



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:

Vår ref.:
2014/5179-4

Saksbehandler/dir.tff.:
Geir Bjørsvik, Åge Wifstad og
Trude Johannessen 77 62 76 69

Dato:
29.1.2015

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

Det vises til ovennevnte NOU og høringsbrev av 13.11.2014.

Høringsuttalelsen er utarbeidet av Klinisk etikk-komité ved UNN. Saken har vært debattert i åpent høringsmøte på UNN (7.1.2015), der Reidun Førde og Jan Abel Olsen, to av utvalgets medlemmer var invitert. I tillegg har saken vært sendt ut til klinikkene og Brukerutvalget ved UNN og behandlet i Leder møte UNN.

Sammendrag

Universitetssykehuset Nord-Norge er enig i hovedtrekkene i Prioriteringsutvalgets innstilling. Innstillingens utgangspunkt er nasjonal og internasjonal dokumentasjon av stor medisinsk praksisvariasjon, med overdiagnostikk og overbehandling som begrunnelse for nødvendigheten av å prioritere.

Ulik fordeling av sykdom og helse fremstilles i innstillingen kun som et medisinsk problem. Samfunnsmessige årsaker som for eksempel fattigdom og arbeidsledighet, drøftes ikke som sykdomsfremkallende faktorer. Lav sosial status og fattigdom kan ikke bedres med tabletter eller kirurgi. Innstillingen ”medikaliserer” årsaker til sykdom og uhelse. Utvalget vil verdsette helsegevinster til de dårligst stilte høyere enn helsegevinster til bedre stilte. Det er ikke uten videre forenlig med ideen om et solidarisk helsevesen med universell tilgang til helsetjenester.

Drøfting av alder som et mulig tilleggskriterium har fått stor plass. Innstillingen er kritisert for å være aldersdiskriminerende. Det er en kritikk vi anser som gyldig. Innstillingen diskuterer ikke skillet mellom kronologisk og biologisk alder. I tillegg er utvalgets formuleringer av en slik karakter at de kan tolkes som at alder både kan og bør tillegges vekt ved prioritering. (*”Der prioritet synker med alder, vil det dessuten være slik at de som har lavere prioritet, vil ha hatt høyere prioritet tidligere i livet.”*)

Denne høringsinstansen mener at utvalgets beskrivelse av hvordan kriteriene bør anvendes er god. Beskrivelsen burde umiddelbart formidles til alle med beslutningsansvar og beslutningsmyndighet i det norske helsevesenet.

1. Generelt

Utvalgets utgangspunkt er ”flest mulig leveår, rettferdig fordelt”. Prioriteringer bør følge klare kriterier, være systematiske, kunnskapsbaserte, åpne og med brukermedvirkning.

Utvalgets innstilling bygger på solid forskningsbasert, internasjonal medisinsk faglig kunnskap om store regionale forskjeller i medisinsk praksis. Forskjellene er så store at de ikke kan forklares medisinsk. Utvalgets innstilling bereder derfor grunnen for faglig baserte diskusjoner om overdiagnostikk og overbehandling/underbehandling 1).

”Dagkirurgi i Norge 2011-2013”, www.helseatlas.no sin første publikasjon, viser behovet for kunnskapsbasert prioritering av medisinske tiltak. Rapporten viser at for 9 av 12 utvalgte dagkirurgiske inngrep (av mer enn 300 000 inngrep) er den regionale variasjon i operasjonsrater så stor at den ikke kan forklares medisinsk. Utvalget beskriver, og begrunner derfor, prioriteringsbeslutninger som nødvendige.

Sykdom og helse er ulikt fordelt, av biologiske, sosiale og økonomiske årsaker. Innstillingen har i sine drøftinger utelatt ikke-medisinske faktorer. Fremstilling av den ulike fordelingen av sykdom og helse som et medisinsk anliggende, er en form for medikalisering. Den tildekker samfunnsmessige forhold som årsak til sykdom, forhold medisinske tiltak ikke kan påvirke.

Innstillingen er ordrik. Synspunkter presenteres med forskjellige formuleringer forskjellige steder. Fremstillingen er tidvis vanskelig tilgjengelig. Variasjon i formuleringer gir rom for ulike tolkninger.

Et aktuelt eksempel er diskusjonen om alder som tilleggskriterium. Flere har hevdet at innstillingen er aldersdiskriminerende. Utvalgsmedlemmene Reidun Førde og Jan Abel Olsen uttalte på det åpne høringsmøtet ved UNN, at alder ikke var å anse som et eget kriterium og innrømmet at man i innstillingen ikke har uttrykt seg klart nok i så henseende. Forskjellige tolkninger av innstillingen bekrefter utsagnet ”dunkelt sagt er dunkelt tenkt”.

1. Om prinsippene

Utvalget mener prioriteringsarbeidet i Norge bør bygge på fire hovedprinsipper:

1. Prioriteringer bør bidra til «flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt»
2. Prioriteringer bør følge av klare kriterier
3. Prioriteringer bør gjøres systematisk, åpent og med brukermedvirkning
4. Prioriteringer bør gjennomføres med et helhetlig sett med effektive virkemidler.

Helsetjenesten kan i liten grad kan bidra til en rettferdig fordeling av gode leveår, eller helse og uhelse (pkt. 1) Samfunnsmessige forhold utenfor helsetjenestens revir er av langt større betydning i et overordnet perspektiv. De øvrige punktene er av større betydning i helsetjenesten og understreker behovet for at prioritering gjøres kunnskapsbasert, åpent og er etterprøvbart.

2. Om kriteriene

Utvalget er bedt om å vurdere dagens prioriteringskriterier (Nytte-, alvorlighets- og kostnads-effektivitetskriteriet). Man har konkludert med at prioriteringsarbeidet i norsk helsetjeneste kan styrkes av ny terminologi, noe endret i innhold, men i følge Førde og Olsen i stor grad en konkretisering av tidligere kriterier. Utvalget har foreslått følgende overordnede kriterier:

- Helsegevinstkriteriet
- Ressurskriteriet
- Helsetapskriteriet

2.1 Helsegevinst

Utvalget mener at helsegevinst bør være det sentrale kriteriet ved prioriteringer. Begrepet er definert som den velferdsøkningen et individ får som følge av bedret helse, økt levetid og økt livskvalitet ("gode leveår"). Slik gevinst har også effekt for pårørende og samfunn, med redusert ressursbruk og produktivitetsøkning.

For samfunnet kan en helseforbedring også bidra til økte kostnader. Vi kan forhindre at en pasient dør ved akutt sykdom eller skade. Pasienten overlever imidlertid med varierende grad av funksjonshemming.

Siden utvalget velger bort "minimumsverdi for helsegevinst" synes dette kriteriet å kunne være anvendelig både på overordnet- og på individnivå, særlig fordi det understrekes at en eventuell helsegevinst ved tiltaket bør være tilstrekkelig dokumentert. Samtidig må beslutningstakere i helsetjenesten være trygg på at forventet helsegevinst fra iverksatt tiltak er positiv. Her ligger også en implisitt påpekning av at kriteriene bør ses i sammenheng: Ved liten helsegevinst og stor ressursbruk bør andre tiltak få høyere prioritet.

2.2 Ressurskriteriet

Kriteriet innebærer hvor mye ressurser som behøves for å gjennomføre ulike tiltak. Et tiltak får høyere prioritet desto mindre ressurser det forbruker. Kriteriet skal anvendes sammen med de to andre hovedkriteriene.

Utvalget illustrerer sin tilnærming, og gjør den lettere tilgjengelig ved at det finner det:

«... riktig å prioritere et tiltak som krever mye mer ressurser enn et annet dersom det første tiltaket gir større helsegevinster eller retter seg mot individer med større helsetap.»

Prioriteringsbeslutningens dilemma, i alle fall på individnivå, illustreres ved utvalgets kommentar: *"... Tiltak som krever lite ressurser, vil gjøre det lettere å gjennomføre andre viktige prosjekter, og slike tiltak bør derfor få prioritet. Innenfor helsetjenesten representerer ressursbruk et sted, normalt tapte helsegevinster et annet sted."*

Det er mange skjær i sjøen som kan forhindre at ressursene blir brukt der det er mest nødvendig og slik utvalget mener de bør brukes. Vi ønsker å trekke frem følgende eksempler:

1. Det finnes ulike typer ressurser. Økonomiske ressurser som *kan* løses med økte bevilgninger. Mangel på personellressurser kan man ikke gjøre noe med på kort sikt. Derfor blir prioriteringer særlig viktig. 1. januar trådte «Lov om rituell omskjæring av gutter» ikraft. Urologer er en knapphetsressurs. Skal urologer prioritere omskjæring av friske guttebarn? Det er i reguleringen ikke tatt hensyn til dagens kriterier om alvorlighetsgrad og kost-/nyttevurderinger. Det er heller ikke snakk om ytelse av helsehjelp. Helsehjelp omfatter etter dagens lovgivning kun handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål.

2. DRG kodingen ved UNN er ikke god nok. De økonomiske konsekvensene av manglende og dårlig koding skal nå speiles på klinikknivå. Pasientbehandling kan bli et middel til inntjening.

2.3 Helsetap

Helsetap skal erstatte Lønning II-utvalgets alvorlighetskriterium (et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes), jf. prioriteringsforskriften § 2.

Utvalget problematiserer og konkretiserer helsetapskriteriet ved å drøfte to spørsmål:

1. Hvordan skal helsetap forstås og måles?

Utvalget tar utgangspunkt i et livsløp med referanseverdi på 80 år. Verdien 80 år er ikke begrunnet. Det er heller ikke åpenbart hvordan og hvilken type helsetap som bør vurderes som mest relevant ("... gode leveår, livsløpsperspektiv, referansenivå, eksisterende tiltak og de individene som faktisk får helsegevinst fra det aktuelle tiltaket.")

2. Forholdet mellom helsetap og prioritet?

Helsetap er ikke relevant å diskutere, dersom det ikke foreligger en gevinst, og alle tre kriterier må ses i sammenheng.

Utvalget peker på et sentralt poeng. Alvorlighetsgrad har ofte blitt oppfattet som hastegrad. Noen ganger er disse begrepene nært beslektet. Dersom helsegevinstkriteriet trekkes inn i denne diskusjonen, vil det fremstå tydeligere at disse begrepene må skilles fra hverandre, spesielt når ressurskriteriet aktiveres.

I sin begrunnelse for et helsetapskriterium skriver utvalget:

"Helsetap er viktig fordi helse er viktig. Å gi prioritet til de med størst helsetap har primært å gjøre med fordelingsrettferdighet og en idé om at en gitt helsegevinst er viktigere desto dårligere stilt mottakeren av helsegevinsten er i utgangspunktet (Parfit 1995; Brock 2002a). Høyere prioritet til de dårligere stilte kan begrunnes på to hovedmåter: direkte ved at disse gruppene vil komme dårligere ut uten helsehjelpen, og indirekte ved at prioritet til disse gruppene vil bidra til å redusere ulikhet i fordelingen av gode leveår. Den enkle ideen om prioritet til de som har det dårligste utgangspunktet, er kjent for mange og har bred appell."

Å gi prioritet til de dårligst stilte virker umiddelbart både riktig og "rettferdig". Imidlertid er dette svært problematisk. Utsagnet kan tolkes som at helse og uhelse er tilstander kun helsevesenet har evne til å håndtere. Det underslår allmenn kunnskap om årsaker til sykdom og uhelse, for eksempel at lav sosial status og fattigdom er viktige årsaker til sykdom og dårlig helse. Verken lav sosial status eller fattigdom bedres ved tabletter eller kirurgi.

Utvalget legger særlig vekt på verdien rettferdighet, og nettopp fordi det kan være vanskelig å enes om en felles forståelse, kunne man godt ha brukt mer plass på å drøfte ulike måter å tolke dette sentrale begrepet på. Flere betydninger nevnes kort, men det er i stor grad den amerikanske filosofen John Rawls' forskjellsprinsipp – at ulikheter fordeles slik at de er til størst fordel for de svakest stilte – utvalget synes å bygge på. Selv om det kan være gode grunner til å bruke Rawls, er det ikke opplagt at hans kontraktteoretiske fortolkning av rettferdighet harmonerer så godt med (norske) grunnverdier som lik tilgang til helsetjenester og fordeling etter behov.

Å verdsette helsegevinster til de dårligst stilte høyere enn helsegevinster til de som er bedre stilt, er for eksempel ikke uten videre forenlig med ideen om et solidarisk helsevesen bygd på universell tilgang til helsetjenester. Her savnes med andre ord en grundigere drøfting av forholdet mellom Rawls' liberalisme og de norske fellesskapsverdiene.

2.4 Andre kriterier

Utvalgets mandat omhandlet fire potensielle tilleggskriterier: alder, mangel på alternative tiltak, bidrag til innovasjon og sjeldnes tilstander.

Utvalgets konklusjon er at disse ”tilleggskriteriene” er ivaretatt av de tre hovedkriteriene. Samtidig er det åpenbart at alder som tilleggskriterium har fått en mer omfattende omtale i utvalgets innstilling enn de øvrige tilleggskriterier.

Utgangspunktet er at alder både normativt, gjennom sentrale dokumenter og helsepersonells daglige praksis har en veletablert rolle i dagens prioritering i helsevesenet. Samtidig er ikke dagens praksis overensstemmende med uttalte holdninger blant helsepersonell og i befolkningen: *alder skal ikke ekskludere*. På dette punktet gjør imidlertid utvalget det vanskelig for seg selv. Utvalgets innstilling er fra flere hold kritisert for nettopp å være aldersdiskriminerende. Det er to forhold som bidrar til at denne kritikken er gyldig.

1. Utvalget drøfter alder i et endimensjonalt perspektiv. Skillet mellom kronologisk og biologisk alder, og betydningen av dette skillet, er ikke tydeliggjort.

2. Det følgende siteres fra utvalgets innstilling: *”I tillegg er alder en spesiell karakteristikk ved personer ved at den endrer seg gjennom livet, til forskjell fra for eksempel hudfarge og kjønn, og gjør dette på en måte som er lik for alle som ikke dør. De fleste vil derfor få både høy og lav prioritet i løpet av livet. Der prioritet synker med alder, vil det dessuten være slik at de som har lavere prioritet, vil ha hatt høyere prioritet tidligere i livet (Kappel og Sandøe 1994).*

Det er også slik at høy alder, særlig sett ut fra et livsløpsperspektiv, ikke nødvendigvis er å betrakte som en ulempe i seg selv. I stedet kan høy alder indikere noe fordelaktig: at man har fått leve et langt liv.”

Utvalget synes ikke å ta inn over seg det åpenbare andre aspektet nemlig at høy alder ofte er et resultat av god helse. Og god helse vil påvirke risiko og komplikasjonspotensiale ved nyoppstått sykdom.

Det er påfallende at utvalget selv ikke ser at disse to forhold, og spesielt det siterte avsnittet, kan tolkes som at alder både kan og bør anvendes som et prioriteringskriterium. Det svekker utvalget og utvalgets medlemmers insistering på at de ikke har ment at alder skal tillegges vekt ved prioritering.

3.5 Utvalgets forslag til bruk av kriterier

Utvalget viser i kap. 9 hvordan kriteriene kan anvendes, både på overordnet nivå og på individnivå. Gjensidig forståelse og samarbeid på tvers av nivåene er avgjørende for god og konsistent prioritering i helsetjenesten. Den praktiske beskrivelsen av hvordan kriteriene bør anvendes er av en slik karakter at de umiddelbart burde formidles til alle med beslutningsansvar og beslutningsmyndighet i det norske helsevesenet:

Ved ekstra tilgjengelige ressurser for beslutningstakeren

- Beslutningstakeren bør identifisere det tiltaket eller den gruppen av tiltak som vil gi flest gode leveår for de ekstra ressursene, justert for helsetap

Ved reduksjon i totale tilgjengelige ressurser

- Beslutningstakeren bør identifisere tiltak som er minst problematisk etter hovedkriteriene, dvs. fører til minst reduksjon av vunne gode leveår, justert for helsetap

Dette innebærer at økning eller reduksjon kommer der helsegevinsten er størst og/eller helsetapet er minst.

Ved uendrede ressurser – i praksis fordeling/omfordeling

Vi støtter utvalgets presisering når det gjelder å skille mellom fordeling og omfordeling, dvs.:

- Fordeling: rekkefølgeprioritering, av operasjoner, røntgenundersøkelser, andre ”knappe” ressurser (respiratorer, overvåkningsplasser) mv.
- Omfordeling: ressurser fra tiltak som gir færrest gode leveår mht ressursbruk (justert for helsetap) til tiltak som gir flest gode leveår.

En sentral del av prioriteringsarbeidet bør være å vurdere om gjeldende fordeling bør endres, herunder om det bør gjøres en omfordeling mellom eksisterende tiltak.

Behovet for å prioritere forsvinner ikke om bevilgninger økes. Vi mener at det kan stilles spørsmål ved om ressurser i dag utnyttes godt nok mht. helsetjenestens målsetninger. Prioritering kan være ubehagelig, finansieringsordninger kan skyve prioriteringer i feil retning; historiske budsjetter (som ikke har endret seg raskt nok i takt med demografiske og epidemiologiske endringer) og fordeling av helsepersonell (hvor behovet for styring kommer i konflikt med helsepersonellens valgfrihet). Dette er krefter som motvirker god prioritering.

Vi registrerer at utvalget ikke har uttalt hvordan har man tenkt å operasjonalisere kriteriene i den kliniske hverdagen. Det er en betydelig utfordring ved at det skal være «oppdaterte kokebøker» om det meste. Det er viktig at også det medisinskfaglige skjønnet overlever, samtidig som man må legge noenlunde like vurderinger til grunn når det gjelder «like tilfeller».

3. Nye tiltak

Når nye tiltak innføres innenfor uendrede ressurser, skapes «tause tapere». Pasientgrupper med sterke og taleføre personer blir vinnere uten at man i klartekst ser eller sier hvem som blir påført helsetap eller mister sin mulighet for helsegevinst.

Utvalget drøfter også omfanget av legens ”advokatrolle”. Vi mener at den enkelte lege skal sikre at egen pasient får den behandlingen som pasienten har rett på etter de overordnede prioriteringskriteriene, verken mer eller mindre.

Utvalget er her forbilledlig klar og uttaler seg helt i overensstemmelse med Legeforeningens etiske regler og helsepersonelloven:

Legeforeningens etiske regler § 12: «*En lege skal i sin virksomhet ta tilbørlig hensyn til samfunnets økonomi. Unødige eller overflødig kostbare metoder må ikke anvendes. (...) Legen må bidra til at medisinske ressurser fordeles i henhold til allmenne etiske normer. En lege må ikke på noen måte søke å skaffe enkeltpasienter eller grupper en uberettiget økonomisk, prioriteringsmessig eller annen fordel. Ved mangel på ressurser innen sitt ansvarsområde bør legen melde fra.*» og Helsepersonelloven § 6: «*Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift.*»

4. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Utvalget har tolket sitt mandat slik at det ikke omfatter den kommunale helse- og omsorgssektoren.

Gamle mennesker skal ha behandling og verdighet. Får de eldre det de trenger i dagens helsetjeneste? Vår påstand er at sykehjemspasienter både dør med plager de skulle vært behandlet for, samtidig som de blir henvist til spesialisthelsetjenesten for lidelser de kanskje ikke skulle blitt behandlet for. Skal man for eksempel yte hjertekirurgi til demente? Slike spørsmål må behandles og håndteres av kommunen og spesialisthelsetjenesten i samarbeid.

Utvalget har ikke kommentert mangelfulle prioriteringer knyttet til den kommunale helse- og omsorgstjenesten, eksempelvis ved tildeling av sykehjemsplass, ved tjenester i institusjonene, ved behov for tilpasset bolig med heldøgns omsorgstjeneste for yngre mennesker med sjeldne sykdommer og andre lidelser.

Helse- og omsorgsdepartementet oppfordres til å iverksette en utredning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten på lik linje med spesialisthelsetjenesten.

5. Mulige konsekvenser av forslaget

Vil en nedprioritering av enkelte pasientgrupper og eventuell innføring av graderte egenandeler, kunne medføre økt privatisering, økt bruk av ulike helseforsikringer og reduksjon av fagfolk i det offentlige helsevesenet?

Vi ønsker å se prioriteringsutvalgets anbefalinger i lys av den utvikling og tilrettelegging for private aktører, som i dag skjer i Norsk helsevesen. Vi vil særlig påpeke Fritt behandlingsvalg (FBV) og konsekvenser i så måte.

Private aktører gis gjennom FBV adgang til både utredning og behandling uten volumbegrensning. FBV som ordning kan bidra til overbehandling. Det er en sammenheng mellom tilbud og etterspørsel av helsetjenester. Det vil også være naivt å tro at prioriteringer skjer uavhengig av økonomiske interesser.

Vi er i prinsippet enige i at differensiert egenbetaling gradert etter prioritet, kan endre bruk av helsetjenester, men ved ytterligere etablering av private aktører, er vi bekymret for at dette også vil kunne bidra til en økning av bruk av helseforsikringer. I 2003 hadde ca. 30 000 personer privat helseforsikring i Norge, mens nærmere 400 000 hadde en slik ordning i 2014. (Tall fra Finansnæringens Fellesorganisasjon.) De aller fleste har forsikringen gjennom arbeidsgiver.

Når det gjelder tilgangen til enkelte grupper helsepersonell, er situasjonen i dag utfordrende. Ved UNN har vi tydelig merket konkurransen med andre offentlige institusjoner og private aktører.

Å skaffe nødvendig arbeidskraft, vil være hovedutfordringen i mange år fremover. Befolkningen blir eldre mens tilgangen på arbeidskraft reduseres. En eldre befolkning og et stadig mer spesialisert helsevesen er drivende for etterspørselen etter helsetjenester.

Hvordan en økt privatisering vil påvirke den offentlige helsetjenestens evne til å ivareta grunnleggende funksjoner, vil være knyttet til hvordan dette påvirker evnen til å rekruttere og beholde arbeidskraft. Det er i det offentlige helsevesenet utdanning av helsepersonell skjer i dag. Vi ser med bekymring på at det offentlige skal utdanne helsepersonell, som kan søke seg bort fra det offentlige helsevesenet, så snart bindingstiden er ute. Private aktører er ikke forpliktet til å bidra til fellesskapet i så måte.

Med vennlig hilsen

Einar Bugge
Fag- og forskningssjef

Geir Bjørsvik
Leder, klinisk etikk-komité

1) Kunnskapen er ikke ny, se ref. N. Engl. J. Med. 1982 Nov 18;307(21): 1310-4.: Small area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England, and Norway; McPherson K, Wennberg JE, Hovind OB, Clifford P.)