



Helse- og omsorgsdepartementet

Deres ref

Vår ref

Dato

2014/11440-INSE

20.02.2015

### Høring - NOU 2014: 12 Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten

Vi takker for muligheten til å gi innspill til NOU 2014: 12: Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten.

Rapporten er oversendt aktuelle institutter ved fakultetet. Det medisinsk-odontologiske fakultet har mottatt uttalelser fra fagmiljøer ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, og disse oversendes herved til Helse- og omsorgsdepartementet som høringsinnspill til NOU 2014:12.

#### Høringskommentarer fra Faggruppe for allmenntilleggsmedisin

1. Utvalgets prioriteringskriterier er vel gjennomtenkte og konkretiserer prioriterings-tenkningen i Lønning II, og er overensstemmende med NSAMs (Norsk selskap for allmenntilleggsmedisin) "sju teser for allmenntilleggsmedisin» og senere prioriteringsdokumenter fra NFA (Norsk forening for allmenntilleggsmedisin) og AF (Allmenntilleggsforeningen).
2. Utvalget beskriver relevante drivere for mangelfull etterlevelse av tidligere prioriteringsretningslinjer. Her mangler noen viktige drivere som det er nødvendig å identifisere:
  - a) Interessekonflikter som følge av samarbeidsrelasjoner mellom ledende faglige eksperter og utstøyr- og legemiddelindustri
  - b) Helsevesenets og allmenntilleggsmedisins manglende aksept for unnlattelsesfeil og tilsvarende blindhet for overdrivelsesfeil i klinisk virksomhet
  - c) Politikeres inngripen i den kliniske medisinen med tiltak som ikke har dokumentert helsegevinst
  - d) Kliniske retningslinjers rigorøse krav til måloppnåelser av fysiologiske måleparametre når slike mål ikke har dokumentert helsegevinst
  - e) Tallrike beslutninger om refusjon av legemidler som ikke har dokumentert gevinst på annet enn fysiologiske måleparametre
3. Det er lagt stor vekt på å beskrive prosedyrer for å innfri målsettingen om mest mulig helsegevinst med rettferdig fordeling. Disse prosedyrene virker vel gjennomtenkte. Det er

Telefon 55580000  
postmottak@uib.no  
Internett [www.uib.no](http://www.uib.no)  
Org no. 874 789 542

Det medisinsk-odontologiske  
fakultet  
Telefon 55582086  
Telefaks 55589682  
post@mofa.uib.no

Postadresse  
Postboks 7804  
5020 Bergen

Besøksadresse  
Jonas Lies vei 79  
Bergen

Saksbehandler  
Inger Hjeltnes Senneseth  
55586671

imidlertid svært meget som foregår i medisinsk virksomhet som ikke fanges opp i beskrivelsen av slike prosedyrer. Først og fremst står vi i komplekse situasjoner med usikkerhet om alvorlighetsgrad, komplekse symptombilder hvor eksistensielle faktorer har stor innvirkning på helseopplevelsen, ukjent prognose, vansker med behandlingsvalg og usikkerhet om hva pasienten er best tjent med.

4. Derfor er det mangelfullt å peke på nasjonale retningslinjer, bedre og tilgjengelig informasjon om dokumenterte helsegevinster og utdanning i prioriteringsbeslutninger. En styrking av kunnskapsbasert praksis må følges av etiske avklaringer av hvordan hensynet til pasientens autonomi skal balanseres mot rettferdighet og faglighet i situasjoner med fare for så vel overdrivelses- som unnlattelsesfeil der usikkerhet ikke fullt ut kan avklares ved hjelp av retningslinjer.
5. Helseledelse på alle nivåer må utvikle kompetanse for etisk og dialogisk ledelse. Slik ledelse er nødvendig for at klinikere kan utvikle respektfulle dialoger med pasienter om beslutningsdilemma i medisinen.
6. Helsemyndighetene må anerkjenne at vi har betydelige helse- og prioriteringsmessige problemer knyttet til overdiagnostikk og overbehandling, og anrette helse- og folkeopplysning etter mønster av «Choosing Wisely» kampanjen, som får oppslutning fra viktige helsetjenesteaktører i så vel USA som Canada.

#### Høringskommentarer fra Senter for alders – og sykehjemsmedisin

I denne utredningen ser vi med overraskelse at prioriteringsutvalget på side 57 trekker fram et innspill fra Sykepleierforbundet at: «Standardiserte verktøy som LCP (Livepool Care Pathway) ivaretar de siste timene/dagene i noens liv – og burde vært innført som en «plikt» i alle deler av helsetjenesten.»

Senter for alders – og sykehjemsmedisin gjør oppmerksom på at det ikke foreligger evidence base for denne anbefalingen, tvert imot. I en etterspurt uttalelse til Rådet for legeetikk, DNLF, påpeker Reidun Førde, Knut Engedal, Geir Selbæk og Bettina Husebø på at LCP med god grunn ble utfaset i England. Rådet for legeetikk konkluderte med at diskusjon og anvendelse av LCP burde fremlegges på Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) nivå og har sendt dette til videre til HOD vurdering. Inntil videre framstår det som svært usikkert at LCP in den nåværende formen blir videreført til bruk i norske sykehjem. Kompetent videreutvikling, testing hos personer med demens og et nytt navn er minste kravene. Behandling i livets slutt hos nesten 50 % av den norske befolkningen kan ikke baseres på et avkryss-system som inneholder en rekke anbefalinger som oppfordrer til alvorlig feilvurdering og – behandling.

#### Anbefaling:

Følgende setning (side 57) bør tas ut inntil videre: «Standardiserte verktøy som LCP (Livepool Care Pathway) ivaretar de siste timene/dagene i noens liv – og burde vært innført som en «plikt» i alle deler av helsetjenesten.»

#### Høringskommentarer fra forskningsgruppen Globale Helseprioriteringer

Overordnet sett er dette en svært spennende og ambisiøs norsk utredning. Arbeidet framstår som godt oppdatert på relevant empirisk, økonomisk og etisk litteratur. Det tas ofte et

komparativt perspektiv til tidligere praksis innenlands og praksis i andre land.

Argumentasjonen fremstår i sin helhet som vanntett på mange områder – særlig grunnet at det tas et pluralistisk perspektiv og at mange relevante innvendinger tas i betraktning.

### **Prioriteringskriteriene**

De eksisterende kriteriene «alvorlighet», «nytte» og «kostnadseffektivitet» er nesten 20 år gamle, og en systematisk gjennomgang av deres relevans og vurdering av alternative kriterier er svært betimelig. Erfaringene med de eksisterende kriteriene viser at de er befattet med enkelte problemer i forhold til anvendelse i praktisk prioriteringsarbeid. De nye selvstendige kriteriene for prioriteringer fremstår som både mer konkrete og informative enn Lønning II. Det vil sannsynligvis åpne for en tydeligere og mer omfattende implementering i lov, forskrift, retningslinjer og praksis – hvilket er svært ønskelig.

Det kan nok med fordel gjøres mer arbeid for å unngå debatt basert på en feilaktig forståelse av hva kriteriene faktisk fører med seg. Det er utfordrende at de tre foreslåtte kriteriene er dels svært overlappende, slik at det kan oppstå dobbelttelling (og trippel-) av effekter, først og fremst behandlingsnytte. Det er utfordrende at Alvorlighetskriteriet ikke har blitt konkretisert på en operasjonaliserbar måte tidligere, og at det mangler konsensus om hva begrepet skal innebære. Det er utfordrende at «rimelig forhold mellom kostnader og nytte» ikke har blitt nærmere definert tidligere, og problematisk at det i stedet de siste tiårene har tvunget seg fram uskrevne regler i byråkratiet som blir benyttet i saksbehandling som ikke er politisk vurdert og ikke er basert på en bred samfunnsdebatt. Norheimutvalget gir svært gode innspel til en god debatt på disse områdene.

Det er også svært positivt at utvalget foreslår å utvide bruken av gode leveår (QALYs) til alle tre prioriteringskriteriene. For det første gjør dette prioriteringsprosesser operasjonaliserbare på en helt annen måte enn i dag, noe som er nyttig for å oppnå rettferdige og konsistente prioriteringer. For det andre synliggjør det helsetap og helsegevinster på en måte som muliggjør meningsfull sammenligning på tvers av pasient og diagnosegrupper. For det tredje kan det synliggjøre premissene for prioriteringene, noe som muliggjør åpenhet og forutsigbarhet i prosessene, og dermed muliggjør gode og konstruktive diskusjoner om kriterier og faktiske prioriteringer.

Det mest kontroversielle enkeltforslaget er å operasjonalisere «alvorlighet» som «helsetap». Dette er utvalget sitt svar på mandatet sitt spørsmål om å «vurdere hvordan alvorlighetskriteriet kan anvendes på en systematisk og konsistent måte». Det fins ulike alternative måter å definere alvorlighet på, som alle er beheftet med fordeler og ulemper.

1. Alvorlighet, vurdert etter grad av behov for akutt hjelp. Dette er et perspektiv som kun forholder seg til nåtiden, og kan uttrykkes enten som pasientens posisjon på y-aksen i et QALY diagram (helserelatert livskvalitet), eventuelt pasientens umiddelbare fall i livskvalitet dersom behandling ikke blir ytt. Denne måten å tenke alvorlighet på er knyttet til «rule of rescue» prinsippet, som er viktig innenfor akuttmedisin og triage arbeid. Ulempen er at dette prinsippet ser bort fra både tidligere og framtidige helseperspektiv, og dermed har liten anvendbarhet for prioritering av alle former for helse med en viss varighet.

Dette perspektivet fokuserer på alvorlighet fra et akuttmedisinsk perspektiv, og har dermed fokus på å unngå dødsfall, noe som igjen medfører som medfører fordelingsmessige konsekvenser som ikke er i samsvar med verdigrunnlaget for den

Norske helsetjenesten. For eksempel vil dette prinsippet i seg selv innebære en nedprioritering av alle typer kronikere som har varige, plagsomme men ikke dødelige tilstander. Det vil også innebære en oppprioritering av svært marginale livsforlengelser i livets slutfase, også når dette angår svært gamle mennesker. Heller enn å bidra til utjevning av helseforskjeller, kan det hevdes at «rule of rescue» vil bidra til å sementere og øke eksisterende ulikheter i helse.

2. Alvorlighet, vurdert som helsetap i forhold til forventet prospektiv helse (proportional shortfall). Dette er et perspektiv som forholder seg til prospektiv (framtidig) helse, ser bort fra all tidligere helse, og kan illustreres i et QALY diagram som området til høyre for diagnostidspunktet. Helsetapet uttrykkes her som prosent av total forventet framtidig helse i mangel av sykdom på diagnostidspunktet, og regnes ut som brøken av forventet helsetap med sykdom over summen av forventet gjenværende helse i mangel av sykdom.

Dette perspektivet kan i større grad enn rule of rescue perspektivet innarbeide sykkelighet over tid, men kun framtidig sykkelighet ansees som relevant for prioriteringsbeslutninger. Underforstått ansees tidligere helsetap som noe man ikke kan gjøre noe med, og som derfor ikke bør vektlegges. Proportional shortfall har ingen tidligere rolle i den norske helsetjenesten. Utrekningsmåten med å lage en brøk av framtidig helse med sykdom over framtidig helse uten sykdom kan i tillegg kritiseres for meget svakt grunnlag både i etisk teori og empiri over folks preferanser. I tillegg medfører prinsippet fordelingsmessige konsekvenser som neppe er i samsvar med verdigrunnlaget for helsetjenesten på en rekke områder. Generelt vil prinsippet kunne anvendes til å argumentere for høyere prioritet til marginale livsforlengelser for gamle mennesker og lavere prioritet til gode tiltak for unge kronikere enn det som er praksis i dag. I enkelte tilfeller gir proportional shortfall fordelingskonsekvenser som er direkte absurde. For eksempel vil et helsetap på 1 QALYs for en 78 åring med denne metodikken representere et like stort helsetap som et tap på 40 QALYs for en nyfødt. Proportional shortfall representerer med andre ord en slags «omvendt aldersdiskriminering» der høyere prioritet ofte vil tilfalle de eldste pasientgruppene.

3. Alvorlighet, vurdert som helsetap i forhold til forventet livsløpshelse (absolute shortfall). Dette utgjør utvalgets anbefaling, og er et perspektiv som befatter seg både med tidligere helse (retrospektiv helse) og framtidig helse (prospektiv helse). I korthet går anbefalingen ut på at alvorlighet skal vurderes som det samlede helsetapet målt som gode leveår målt over livsløpet. På denne måten knytter utvalget seg tett mot det såkalla «fair innings» prinsippet, som er det alvorlighetskriteriet som mest eksplisitt befatter seg med utjevning av ulikheter i helse. Dette gjøres ved at høyre prioritet skal tilfalle pasientgrupper som i dag har lavest forventet levealder, målt som gode leveår. Absolute shortfall er med andre ord det alvorlighetskriteriet som er mest velegnet til å redusere ulikheter målt for eksempel med Gini-index eller konsentrasjonsindeks.

Slik vi ser det er Helsetapskriteriet det klart mest lovende for vurdering av sykdommens alvorlighet, sett i relasjon til verdigrunnlaget for den norske helsetjenesten, spesielt i forhold til målsetningen om mest mulig lik helse for alle. Helsetapskriteriet har likevel noen utfordringer som med fordel kan utdypes og presiseres i en Stortingsmelding. Dette gjelder først og fremst i forhold til to forhold, nemlig i forhold til om det vil virke aldersdiskriminerende og i forhold til om tilstrekkelig hensyn vil bli gitt til akutte situasjoner. Disse to punktene vil bli kort diskutert i det følgende.

### Avveininger mellom kriteriene

Forholdet mellom helsegevinstkriteriet og helsetapskriteriet er ikke umiddelbart forståelig. Den foreslåtte 1-2-3 regelen er et forsøk på å operasjonalisere avveininger mellom kriteriene og er godt forklart og illustrert med mange gode eksempler. En utfordring med eksemplene som forsøker å illustrere én form for applisering av 1-2-3 regelen er at eksemplene bruker 3 grove helsetapsklasser fremfor mer finkornet stratifisering av helsetapsklasser. Slike grovkornede helsetapsklasser innebærer en vilkårlig 3-delning av helsetapsklasser. Øvre pasientgruppe i for eksempel helsetapsklasse 2 har marginale forskjeller i forventet helsetap sammenliknet med pasientgrupper i nedre helsetapsklasse 1, men vil vektes dobbelt så mye som sistnevnte pasientgruppe. Stratifisering i mindre grupper og med mindre hopp i vektningen mellom gruppene er viktig for at forskjellene mellom den prioritetsvektede gevinsten til pasientgruppene ikke blir urettmessig store relativt til gruppenes reelle helsetap. Utvalget understreker at en mer presis måte å gjøre dette på ville være å vekte "hver enkelt gevinstenheten...etter størrelsen på helsetapet hos gevinstmottakeren på det tidspunktet hun eller han mottar enheten" (s.97), men at det blir for krevende til å illustrere en slik applikasjon av 1-2-3 regelen i NOUen.

En forenklet regel er nyttig, men en operasjonalisering av et rettferdighetskriterium bør prinsipielt sett innebære at den normative dimensjonen sikres om det så er på bekostning av mer pragmatiske løsninger. Generelt gjelder at jo mer grovsorterte kategoriene for vekting er (få helsetapsklasser med store intervall), jo mer vilkårlig blir tallfesting som neste instans avgjør prioriteringsrangeringen. En mer rettferdig vekting på aggregert nivå fordrer en mer graduell vekting enn det eksempelet med 3 helsetapsklasser viser. Som sagt tidligere, så åpner 1-2-3 regelen i teorien for en slik inndeling i flere, 'smalere' helsetapsklasser (s 97). En slik finkornet vekting kunne med fordel også vært illustrert med eksempler i NOUen. Et forslag vil derfor være at man allerede i utprøvningsfasen sørger for en mer finjustert inndeling enn 3 helsetapsklasser - og at dette anbefales å gjøre også allerede som en første 'grov inndeling' for å hjelpe tenkning, kommunikasjon og diskusjon (s. 97).

Slik 1-2-3 regelen er presentert så har den en del begrensinger både i forhold til størrelsen på vektene og formen på vektingsfunksjonen. En prioritetsvektingsfunksjon bør være mer fleksibel og tillate større variasjon av både størrelsene på vektningene og selve formen på vektingskurven enn det 1-2-3 regelen har for å være en legitim prioritetsvekting av kostnad-nytte rater. Det kan kanskje være gode grunner for å heller vekte, for eksempel, 1-1-5 med mye mer vekt til de dårligst stilte enn det 1-2-3 gjør. Slik prioritetsvekten nå er fremstilt så er den for rigid til å kunne ta hensyn til alternative verdier i vektningen. Men, til 1-2-3 regelens forsvar, så tar utvalget også til ordet for at vektingsregelen bør utprøves og "eventuelt justeres etter en grundig prosess. Siden bør regelen revurderes jevnlig" (s. 99).

Det er litt uklart hvilket nivå og hvordan 1-2-3 regelen skal implementeres på de ulike nivåene i helsevesenet. Fremgangsmåten beskrives å passe "best for formaliserte vurderinger på ledelsesnivå", selv om grunnideen også vil kunne anvendes av "helsepersonell på klinisk nivå selv om informasjonstilgangen der er annerledes" (s. 97). Det hadde vært nyttig å illustrere hvordan man kunne anvendt 1-2-3 regelen på et klinisk nivå.

### Er de foreslåtte kriteriene aldersdiskriminerende?

Alder vil indirekte påvirke prioriteringer gjennom flere av de foreslåtte kriteriene. Det kan tenkes å påvirke både risiko for sykdom, så vel som utfallet av behandlingen, og dermed slå inn på Helsegevinstkriteriet. Videre vil alder kunne virke indirekte gjennom

Helsetapskriteriet, i den grad sykdom rammer ved høy alder. Enkelte kritikere, som for eksempel Erik Nord, har bemerket at Helsetapskriteriet er et alderskriterium, og at det utvalget sitt forslag representerer et direkte alderskriterium (ref. notat Prioriteringsutvalgets innstilling forklaring og kritikk, datert 6.jan 2015). Utvalget streker under at alder ikke skal være et selvstendig kriterium, men hevder at den indirekte effekten av alder er relevant i den grad den påvirker helsegevinst og helsetap. Dette er vi enige i, og finner Nords kritikk som dels unyansert og dels feilaktig.

Det er viktig å opprettholde et klart analytisk skille mellom indirekte effekter og direkte effekter, selv om begge har innflytelse på etisk relevante kriterier. Forskjellen er at direkte effekter kan karakteriseres som ensidige, konsistente og med svært høy korrelasjon med utfallsmålet, mens indirekte effekter har varierende grad av korrelasjon, varierende fortegn og der andre faktorer i tillegg kan spille en viktig rolle. Retning og styrke av korrelasjonen kan ved indirekte effekter slå ulikt ut fra sak til sak, og er med andre ord et empirisk spørsmål. Dette er i høy grad tilfelle med alder i forhold til de foreslåtte kriteriene. På den ene siden vil høyere alder kunne redusere prioriteten til eldre pasienter, alt annet likt, slik Nord eksemplifiserer i det nevnte notatet og i oppslag i Dagens Medisin. På den andre siden vil høyere alder påvirke risiko av for eksempel hjerte-kar-sykdom, noe som igjen øker den forventede effekten av forebyggende behandling, bedrer kostnadseffektiviteten og gir høyere prioritet etter de foreslåtte kriteriene. Dette er et konsistent funn i all anvendt litteratur på området.

#### **Vil akutte helsetilstander få tilstrekkelig prioritet etter de foreslåtte kriteriene?**

Helsetapskriteriet (absolute shortfall) befatter seg med livsløpshelse, og gir således ikke spesiell fokus på akutte helsetilstander. Man bør derfor tenke nøye gjennom i hvilken grad de foreslåtte kriteriene har relevans og/eller gir uønskede fordelingsmessige konsekvenser i forhold til for eksempel prioritering av akuttmedisinsk kapasitet. Dette er en sammensatt problemstilling, da akuttmedisin er beredskap som kommer et meget bredt spekter av norske pasientgrupper til gode, både unge og gamle. I en slik vurdering bør minst to hensyn vektas inn. For det første alders og helseprofil til det samlede spekteret av pasientgrupper som trenger akuttberedskap. For det andre i hvilken grad hensynet til «rule of rescue» blir tilstrekkelig ivaretatt av de andre hovedkriteriene, inkludert helsenytt.

Dette er ingen enkel analyse å gjennomføre, men i den grad det fortsatt foreligger tvil om hensynet til «rule of rescue» er tilstrekkelig ivaretatt med de foreslåtte kriteriene, og der denne tvilen oppfattes som allment urimelig, kan det vurderes å komplementere Helsetapskriteriet med å gi ekstra hensyn til behov for akutt behandling. Vi ser ikke at proportional shortfall har en rolle i en slik komplementering.

#### **Teoretisk forankring**

Indirekte fremgår det et klart engasjement for "de verst stilte – i form av dem som har fått færrest leveår". Et slikt perspektiv gjennomsyrrer arbeidet. Det er altså et prioritarianistisk perspektiv som favoriseres. At det er en pågående spenning i den filosofiske litteraturen mellom ulike former for egalitarianisme og prioritarianisme kommer ikke tydelig nok frem. Det er tenkelig at arbeidet kan være sårbart for kritikk av enkelte her. I denne NOUen legges det vekt på en form for prioritarianisme som i svært høy grad favoriserer de verst stilte. At flertallet legger så stor vekt på de dårligst stilte og at flertallet er prioritarianister bør ikke uten videre tas for gitt. Tror det med fordel kan vises til mer empirisk (survey) og filosofisk litteratur for å styrke begrunnelsen for valg av prioritarianisme med svært høy vektning av de dårligst stilte.

## Sosial ulikhet

Det er - som utvalget også påpeker - hovedsakelig forhold utenfor helsevesenet som bidrar til sosial helseulikhet i befolkningen. Dette betyr at helsetjenesten i mindre grad kan forventes å redusere denne ulikheten. Dette utelukker imidlertid ikke at helsetjenesten selv kan bidra til å forhindre at ulikheten forsterkes gjennom organiseringen av helsetilbudet. Utvalget har generelt sett gjort en grundig jobb med å beskrive og diskutere ulike betingelser for rettferdig prioritering i helsetjenesten. I dette arbeidet viser de også til forhold som kan bidra til urettmessige ulikheter i tilgang til helsehjelp (finansielle barrierer) og fordeling av tilbudet (som vektlegging av mulige behandlingsmessige ekstra gevinster vil kunne være ulikt fordelt blant individer). En helsetjeneste som er utformet uten finansielle barrierer og som er forsiktige med å la andre forhold enn den individuelle helsegevinsten ha betydning i prioriteringssituasjoner, vil kunne bidra til å forhindre at sosialt betinget helseulikhet forsterkes gjennom tjenestene som ytes.

En adekvat utgreiing om rettferdige prioriteringer innad i helsetjenesten bør imidlertid også inkludere konkrete vurderinger av hvordan foreslåtte, substansielle prinsipper - og operasjonaliseringen av disse - kan bidra til å forsterke eller redusere, eksisterende sosialt betinget helseulikhet. Det savnes en eksplisitt klargjøring av dette i notatet knyttet til de foreslåtte kriteriene. Hvorvidt vil de foreslåtte kriteriene kunne bidra til en ikke-vilkårlig reduksjon av sosial helse ulikhet? Hvilke sykdommer og tilstander korrelerer med sosioøkonomisk status og hvordan slår dette ut (systematisk vurdert) i forhold til helsetapskriteriet? Eksisterer det spesielle utfordringer med hensyn til tilgjengelig data og/eller innhenting av dokumentasjon vedrørende sykdommer og tilstander som rammer de sosialt vanskeligstilte? Hvis det finnes slike utfordringer, hvilke konsekvenser vil de ha for utfall ved prioriteringsbeslutninger? En sammenfattet klargjøring av disse spørsmålene kan ha betydning for hvorvidt kriteriene aksepteres som adekvate og/eller tilstrekkelige kriterier for rettferdige prioriteringer i helsetjenesten eller ei.


## Undervisning

Vi bifaller og sier oss enig med utvalgets anbefaling om at "prioritering må være en del av pensum for helserelaterte utdanninger på alle nivåer" (s 171) og at "utdanning og opplæring av helsepersonell innenfor prioritering må være en kontinuerlig prosess med bruk av en rekke pedagogiske metoder" (s169). Utvalget foreslår en rekke gode og gjennomtenkte tiltak, men vi ser noen utfordringer i hvordan dette skal settes ut i praksis. For det første vil disse tiltakene være ressurskrevende: Vi skulle gjerne fått mer informasjon om hvordan utvalget tenker at utdannings- og helseinstitusjonene skal få til å sette av mannskap og utruste sine undervisningsansvarlige/faglige veiledere/kursansvarlige oa. til å ha tilstrekkelig kunnskap i "etikk, kunnskapshåndtering og helseøkonomiske evalueringer "(s 170) for å kunne veilede eller undervise andre. Dette er ikke undervisnings- og veiledningskompetanse som allerede finnes i alle de aktuelle institusjonene.

Selve undervisningen er også ressurskrevende: Utvalget påpeker selv at undervisningen egner seg mer i mindre og gjerne tverrfaglige grupper. Det må derfor mange undervisere til for å få gjennomført dette. Ferdighetstrening tar tid, noe som medfører at helsepersonell må være ute av klinisk arbeid. Å ta personale ut av klinisk arbeid oppleves ofte problematisk og blir nedprioritert med mindre det er tydelige føringer for at dette skal gjennomføres (obligatorisk).

For det andre er utvalget ikke tydelig på hvem som skal stilles til ansvar for at denne type undervisning og kompetansebygging blir gjennomført. Utvalget henviser til reglene for allmennleger (Helfo) og påpeker i andre kapitler leders betydning for prioriteringsarbeid. Vi skulle ønsket at utvalget var tydeligere i identifisering av hvem som har ansvar for at disse anbefalingene blir gjennomført, videreutviklet og evaluert.

Vennlig hilsen



Robert Bjerknes  
prodekan



Inger Hjeldnes Senneseth  
fung. fakultetsdirektør