andersen, Berit (2008). In quest of justice? Clinical prioritization in healthcare for the aged. Journal of Medical Ethics. Vol. 34. doi: 10.1136/jme.2006.018531

Den økte vektleggingen av nytteetikk, QALY og andre helseøkonomiske vurderinger blir i noen grad drøftet i rapporten, men mange vil nok hevde at utfordringene knyttet til slike mål for livskvalitet blir for lite vektlagt. Mange av de vanligste og viktigste lidelsene i samfunnet i dag er vanskelig å tallfeste ift. Utvalgets kriterier.

Detaljerte nyttekalkyler kan også være ressurskrevende og kan virke fremmedgjørende i det enkelte møtet mellom pasient og helsearbeider.

Spesifikke kommentarer

Utvalget foreslår at det innføres tre nye kriterier for prioritering:

- Helsegevinst: økende prioritering med større helsegevinst
- Ressurser: synkende prioritet med økende krav til helseressurser.
- Helsetap: økende prioritering ved høyere helsetap

De to første kriteriene er, så langt vi kan se, tilsammen identiske med et kostnadseffektivitetskriterium. Gitt et eksplisitt mål om transparens, finner vi det noe overraskende at utvalget har valgt å splitte kostnadseffektivitet i to separate kriterier. Utvalget foreslår videre at helsegevinster skal multipliseres med en vekt beregnet på basis av helsetap over et livsløpsperspektiv, relativ til en situasjon der alle opparbeider ett «godt leveår» per år frem til en referansealder på 80 år. Helsetapskriteriet er det som avviker mest fra dagens kriterier, og våre kommentarer vil hovedsakelig være rettet mot dette kriteriet.

HELSAM ønsker å vie oppmerksomhet til følgende momenter i anledning den videre vurderingen av NOU'en.

1. Utvalget har vurdert alder, sjeldenhet, mangel på eksisterende behandling og bidrag til innovasjon som selvstendige prioriteringskriterier. Utvalgets vurdering er at disse ikke har selvstendig relevans som prioriteringskriterier. Vi savner en nærmere redegjørelse for hvilken rolle for eksempel sjeldenhet har i andre helsesystem. Vi registrerer at det eksisterer ulike synspunkter på betydningen av å ta i betraktning slike forhold i prioriteringsprosesser, og at dette er basert bl.a. på ulike forståelser av likeverdighet med hensyn til behandling.

2. Gitt utvalgets mandat, og oppgaven med å presisere alvorlighetskriteriet fra Lønning II-utvalget, finner HELSAM at det er en vesentlig svakhet ved rapporten som helhet at utvalget, så langt vi kan se, ikke diskuterer andre alternative måter å operasjonalisere alvorlighet. Utvalget diskuterer heller ikke styrker og svakheter ved den valgte operasjonaliseringen som helsetap. Argumentene som presenteres i rapportens del 7.5.4 «Begrunnelse for et helsetapskriterium» og i Vedlegg fire er enten sirkulære eller ikke avgrenset til alvorlighet som definert med helsetapskriteriet, slik at de antakelig vil være like gjeldende for andre måter å operasjonalisere alvorlighet. Mangel på begrunnelse er ikke i seg selv en indikasjon på at helsetapskriteriet er et dårlig forslag, men det gir et svakt grunnlag for å vurdere om, eller i hvilket omfang andre

alternativer er vurdert av utvalget, og med hvilket grunnlag eventuelle andre alternativer er forkastet.

3. Det foreslåtte helsetapskriteriet baserer seg på et livsløpsperspektiv, og vektlegger både fortidig og fremtidig helsetap. Vi er enige med utvalget i at både fortidig og fremtidig helsetap kan sies å ha selvstendig etisk relevans i vurdering av prioritering, men stiller spørsmålstegn ved utvalgets forslag om at fortid og fremtid skal ha like stor vekt. Selv om fortidig helse kan ha relevans, vil «alvorlighet» som beskrevet blant annet av Lønning-utvalgene tillegge nåtidig og fremtidig helse vesentlig større betydning. Dersom alvorlighet skal implementeres som helsetap, vil vi anbefale en utredning av det etiske og empiriske grunnlaget for lik vekting av fortid og fremtid.

4. Vi vil påpeke at helsetap definert som avvik fra et liv i fullverdig helse fram til en referansealder, med nødvendighet medfører kjønnsulike konsekvenser. Ettersom kvinner statistisk sett lever lenger enn menn, vil felles referansealder på tvers av kjønn, slik utvalget foreslår, logisk medføre en relativ nedprioritering av behandling til kvinner. Det er en risiko for at eventuell eksisterende underprioritering av kvinnehelse i dagens helsevesen blir forsterket. Valg av ulik grense for menn og kvinner ville implisere forskjellig «rett» til helse.

5. Vi merker oss at utvalget foreslår at prioriteringskriteriene skal gjelde på alle nivå i helsetjenesten. Kriteriene fremstår som mest egnet til beslutninger på overordnet nivå, når det gjelder hvilke typer helsetilbud som skal gjøres tilgjengelig for befolkningen. Vi ser en rekke potensielle problemer dersom denne typen kriterier skal benyttes på sykehus, avdelingsnivå, eller i møte mellom helsepersonell og enkeltpasienter. Hvordan tenker utvalget at modellen som er utviklet på gruppenivå skal kunne implementeres i direkte pasientrettet arbeid? Eksempelvis har forskjellige prosesser blitt brukt for å prioritere hvilke enkeltpasienter som skal få svært kostbar kreftmedisin. Helsedirektoratet nedsatte først ekspertgrupper, men ble møtt med kraftige reaksjoner i media. Mini-HTA (health technology assessment) ble foreslått for å gi mer objektiv kostnadseffektivitetsvurdering. Rapporten antyder at denne typen vurderinger i fremtiden skal avgjøres ved hjelp av de tre foreslåtte kriteriene. Vi ser store utfordringer knyttet til hvordan statistisk kunnskap om pasienters helsetap og helsegevinster på gruppenivå skal kombineres med klinisk informasjon om enkeltpasientenes sykehistorie for å gjøre prioriteringsvurderinger ved hjelp av de foreslåtte reglene. Dersom denne typen prioritering delegeres ned på et klinikknært nivå ser vi potensiale for interessekonflikter som kan være ødeleggende for tillitsforholdet mellom pasienter og helsepersonell, ved at pasienter kan føle seg tvunget til å tilbakeholde informasjon om egen helse for å få best mulig behandling. I den grad denne typen prioriteringskriterier skal implementeres på lavere nivå vil vi anbefale at det gjøres i form av behandlingsveiledere.

6. Utvalget reiser behovet for et nasjonalt rådgivende organ for prioriteringer i helsetjenesten, og legger vekt på at dette bør separeres fra arbeidet med kvalitet (s. 187). Utvalget peker på behov for en betydelig forskningsinnsats for å estimere gjennomsnittlig kostnad pr gode leveår i det norske helsevesenet, en oppgave som vil bli vesentlig komplisert ved innføring av det foreslåtte helsetapskriteriet (se pkt. 9). Dersom helsetapskriteriet blir innført vil det samtidig være nødvendig

å fremskaffe et empirisk eller teoretisk grunnlag for vektingen dette kriteriet skal få opp mot de andre kriteriene. Et rådgivende organ for prioriteringer vil videre ha et kontinuerlig behov for støtte i forskning rettet mot grunnlaget for, implikasjonene og praktiske konsekvenser av, og validiteten til implementeringen av de foreslåtte prioriteringskriteriene.

For å sikre tilstrekkelig uavhengighet vil vi anbefale at denne forskningsaktiviteten delegeres mest mulig fritt til et uavhengig kompetansesenter. Vi mener at en organisering av et slikt kompetansesenter knyttet direkte til universitetssektoren vil være mest formålstjenlig av hensyn til å sikre legitimitet med hensyn til uavhengighet. HELSAM inneholder flere ulike fagmiljø som kan bidra inn i et slikt kompetansesenter.

7. Helsegevinst og helsetap er begge målt i enheten «gode leveår». Utvalget åpner for at «gode leveår» kan operasjonaliseres på forskjellige måter. Imidlertid er kvalitetsjusterte leveår (QALYs) i dag det eneste teoretiske rammeverket som er kongruent med «gode leveår» som beskrevet, og som er relevant for bruk i Norge. For mange behandlingsopplegg og grupper, kan eksisterende QALY-metoder ventes å gi et rimelig bilde av helsegevinster. Imidlertid har metodene kjente svakheter som kan slå ut i form av systematiske avvik for enkelte typer behandlingsopplegg og enkelte pasientgrupper. Tatt i betraktning at QALY-beregninger vil utgjøre grunnlaget for vurdering av både helsegevinst og helsetap, vil vi understreke viktigheten av at implementeringen av prioriteringskriteriene i form av retningslinjer, forskrifter og liknende, stiller krav til at praktiske prioriteringsanalyser inkluderer faglig vurdering av i hvilken grad anvendte QALY-metoder kan ventes å gi et rimelig bilde av helsegevinster og helsetap for behandlinger som vurderes.

8. Utvalgets konkrete forslag til vekting av helsetapskriteriet er ikke begrunnet i teksten. Vekten som tillegges helsetapskriteriet er avgjørende for avveining mellom kostnadseffektivitet og helseutjevning, og er derfor helt sentral. Dersom helsetapskriteriet får stor vekt, vil helsevesenet i større grad utjevne forskjeller i helsetap, men kostnaden er at helsevesenet med nødvendighet vil produsere mindre helse målt i uvektede «gode leveår». Den foreslåtte vekten (dobbel prioritet ved tap på over 15 «gode leveår», trippel ved tap av mer enn 30 «gode leveår») innebærer at en behandling som gir en gevinst på ett godt leveår til en gruppe med samlet helsetap på 15 leveår kan koste dobbelt så mye som behandling til en gruppe med mindre samlet helsetap. Gitt at den foreslåtte 1-2-3-regelen er ment som eksempel på en mer generell regel, vil en behandling som gir en døende 20-åring ett ekstra leveår ha høyere prioritet enn å gi to 65-åringer ett ekstra leveår, eller ett ekstra år til fem 80-åringer.

Dersom helsetapskriteriet vurderes som en hensiktsmessig implementering av alvorlighet finnes intet a priori grunnlag for å avgjøre den relative vektingen av ressurser og helsegevinst opp mot prioritering av de helsetapsmessig verst stilte. Vektene som foreslås i rapporten vil antakelig føre til vesentlig omrokking hva gjelder eksisterende prioriteringer, hvilket presumptivt må tolkes som at utvalget vurderer prioritering på bakgrunn av kostnadseffektivitet som svært avvikende fra ønskelig. Ettersom høyere vekting av helsetapskriteriet logisk sett fører til mindre «produsert helse» i form av «gode leveår» er denne avveiningen viktig. Utvalget gir ikke svar på hvordan en slik avveining skal gjøres.

9. Utvalget antyder at man bør ta hensyn til alternativkostnadene ved vurdering av eventuelle grenseverdier for betalingsvillighet pr QALY/«gode leveår». Gitt at helsetapskriteriet gir en vekt som aldri er lavere enn 1 som skal ganges med helsegevinst vil antall «gode leveår» inflateres. Uvektet går utvalget ut fra en helsenorm der man sammenlikner oppnådd helse med et liv som gir 80 «gode leveår». På marginen etter utvalgets forslag vil en person i full helse over 80 år «tjene» 293,33 vektete «gode leveår». Utvalget etterlyser forskning som kan gi estimer på gjennomsnittlig kostnad per «gode leveår» i helsevesenet, men gir ingen indikasjon på hvordan dette kan eller bør håndteres med hensyn til helsetapsvektning. For at slike grenseverdier skal kunne representere alternativkostnaden ved innføring av nye behandlingstilbud må helsegevinster i eksisterende behandling vektet med helsetap etter samme regel som brukes for vurdering av nye tilbud.

Med hilsen

Frode Vartdal
dekan

Unn-Hilde Grasmø-Wendler
Assisterende fakultetsdirektør