

Helse- og omsorgsdepartementet

Evaluering av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten

Rapport

9.2.2015

Oppdragsgiver: Helse- og omsorgsdepartementet

Rapport nr.: 8746

Rapportens tittel: Evaluering av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten

Ansvarlig konsulent: Per-Trygve Hoff

Kvalitetssikret av: Audun Korsvold

Dato: 9.2.2015

Innhold

1	SAMMENDRAG OG ANBEFALINGER	7
1.1	OPPDRA OG GJENNOMFØRING	7
1.2	OBSERVASJONER OG SYNSPUNKTER BLANT AKTØRENE	7
1.3	GRENSESNIITT MOT ANDRE RÅD OG BESLUTNINGSFORA (REF. AVSNITT 7)	9
1.4	PRIORITERINGSUTVALGET ANBEFALINGER (AVSNITT 8)	9
1.5	VURDERINGER OG ANBEFALINGER (AVSNITT 9)	9
2	BAKGRUNN	12
2.1	HISTORIKK	12
2.2	RÅDETS MANDAT	13
2.3	PRIORITERINGSUTVALGET	14
3	OM EVALUERINGEN	15
3.1	FORMÅLET MED EVALUERINGEN	15
3.2	METODE OG GJENNOMFØRING	15
4	RÅDETS SAMMENSETNING	18
4.1	RELEVANTE AKTØRER I RÅDET?	18
4.2	RIKTIGE REPRESENTANTER FRA DE RELEVANTE AKTØRENE	19
4.3	LIKEVERDIG POSISJON I RÅDET	20
4.4	ROLLER OG OPPGAVER UTOVER MØTENE I RÅDET	20
4.5	FORPLIKTELSE TIL Å FØLGE OPP	21
4.6	RIKTIG ANTALL MEDLEMMER I RÅDET?	21
4.7	OPPSUMMERING – RÅDETS SAMMENSETNING	22
5	RAMMER OG ARBEIDSFORM FOR RÅDET OG SEKRETARIATSFUNKSJONEN	24
5.1	SEKRETARIATSFUNKSJONEN LAGT TIL KUNNSKAPSSENTERET	24
5.2	SAKSGANG	24
5.3	ARBEIDSFORM – SAKSFORBEREDELSE	25
5.4	KVALITETEN PÅ SAKER LAGT FRAM FOR RÅDET	26
5.5	ARBEIDSFORM I OG UTENFOR MØTENE	28
5.6	KONSENSUSPRINSIPPET	30
5.7	HVEM FREMMER SAKER FOR RÅDET?	31
5.8	ORGANISERING AV KOMMUNIKASJONSSTØTTE OG PROFILERING AV RÅDET	33
5.9	SEKRETARIATETS RAMMEBETINGELSER	37
5.10	OPPSUMMERING – RÅDETS RAMMEBETINGELSER OG ARBEIDSFORM	38
6	OPPFØLGING AV MANDATET	39
6.1	SAKER BEHANDLET AV RÅDET	39
6.2	BIDRAG TIL DEN OFFENTLIGE DEBATTEN	44
6.3	BIDRAG TIL FELLES TILNÆRMING OG HARMONISERT PRAKSIS	45
6.4	OPPSUMMERING – OP PFØLGING AV MANDATET	48
7	GRENSESNIITT MOT ANDRE RÅD OG BESLUTNINGSFORA	49
7.1	OFFENTLIG INITIERTE KLINISKE STUDIER – ET FORSKNINGSPROGRAM	49
7.2	NASJONALT SYSTEM FOR INN FØRING AV METODER	50

7.3	NASJONALT STYRINGSSYSTEM FOR NASJONALE TJENESTER	50
7.4	ANSVARET FOR UTVIKLING AV NASJONALE RETNINGSLINJER	51
7.5	INITIATIV FOR VURDERING AV GRÅSONER OG SAMARBEIDSFLATER	51
7.6	OPPSUMMERING – AVGRENSNING MOT ANDRE RÅD OG BESLUTNINGSFORA	51
8	PRIORITERINGSUTVALGETS ANBEFALINGER	52
9	VURDERINGER OG ANBEFALINGER	53
9.1	VIDEREFØRING AV ET NASJONALT PRIORITERINGSRÅD MED ET STRAMMERE MANDAT	53
9.2	ULIKE RETNINGSVALG FOR RÅDET – ENDRINGER AV MANDAT?	53
9.3	OPPSUMMERING – VURDERINGER OG ANBEFALINGER	58

Forord

I denne rapporten presenteres hovedresultatene fra en ekstern evaluering av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Evalueringen skal gi grunnlag for vurdering av rådets fremtid, og behov for endringer i rådets mandat, sammensetning, organisering og arbeidsform.

Evalueringen er gjennomført i perioden oktober 2014 til februar 2015. Arbeidet er gjennomført av Odd Helgesen og Per-Trygve Hoff der sistnevnte har vært ansvarlig for gjennomføring av evalueringen. Audun Korsvold har vært prosjektrådgiver med ansvar for kvalitetssikring av arbeidet.

Stabekk, 9.2.2015

Agenda Kaupang AS

1 Sammendrag og anbefalinger

1.1 Oppdrag og gjennomføring

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har gitt Agenda Kaupang AS oppdrag å evaluere Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Evalueringen skal danne grunnlag for å vurdere rådets fremtid, og behov for ev. endringer i rådets mandat, sammensetning, organisering og arbeidsform. Evalueringen skal:

- gi en vurdering av rådets organisering, sammensetning, rammebetingelser og arbeidsform med tanke på behov for ev. endringer
- gi en vurdering av rådets mandat og oppfølging av mandatet, samt vurdere behov for konkrete endringer i mandatet
- gi en vurdering av om aktørene har funnet en felles tilnærming til krevende saker og gjennom sine topplederposisjoner bidrar til å harmonisere praksis i sektoren

Evalueringen har blitt gjennomført vinteren 2014/-15 som en kvalitativ studie i form av dokumentstudier, intervjuer og spørreundersøkelser blant rådsmedlemmer, oppdragsgiver, brukergrupper og representanter for media.

1.2 Observasjoner og synspunkter blant aktørene

Sammensetning (ref. avsnitt 4)

Alle relevante aktører er representert i rådet. Våre informanter gir uttrykk for at valget av toppledere fra de sentrale virksomhetene som medlemmer av rådet har vært et viktig og godt grep for å sikre oppmerksomhet og forpliktelse i virksomhetene og for å gjøre deltagelse i rådets arbeid attraktivt. Enkelte etterlyser rådsmedlemmer med større erfaring fra klinisk hverdag.

Rådet er forvaltningstungt og oppfattes av flere mer som et organ for direktoratet enn som en uavhengig premissgiver. Rådsmedlemmene opplever at de som medlemmer har en likeverdig posisjon i rådet. Helsedirektoratets rolle oppfattes likevel av noen som førende, særlig knyttet til forberedelsen av møtene og påvirkning av hvilke saker som skal legges fram for rådet.

En grunnleggende utfordring er kommunenes representasjon i rådet i forhold til ønsket om en bred forankring av rådets arbeid blant beslutningstagere også i denne delen av helsesektoren.

Rammebetingelser og arbeidsform (ref. avsnitt 5)

Rådsmedlemmene er i stor grad fornøyd med kvaliteten på forberedelsen av sakene som legges fram. Sekretariatet legger sakene legges fram på en nøytral måte og sakene oppleves å være godt belyst.

Rådet har utfordringer når det gjelder å finne en god arbeidsform i møtene. Møtene gjennomføres på en ryddig måte og berømmes for sin åpne form, men kritiseres for knapphet på tid og lite dynamikk. Rådsmedlemmene synes i begrenset grad å ha involvert sine virksomheter og organisasjoner i rådets arbeid. Rådet tilstreber å komme frem til konsensus om sine vedtak. Dette preger forslag og debatt og svekker tydelighet og oppmerksomhet om vedtak.

Fra og med 2012 har det kommet nesten like mange forslag fra aktører utenfor rådet som fra rådsmedlemmene selv. Det har ikke kommet forslag fra kommunehelsetjenesten, utover de som er fremmet av rådsmedlemmene selv. 70 % av kommunene som har svart på undersøkelsen sier at de ikke vet hvordan de skal fremme saker for rådet.

Rådet har kommet kort i arbeidet med å gjøre sin virksomhet kjent innenfor kommunehelse-tjenesten og universitets- og høyskolesektoren, samt blant brukerorganisasjonene.

Rådet har en god og tilgjengelig webside, som er åpen for alle. Men rutinene er uklare når det gjelder kommunikasjon og informasjon i forkant av rådsmøtene. Rådet har et potensial for å utnytte media mer som virkemiddel for å nå sine målsettinger.

Sekretariatet er lite og sårbart og arbeider under rammebetingelser som skaper usikkerhet blant ansatte.

Oppfølging av mandatet (ref. avsnitt 6)

Rådet har perioden 2011–2014 behandlet flest saker knyttet til ulikheter i tjenestetilbudet og innføring av ny teknologi. Rådet har hatt færrest saker om funksjonsfordeling, befolkningsrettede tiltak og offentlig initierte kliniske studier.

Rådet skal i henhold til sitt mandat drøfte spørsmål knyttet til både kvalitet og prioriteringer i helse-tjenesten. Evalueringen viser at rådet har drøftet omtrent like mange saker der kvalitet har vært et tema som saker der spørsmål knyttet til prioritering har vært et tema. Men det er saker knyttet til prioritering som rådet har brukt mest tid på. Oppfatningen blant dem vi har intervjuet er at rådet i hovedsak er et prioriteringsråd.

Noen uttrykker bekymring for at kvalitetssakene tar for mye oppmerksomhet fra prioriterings-oppgaven og at det nylig etablerte beslutningsforumet for spesialisthelsetjenesten, *Nasjonalt system for innføring av metoder*, er et mer egnet forum for kvalitetsbeslutninger, i alle fall når det gjelder spesialisthelsetjenestene.

Rådet har i begrenset grad behandlet saker som angår den kommunale helse- og omsorgs-tjenesten. Området er likevel gitt større oppmerksomhet det siste året. Det er ulike oppfatninger i rådet om primærhelsetjenesten bør vies større oppmerksomhet av rådet.

Rådet har bidratt til den offentlige debatt, spesielt gjelder dette konkrete og samfunnsaktuelle spørsmål som grenseverdi for offentlig betalingsvilje for effekt av tiltak i helsetjenesten, tidlig ultralyd, kirurgisk behandling av fedme, depresjonsscreening av kvinner ved svangerskap og barsel. Rådets årlige konferanse Helse i utvikling er en viktig møteplass for samfunnsdebatt og informasjonsutveksling på tvers av sektorer for tema knyttet til rådets arbeid. Rådet kan likevel ta en langt sterkere rolle som pådriver og premissleverandør i media. Dette krever at rådets mandat blir tydeligere for andre, at rådet spisser beslutningene, tydeliggjør implikasjonene og legger opp til en mer medievennlig og forutsigbar arbeidsform, ifølge journalister.

Bidrag til felles tilnærming og harmonisert praksis (ref. avsnitt 6.3)

Vår gjennomgang av vedtak viser at prioriteringskriteriene gitt av Lønning II-utvalget har stått sentralt i arbeid og begrunnelser for rådets anbefalinger som gjelder spesialisthelsetjenesten.

Rådets medlemmer har i begrenset grad lagt vekt på arbeidet med å innarbeide forslag til implementering av vedtakene, og mange er enige i at vedtakene har en form som gjør det vanskelig å operasjonalisere dem.

Rådets medlemmer har i begrenset, men varierende grad engasjert seg i forankringsarbeid i sine virksomheter og organisasjoner, men oppfattes å være lojale mot rådets beslutninger, som beslutningstagere i egne virksomheter. Det finnes unntak, som illustrerer at rådet er avhengig av lokal tilslutning og aksept av rådets anbefalinger. Utfordringen både styringsmessig og forankrings-messig er den sterkt fraksjonerte kommunesektoren.

1.3 Grensesnitt mot andre råd og beslutningsfora (ref. avsnitt 7)

Forskningsprogrammet *Offentlig initierte kliniske studer*, regionhelseforetakenes nye, felles beslutningsforum *Nasjonalt system for innføring av metoder* og det nylig etablerte *Nasjonalt styringssystem for nasjonale tjenester* berører alle prioriteringsspørsmål, men er knyttet til mer spissede faglige og til dels operative problemstillinger. Aktørene synes enige om behovet for de ulike systemer og programmer, men også om at det må etableres tydelige og ryddige rutiner for hvilke saker som skal behandles hvor. Saker med implikasjoner for nasjonal prioritering og saker av betydning på tvers av sektorer og brukergrupper bør fortsatt løftes inn i et nasjonalt prioriteringsråd, mener de fleste. Dette gjelder også prioritering av områder der direktoratet bør legge ned arbeid i utvikling av nasjonale retningslinjer. Helsedirektoratet har tatt initiativ til en arbeidsgruppe som skal se nærmere på grensesnitt og rutiner for samhandel.

1.4 Prioriteringsutvalget anbefalinger (avsnitt 8)

Prioriteringsutvalget har i sin utredning anbefalt at det på nasjonalt nivå bør finnes et robust rådgivende organ innenfor prioriteringsområdet. Organet bør primært ha et overordnet rådgivningsansvar overfor sentrale helsemyndigheter, men bør også kunne rådggi øvrige deler av helse-tjenesten. Utvalget har ment at dette best kan sikres ved å videreføre Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten, samtidig som dagens ansvar for kvalitet overføres til andre organer. Det ble anbefalt å gjøre tydelige endringer i rådets formål, mandat, arbeidsform, størrelse og sammensetning.

Et slikt rådgivende organ må etter prioriteringsutvalgets vurderinger ha et faglig sterkt sekretariat med relevant prioriteringskompetanse. Utvalget mener rådet vil bli mer effektivt med færre medlemmer, eventuelt supplert med en referansegruppe.

1.5 Vurderinger og anbefalinger (avsnitt 9)

Spissing av rådets mandat

Behovet for nasjonale prioriteringer av ressursene i helsesektoren er betydelig. Samtidig er det et politisk omforent ønske om å kunne tilby likeverdige helsetjenester på tvers av sektorer. Dette krever fortsatt et nasjonalt prioriteringsorgan som også bidrar til nasjonale og regionale retningslinjer for tjenestenivå og -tilbud. Det synes likevel å være en bred oppfatning om at rådets i sin nåværende form ikke bør fortsette. Mandatet må spisse og tydeliggjøres.

Råd og ønsker fra aktører og interessenter er ikke konsistente, og til dels motstridende. Vektingen av formål har ulike konsekvenser for organisering, sammensetning og arbeidsform.

Behovet for et nasjonalt prioriteringsforum er ikke mindre viktig i dag enn da rådet ble etablert. Vi mener at rådets viktigste egenskap, ved siden av prioriteringsrollen, er å kunne se den fragmenterte helsesektoren i sammenheng.

Vi anbefaler et spissere mandat, med tydelig vekt på prioriteringsoppgaven. Saker bør i hovedsak begrenses til problemstillinger som krever kunnskap om og som har implikasjoner på tvers av helsesektorene. Saker som i utgangspunktet kan betraktes som sektorproblemstillinger forutsettes behandlet i andre fora. Utfordres likhetsprinsipper for brukergrupper eller svekkes en felles tilnærming og harmonisering på tvers av regioner og kommuner, skal slike saker likevel kunne løftes inn i rådet. Vi slutter oss til prioriteringsutvalgets anbefaling om også å overlate kvalitetssaker til andre fora.

Rådets rolle som "gate keeper" og prioriteringsorgan krever sterk intern styring og forankring opp mot direktoratet og sentrale budsjettstyringsprosesser. Oppgaven krever samtidig tydelige

beslutningsråd som gir klare operative implikasjoner for sentrale virksomheter, helseforetakene, kommunene og andre aktører i helsesektoren.

Dette kan imidlertid utfordre rådets evne til å forankre og bygge aksept for rådets beslutninger. Dette ser vi er en helt nødvendig egenskap i en sektor preget av et stort antall selvstendige kommuner og aktører innen primærhelsetjenesten, i tillegg til en regionalisert spesialisthelsetjeneste med en kompleks styringsstruktur og sterke faglige agendaer.

Også vår anbefalte spissing, eller plassering av rådets mandat i "mulighetsrommet", innebærer derfor noen dilemmaer og utfordringer når det gjelder organisering og arbeidsform.

Organisering, sammensetning, rammebetingelser og arbeidsform

Med utgangspunkt i vår anbefaling om at rådet skal fokusere på tverrsektorielle, "helhetlige" problemstillinger anbefaler vi fortsatt et bredt sammensatt råd. Dette gir rådet en bredere kontaktflate ut i helsesektoren, men kan være en utfordring for effektive forhandlinger og beslutningsprosesser i rådet.

Som prioriteringsorgan må rådets "uavhengige" rolle forstås innenfor en relativt snever kontekst der rådets handlefrihet er begrenset til prioriteringer av begrensede ressurser. Et eksternt og internt tydelig mandat vil etter vår mening gjøre det enklere for rådets medlemmer å utføre sin rolle, og være ambassadører for rådets beslutninger i sine organisasjoner.

Vi anbefaler at man myker opp dagens konsensuspraksis, men kombinerer dette med tydelige spilleregler og avstemningsrutiner i rådet for å redusere potensielle negative effekter mht. forankring og lojalitet til vedtakene. Vet alle at man kan bli stemt ned dersom man ikke finner en løsning alle kan slutte seg til, kan man i praksis få mer effektive drøftinger med aktiv, individuell søken etter konsensus. I tillegg bør det være en premiss i mandatet for det enkelte rådsmedlem at man plikter å forsvare rådets vedtak, også om man blir stemt ned. Utad bør det være kjent at vedtak kan tas med dissens, men stemmegivningen bør ikke kunne offentliggjøres.

I dag ledes rådet av helsedirektøren, mens direktørene for de regionale helseforetakene og sentrale helseinstitusjoner sitter i rådet. Vi mener dette er rett nivå for å kunne fatte og formulere prioriteringsvedtak med konsekvenser for virksomhetenes beslutningsprosesser og budsjetter.

Med et forsterket og tydeligere mandat som prioriteringsorgan, bør likevel rådet kunne ledes av andre som måtte være villige til å ta den krevende rollen. Et alternativ kan være en rotasjon av rådsleder mellom ledere fra spesialisthelsetjenestene (en regiondirektør), primærhelsetjenestene (en rådmann eller kommunalsjef, eventuelt en KS-leder) og direktøren fra Folkehelseinstituttet.

Valget av kriterier for rådets arbeid kan også få konsekvenser for rådets arbeid og sammensetning. Enkelte har etterlyst helseøkonomisk og samfunnsøkonomisk kompetanse, andre juridisk, etisk eller annen kompetanse, med referanse nettopp til rådets vurderingsgrunnlag.

Vi mener at dette er relevant kompetanse å trekke inn i arbeidet, men mener at denne i stor grad bør kunne hentes inn gjennom sekretariatets forberedende og utredende arbeid.

Mer aktiv akvisisjon av saker?

Rådets mandat ble i 2011 utvidet til også å omfatte kommunehelsetjenester, samt befolkningsrettede tiltak. Evalueringen gir grunnlag for å si at rådet i liten grad har drøftet saker som angår prioriteringer og kvalitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Når vi samtidig vet at kommunehelsetjenesten legger beslag på store ressurser (like mye som spesialisthelsetjenesten) er anbefalingen at rådet i fortsettelsen kan vie større oppmerksomhet mot denne tjenesten.

Bedre informasjonsarbeid

Evalueringen har vist at det er behov for bedre profilering av rådet og av sakene som er til behandling i rådet. Undersøkelsen blant kommunene gir inntrykk av at rådets mandat og virke er lite kjent i kommuneledelsen. I neste omgang betyr dette at det kommer få forslag til behandling i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering fra kommunene og de som er ansvarlig for kommunale helse- og omsorgstjenester. Forslagene som angår kommunale helse- og omsorgstjenester har uten unntak kommet fra forslagsstillere som er medlemmer i rådet.

Evalueringen har videre vist at det er rom for forbedring av informasjonshåndteringen knyttet til rådets virksomhet, særlig i forkant av møtene. Her ønsker sekretariatet et klarere og større ansvar enn det som er tilfelle i dag.

Vi anbefaler også rådet å bruke media mer aktivt og delta i den offentlige debatt om behovet for vanskelige prioriteringsvalg.

Sekretariatets rammebetingelser

Det er mye som tyder på at sekretariatet har knappe og noe uforutsigbare rammebetingelser.

Risikoen er at det er vanskelig å opprettholde god og kontinuerlig kompetanse i rådet.

Anbefalingen er at departementet skaper større forutsigbarhet i rammebetingelsene enn det som har vært tilfelle i den senere tid.

2 Bakgrunn

2.1 Historikk

2.1.1 Første periode 2007–2010

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten ble oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet våren 2007 for perioden 2007–2010. Bakgrunnen for etableringen av rådet var å finne i Nasjonal helseplan (2007–2010). I følge Nasjonal helseplan ville tydelige ansvarsposisjoner og god samhandling være en forutsetning for en helhetlig tilnærming i kvalitets- og prioriteringsarbeidet i helsetjenesten. Det ble også fremholdt at man i Norge ikke tidligere hadde hatt egne organisatoriske treffsteder for de ansvarsbærende aktører i helsetjenesten. I tillegg til de ansvarsbærende aktørene skulle også representanter for brukerorganisasjonene være medlemmer.

Etter den første perioden, våren 2010, ble det gjennomført en evaluering av rådet. Hensikten var å oppsummere erfaringene så langt og gi eventuelle signaler om endring av rådets mandat, sammensetning og arbeidsform. Evalueringen ble gjennomført ved hjelp av en egenvurdering og en spørreundersøkelse blant rådets medlemmer, representanter for rådsmedlemmenes organisasjoner og andre målgrupper for rådets anbefalinger. Hovedinntrykket var at rådet langt på vei hadde lyktes i å oppfylle både Nasjonal helseplans og mandatets viktigste målsettinger. Det ble samtidig understreket at rådet fortsatt var en ny konstruksjon i den norske helsetjenesten og måtte utvikles videre i tiden fremover. En del utfordringer ble identifisert; skjevheten i sektorfordelingen av sakene ble blant annet trukket fram, og rådet hadde hatt for få saker fra kommune- og primærhelsetjenesten. Det ble i den sammenheng pekt på at manglende styringslinje mellom sentral helseforvaltning og de ulike aktørene i kommunehelsetjenesten gjorde det vanskelig å fremme saker og gjennomføre vedtak på en god og enhetlig måte. Inn under dette hørte også utfordringene med at det ikke var noe nasjonalt, faglig nivå som representerte primærhelsetjenesten.

På det tidspunktet evalueringen ble gjennomført hadde Stortinget nylig behandlet samhandlingsreformen. I evalueringsrapporten ble det tatt til orde for at de kommunale helsetjenester burde tas inn som et eget punkt i rådets mandat.

Evalueringen viste at det gjensto mye før rådets arbeid – herunder de problemer og prinsipper som det behandlet - var kjent og akseptert, både blant helsepersonell og i befolkningen for øvrig. Bevisstgjøring om behovet for å prioritere, og samtidig ivareta god kvalitet i tjenesten, syntes å kreve at man arbeidet på flere fronter. Rådet kunne legge til rette for at lederne i helsetjenesten fikk overordnede føringer for prosesser som ga en likeverdig fordeling av tjenestetilbudet, på tvers av fagområder og diagnosegrupper. På denne måten kunne rådet bidra til målsettingen om ledelsesforankret kvalitet- og prioriteringsstenking i norsk helsetjeneste, og til at prioriteringsdebatten kunne føres på det nivå der mikrobeflutninger tas.

En annen utfordring som ble pekt på, var ressurser avsatt til rådets sekretariat. Rådets sekretariat var lite, men behandlet mange store og krevende saker. Mer ressurser til sekretariatet ville være nødvendig både for å øke utredningskapasiteten og for å utvikle en aktiv profilering og kommunikasjon av rådets anbefalinger.

Evalueringen viste også at saker knyttet til tjenestenes kvalitet ikke var godt nok representert blant de sakene som var behandlet så langt. Avslutningsvis ble det pekt på viktigheten av at rådet kom tidlig på banen i aktuelle saker, slik at praksis ikke får satt seg før rådet konkluderer.

2.1.2 Andre periode 2011–2014

Helse- og omsorgsdepartementet oppnevnte i 2010 et nytt Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten for perioden 1. januar 2011 til 31. desember 2014. Rådets funksjonstid

ble senere utvidet til 31.5.2015, i påvente av høringsuttalelser til *NOU 2014:12 Åpent og rettfærdig – prioriteringer i helsetjenesten* og resultatene fra den eksterne evalueringen av rådet.

I forbindelse med nyoppnevningen av medlemmer til rådet, foretok Helse- og omsorgsdepartementet noen justeringer av rådets mandat. Viktige endringer i mandatet var at rådet ble utvidet til å gjelde for hele helse- og omsorgstjenesten, og at adgangen til å fremme saker for behandling i Nasjonalt råd ble betydelig utvidet. I forrige mandatperiode (2007–2010) var det kun saker som var tatt opp av rådets medlemmer eller sekretariatet som kunne behandles. I tillegg kunne Helse- og omsorgsdepartementet be om å ta opp saker i rådet. I det reviderte mandatet er denne retten utvidet, slik at "alle skal kunne fremme saker for behandling i rådet". Sekretariatet ble gitt ansvar for å presentere relevante problemstillinger for rådet. Rådet ble samtidig gitt i oppdrag å innarbeide forslag til implementering i sine råd.

Opgaver eller aktuelle temaer for behandling i rådet ble samtidig utvidet fra fem til åtte temaer. De nye punktene i rådets mandat gjelder punktene 1, 7 og 8 og er gjengitt i avsnitt 1.3 under Roller, oppgaver og ansvar.

2.2 Rådets mandat

Mandat for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse og omsorgstjenesten er som følger:

1. Formål

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten har som formål å bidra til mer helhetlig tilnærming til problemstillinger om kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Rådet skal bidra til felles situasjons- og problemforståelse hos aktørene i helse- og omsorgstjenesten slik at de ulike institusjoners tiltak og prosesser blir godt koordinert. Rådet skal medvirke til dialog mellom myndigheter, tjenesteytende virksomheter, brukerorganisasjoner og faglige organisasjoner/fagforeninger.

2. Rolle, oppgaver og ansvar

Rådet har en rådgivende funksjon når det gjelder problemstillinger som er knyttet til kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Rådet skal gjennomføre prosesser med sikte på at aktørene utvikler felles situasjons- og problemforståelse og god samhandling. På dette grunnlag skal det gis råd om videre prosessmessig håndtering av saker. Rådet skal legge vekt på rutiner som ivaretar dette formålet, herunder etablere prosesser som ivaretar/innspill erfaringer fra utøvende tjenester og andre, f.eks. gjennom høringsmøter. Rådet bør rette spesiell oppmerksomhet på samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Ved behandling av saker som krever særlig kompetanse (for eksempel tannhelse) skal det om nødvendig innhentes eksterne vurderinger. Rådet skal også gi innspill til prioriteringss spørsmål som eventuelt må avgjøres som en del av ordinære budsjettprosesser.

Rådet vil ikke kunne gi pålegg om hvordan den enkelte virksomhet skal følge opp rådets tilrådinger. De aktuelle virksomhetene vil ut fra sin ansvarsposisjon på selvstendig grunnlag ta nødvendige initiativ for oppfølging. Rådet skal innarbeide forslag til implementering i sine vedtak.

Temaer som er aktuelle for behandling i rådet er:

- 1. Prinsipper for prioriteringsprosesser, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten.*
- 2. Spørsmål knyttet til om det utvikler seg eventuelle uakseptable forskjeller i tjenestetilbudet på tvers av fagområder, geografi eller sosiale grupper og gi råd om hvordan slike forskjeller kan motvirkes.*
- 3. Spørsmål knyttet til innføring av ny og kostbar teknologi/legemidler i helse- og omsorgstjenesten.*

4. *Spørsmål knyttet til fordeling og bruk av nasjonale tjenester i spesialist- og primærhelsetjenesten.*
5. *Spørsmål knyttet til utvikling av nasjonale retningslinjer på særlige områder for å ivareta et likeverdig helsetilbud av god faglig kvalitet.*
6. *Spørsmål knyttet til samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner, herunder forebygging, folkehelse, omsorgstjenester og behandlingsformer som påvirker kvalitet, arbeidsdeling og dermed prioritering, ressurs- og kompetansefordeling mellom de ulike nivåene i helsetjenesten.*
7. *Rådet skal delta i vurderingen av befolkningsrettede tiltak som screening og vaksiner.*
8. *Rådet skal gi råd om prioritering av offentlig initierte kliniske studier.*

Departementet kan utvide listen over aktuelle temaer dersom utviklingen tilsier dette.

Alle skal kunne fremme saker for behandling i rådet. Sekretariatet har ansvar for å presentere relevante problemstillinger for rådets medlemmer som beslutter om saken skal behandles.

3. Sammensetning

Rådet er sammensatt av medlemmer fra virksomheter med ansvar for helse- og omsorgstjenesten, fra forvaltningen, fra brukerorganisasjoner og fra universiteter og høyskoler.

4. Offentlighet

Forvaltningsloven og offentlighetsloven gjelder i utgangspunkt for rådet. Rådets uttalelser er offentlige med mindre ikke annet følger av lovbestemt taushetsplikt. Rådet skal avgi årlig rapport om sin virksomhet til Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. mars det påfølgende år.

2.3 Prioriteringsutvalget

Prioriteringsutvalget («Norheimutvalget»), som ble oppnevnt ved kongelig resolusjon den 21. juni 2013, hadde som mandat å vurdere hvordan man i Norge best mulig kan møte dagens og framtidens prioriteringsutfordringer i helsesektoren.

Utvalgets utredning ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet i november 2014.

3 Om evalueringen

3.1 Formålet med evalueringen

Utredningen fra prioriteringsutvalget vil sammen med innspill fra høringsrunden stå sentralt i arbeidet med fremme av ny stortingsmelding om prioriteringer i helsetjenesten. Meldingen legges fram i 2016. Avklaringen av fremtiden til Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering må imidlertid avgjøres allerede våren 2015 siden oppnevningsperioden utgår 31. mai 2015. Som en forberedelse til dette tok departementet høsten 2014 initiativ til gjennomføring av ekstern evaluering av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten.

Evalueringen skal danne grunnlag for å vurdere rådets fremtid, og behov for eventuelle endringer i rådets mandat, sammensetning, organisering og arbeidsform. Formålet med evalueringen er formulert slik:

1. Gi en vurdering av rådets organisering, sammensetning, rammebetingelser og arbeidsform med tanke på behov for eventuelle endringer i:
 - a. organisasjonsmodell, inkludert sekretariatets organisatoriske plassering
 - b. rådets sammensetning
 - c. ressurstilgang
 - d. arbeidsform og saksgangen i rådet (med saksutvelgelse)
2. Gi en vurdering av rådets mandat og oppfølging av mandatet, samt vurdere behov for konkrete endringer i mandatet med utgangspunkt i:
 - a. samsvar mellom saker behandlet i rådet og rådets formål og mandat: Hvilke saksområder er ikke behandlet (saksportefølge og sakstilgang), eventuelt hvorfor?
 - b. om det er det behov for endringer i mandatet som følge av endringer på kvalitets- og prioriteringsområdet – eventuelt hvilke endringer? Eksempler på aktuelle endringer er Helsedirektoratets lovfestede oppgaver innenfor kvalitetsområdet, samt etablering av system for innføring av nye metoder, forskningsprogram for offentlige initierte kliniske studier, system for godkjenning av nasjonale tjenester m.m.
 - c. om det er det behov for endringer i mandatet basert på en vurdering av fremtidige utfordringer og muligheter som kan ha betydning for rådets arbeid
3. Et formål med rådet er at aktørene skal bli enige om en felles tilnærming til krevende saker og gjennom sine topplederposisjoner bidra til å harmonisere praksis i sektoren. I hvilken grad opplever rådsmedlemmene at de er forpliktet til å følge opp rådets vedtak i egne organisasjoner? I hvilken grad har rådets vedtak blitt fulgt opp?

3.2 Metode og gjennomføring

Evalueringen er gjennomført ved hjelp av:

- Dokumentstudier
- Intervjuer
- Spørreundersøkelser

Følgende dokumenter er gjennomgått:

- Rådets mandat og arbeidsform
- Evaluering av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering 2007–2010

- Årsrapporter for 2011, 2012 og 2013
- Forslag til nye saker
- Saksfremlegg - saker som legges fram for behandling i rådet
- Møtereferater
- Oversikter over saker fremmet for rådet i perioden 2011–2014
- Notat fra rådets sekretariat om konsekvenser for arbeidsform i lys av endringer i rådets mandat
- Oppdragsbrev av 30.3.2007 fra Helse- og omsorgsdepartementet til Sosial- og helsedepartementet i forbindelse med opprettelse av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering
- Brev av 12.2.2008 fra Sosial- og helsedepartementet til Helse- og omsorgsdepartementet om finansiering av sekretariatsfunksjonen av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering
- Brev av august 2012 fra Helse- og omsorgsdepartementet til Nasjonalt råd for kvalitet og prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten vedrørende vararepresentasjon i rådet
- NOU 2014:12 Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten
- Rådets nettside

Det er gjennomført *intervjuer* med:

- Rådets leder Bjørn Guldvog, Helsedirektoratet
- Rådets nestleder Camilla Stoltenberg, Folkehelseinstituttet
- Sekretariatsleder Siv Cathrine Høymork, Avdelingsdirektør Kunnskapssenteret
- Direktør Magne Nylenna, Kunnskapssenteret
- Generalsekretær Liv Arum, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon. Rådsmedlem
- Kommunalsjef Karen Kaasa, Larvik kommune. Rådsmedlem
- Professor Bjarne Robberstad, Universitetet i Bergen. Rådsmedlem
- Fagdirektør Baard-Christian Schem. Helse Vest RHF. Rådsmedlem
- Direktør for helse og velferd Tone Marie Nybø Solheim, KS. Rådsmedlem
- Administrerende direktør Lars H. Vorland, Helse Nord RHF. Rådsmedlem
- Spesialrådgiver Lars Ødegård, Norges handikapforbund. Rådsmedlem
- Assisterende direktør Cecilie Daae, Helsedirektoratet. Rådsmedlem
- Departementsråd Bjørn Inge Larsen
- Redaktør Markus Moe, Dagens Medisin
- Journalist Kari Pedersen, Bergens Tidende
- Avdelingsdirektør Mari Kristine Nes, Norges forskningsråd
- Professor Ole Frithjof Norheim, Leder Prioriteringsutvalget¹
- Seniorforsker Ånen Ringard, Sekretariatsleder Prioriteringsutvalget

Ved valg av intervjuobjekter ble det lagt vekt på å dekke flere interessegrupper, og for rådsmedlemmenes del også hensynet til hvor lenge de har vært medlem av rådet.

¹ Delvis mailbaserte intervjuer

Det er i tillegg gjennomført en nettbasert spørreundersøkelse blant:

- Rådets medlemmer
- Specialisthelsetjenesten; administrerende direktører og fagdirektører i alle RHFene og alle HFene
- Kommunene
- Brukerorganisasjoner
- Et utvalg fastleger

Oppslutningen om de ulike spørreundersøkelsene er gjengitt i tabell 3-1 nedenfor.

Tabell 3-1 Oppsummering

Målgruppe	Antall svar	Svarprosent
Rådsmedlemmer	18	72
Kommuner	125	30
Spesialisthelsetjenesten	18	46
Universitets- og høyskolesektoren	22	45
Brukerorganisasjoner	21	30
Fastleger	12	15

Spørreundersøkelsen ble sendt til:

- Alle rådsmedlemmer (25)
- Alle kommuner (428)
- Specialisthelsetjenesten ved administrerende direktører og fagdirektører i alle regionale foretak og alle helseforetak. Administrerende direktører og fagdirektører representert i rådet inngikk ikke i dette utvalget (42)
- Universitets- og høyskolesektoren representert ved dekaner/avdelingsledere for medisin-utdanningene og sykepleieutdanningene (50)
- Brukerorganisasjoner ved organisasjonens leder (76)
- Fastleger (80)

Undersøkelsen blant kommunene ble sendt til rådmennene som selv måtte avgjøre om det var dem selv eller andre i kommunens administrasjon som skulle besvare undersøkelsen.

Det viste seg å være vanskelig å få tilgang til e-postadresser til fastleger. Undersøkelsen ble derfor sendt til et tilfeldig utvalg legekontorer fra ulike deler av landet. Lav svarprosent fra fastlegene antas å ha sammenheng med at målgruppen er lite kontaktbare for denne type undersøkelser. Pga. lav svarprosent fra fastleger har vi ikke kunnet benytte resultatene fra undersøkelsen blant denne gruppen.

Etter første gangs utsending av spørreskjemaet ble det sendt to påminnelser til rådsmedlemmer og tre påminnelser til de øvrige gruppene.

4 Rådets sammensetning

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten har til sammen 25 medlemmer. Rådet ledes av direktør for Helsedirektoratet, mens direktør for Folkehelseinstituttet er rådets nestleder. Rådet er sammensatt på følgende måte.

Tabell 4-1 Rådets sammensetning

Representant for	Antall
Helsedirektoratet	2
Folkehelseinstituttet	1
Legemiddelverket	1
Kreftregisteret	1
Spesialisthelsetjenesten	5
Universitets – og høyskolesektoren	4
Kommunene inklusiv KS	6
Brukerorganisasjoner	5
Sum	25

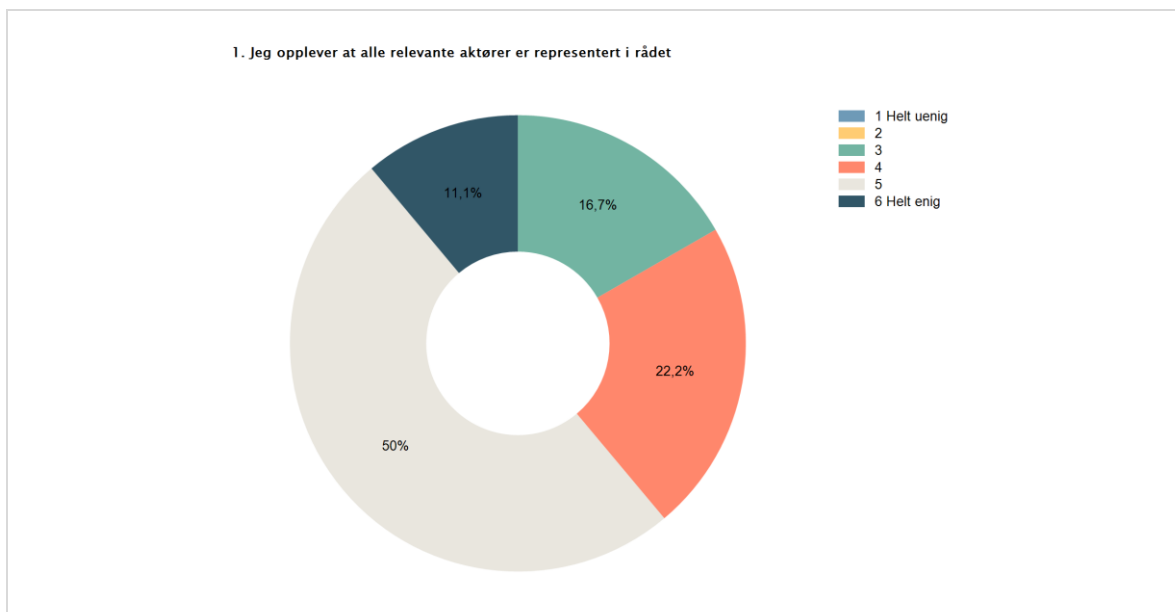
4.1 Relevante aktører i rådet?

Det er naturligvis mange hensyn som skal ivaretas når medlemmer til et nasjonalt råd på dette området skal oppnevnes, der en må balansere mellom representasjon fra sentrale fagmyndigheter, administrativ helseledelse, faglige spisskompetansemiljøer, primær- og spesialisthelsetjeneste og deltakelse fra relevante interesseorganisasjoner.

Resultatet av spørreundersøkelsen viste at det er stor grad av enighet blant rådsmedlemmene om at alle relevante aktører er representert i rådet, slik det vises i fig. 3-1. 61 % av rådsmedlemmene er helt enige/enige² i at alle relevante aktører er representert i rådet, og i alt er 83 % på den «enige siden».³

² Har krysset av 5 eller 6 i spørreskjemaet

³ Har krysset av 4, 5 eller 6



Figur 4-1 Relevante aktører representert i rådet – rådsmedlemmenes vurderinger

Gjennom intervjuene og spørreundersøkelsen med rådsmedlemmene har vi registrert følgende synspunkter om rådets sammensetning:

- Enkelte opplever at rådet er noe skjevt sammensatt. Det pekes på at rådet er forvaltningstungt, med representasjon fra Helsedirektoratet, Nasjonalt folkehelseinstitutt og Legemiddelverket. Sammen med representasjon fra ledernivået i de regionale helseforetakene gir det på den ene siden rådets anbefalinger faglig tyngde og et bedre grunnlag for implementering, men kan på den annen side påvirke oppfatningen av rådets uavhengighet.
- I både spørreundersøkelsen og intervjuene etterlyser enkelte større representasjon fra den kliniske hverdagen. I forrige periode hadde man medlemmer med mer «kunnskapsnær» kompetanse, sier noen. Rådet behandler faglige utfordrende spørsmål som krever nærhet til operative fagmiljøer.
- Brukerorganisasjonene opplever at de ikke er godt representert i rådet. Spørsmålet er i hvilken grad de eksisterende organisasjonsrepresentanter kan klare å ivareta helhetsspektivet for en større gruppe av brukerorganisasjoner.

4.2 Riktige representanter fra de relevante aktørene

Hovedinntrykket er at aktørene er representert med de riktige representantene.

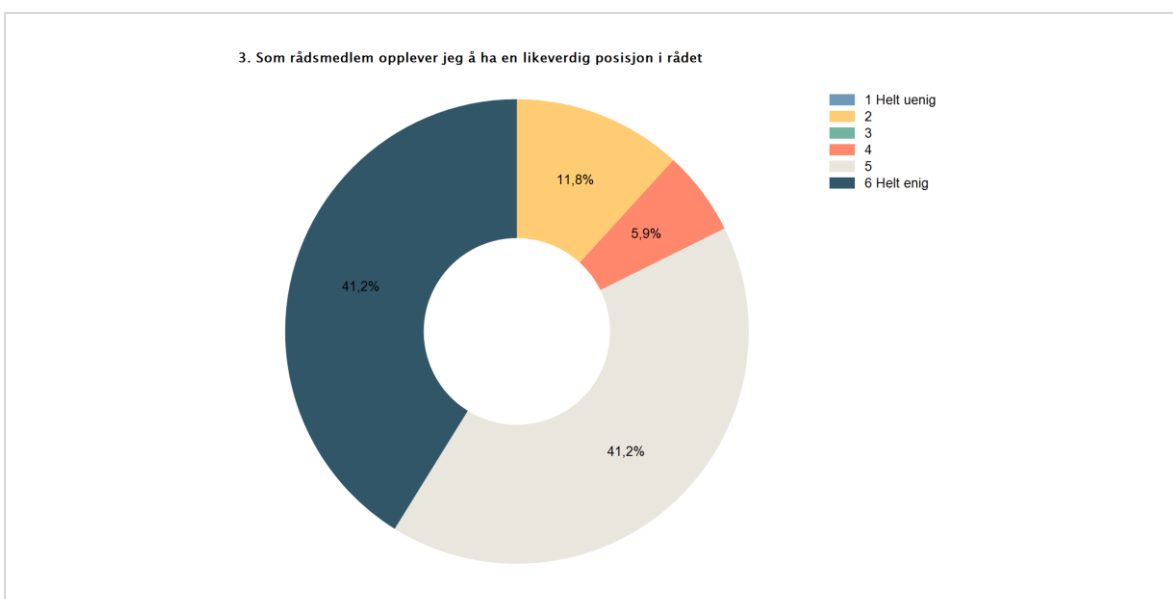
Noen har imidlertid reist spørsmål ved den store deltakelsen av beslutningsdeltakere i rådet. Vårt inntrykk er at valget av toppledere fra de sentrale virksomhetene har vært et viktig grep for å sikre oppmerksomhet og forpliktelse i om rådets arbeid i helseforetakene og for å gjøre deltagelse i rådets arbeid attraktivt.

En grunnleggende utfordring er imidlertid kommunerepresentasjonen i rådet. KS kan rådføre seg med kommunene som er representert i rådet og med andre kommuner når det gjelder synspunkter på saker som fremmes. Men verken KS eller kommunene som har representanter i rådet har myndighet til å instruere andre kommuner. Kommunerepresentantene representerer kun seg selv.

4.3 Likeverdig posisjon i rådet

I mai 2012 ble det fra sekretariatets side stilt spørsmål om hvordan departementet ville vurdere behovet for vararepresentasjon i Nasjonalt råd. I departementets svarbrev fra august samme år slo departementet fast at rådsmedlemmene ikke skal representeres ved stedfortreder eller annen form for vararepresentasjon. Begrunnelsen var at alle de oppnevnte rådsmedlemmene skal behandles likeverdig, enten de er oppnevnt som representanter for institusjoner og organisasjoner - der stedfortrederfunksjon kan være naturlig - eller ikke. Departementet anførte videre at rådet er av en slik størrelse at uunngåelige forfall fra enkelte ved rådsmøtene ikke anses å være problematisk. Dersom rådsmedlemmer varsler fravær for seks måneder eller mer, kan rådets ledelse og sekretariat spørre departementet om en ønsker å oppnevne et annet rådsmedlem for en avgrenset periode.

Spørreundersøkelsen blant rådsmedlemmene gir et klart inntrykk av at de opplever å ha en likeverdig posisjon i rådet, slik figur 3-2 illustrerer.



Figur 4-2 Likeverdig posisjon i rådet

Undersøkelsen viser altså at 82,4 % av medlemmene er helt enig/enig i at de har en likeverdig posisjon i rådet. Dette bekreftes også gjennom intervjuene, selv om det her også kom fram synspunkter om at Helsedirektoratets har en noe dominerende rolle, bl.a. knyttet til forberedelsen av møtene og påvirkning av hvilke saker som skal legges fram for rådet. Enkelte opplever at det kan være vanskelig å få fram saker som ikke er i Helsedirektoratets interesse. En annen utfordring knyttet til spørsmålet om likeverdig posisjon, er forholdet mellom antall saker knyttet til spesialist-helsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Dette kommer vi tilbake til i kapittel 6.

4.4 Roller og oppgaver utover møtene i rådet

I våre samtaler med rådsmedlemmer har vi også vært opptatt av spørsmålet om rådsmedlemmenes selvstendige rolle i å engasjere sine organisasjoner/virksomheter/kolleger i rådets arbeid i de ulike fasene. Det kan dreie seg om generell informasjon om rådets arbeid i relevante fora, mer konkrete oppfordringer til å sende inn forslag til problemstillinger, informasjon om saker i prosess med oppfordringer til innspill eller informasjon om vedtak og tiltak - eller drøftinger av implikasjoner for egen virksomhet. Vårt inntrykk er at rådsmedlemmenes engasjement utover deltakelse i selve møtene er noe variabelt, jf. avsnitt 4.5. Noen medlemmer blir aktivt trukket inn som ressurser for rådet og sekretariatet. Dette kan handle om bistand i forbindelse med utredning

av saker, bistand til gjennomføring av «Helse i utvikling». Hovedinntrykket er likevel at rådsmedlemmenes engasjement er knyttet til det å fremme saker og delta i rådets møter.

Årsaker til noe variabel innsats synes å ha sammenheng med at mange av medlemmene har et tett program og at det kun er arbeid knyttet til selve rådsmøtene som blir prioritert.

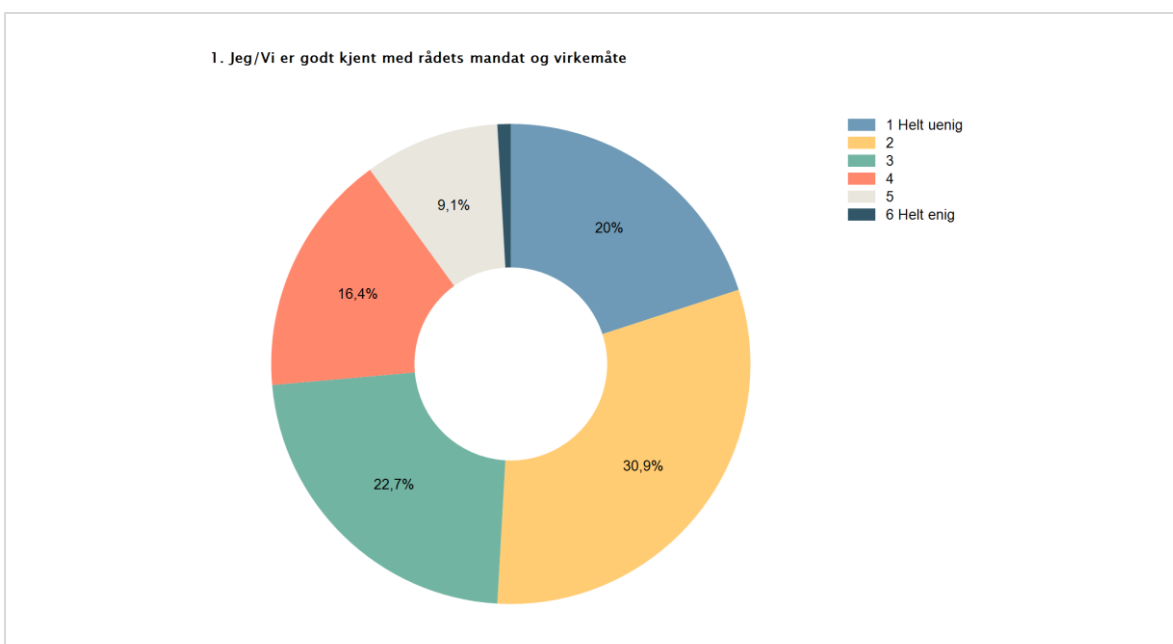
For rådsmedlemmer som sitter i en beslutningsposisjon forventes det at vedtak fattet i rådet følges opp i egen organisasjon. I spørreundersøkelsen er 72 % av de spurte enig i påstanden om at de føler seg forpliktet til å orientere om og følge opp rådets vedtak i egen organisasjon.

4.5 Forpliktelse til å følge opp

Vedtak fattet i Nasjonalt råd har status som råd. Nasjonalt råd har dermed ingen instruksjonsmyndighet overfor de ulike aktørene når det gjelder implementering av rådets vedtak. Vedtakene som treffes vil imidlertid i stor utstrekning gjelde den delen helsetjenesten som er representert i rådet. Av dette følger det en forpliktelse om å etterlever rådene.

Det er ikke etablert rutiner eller ordninger som på en systematisk måte kan verifisere hvordan vedtakene i rådet er fulgt opp. Sekretariatet søker imidlertid å holde seg orientert om hvordan vedtakene følges opp.

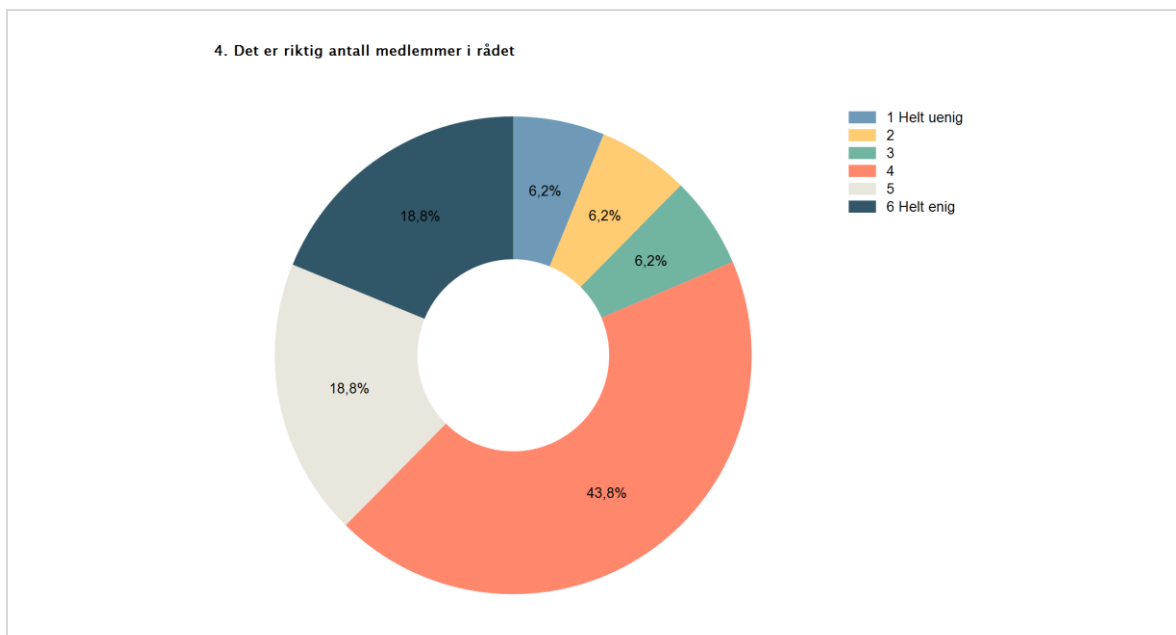
Kommunenes representasjon i Rådet for kvalitet og prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten synes i liten grad å borge for at vedtakene følges opp av kommunehelsetjenestene. Det finnes ingen direkte styringslinje overfor kommunene, og kommunene har i liten grad kjennskap til rådet og de vedtak som treffes i rådet, slik figur 4-3 viser. Bare 10 % av kommunene er helt enig/enig i at de er godt kjent med rådets mandat og virkemåte.



Figur 4-3 Vi er godt kjent med rådets mandat og virkemåte. Kommunenes vurderinger

4.6 Riktig antall medlemmer i rådet?

Det har vært reist spørsmål om rådet har for mange medlemmer. Spørreundersøkelsen viser at 37,6 % av rådsmedlemmene er helt enig/enig i at rådet har riktig antall medlemmer. På den annen side er det en relativt liten andel (12,4 %) som er helt uenig/uenig i at rådet har riktig størrelse. Hele 51 % har lagt seg midt på skalaen, dvs. krysset av på 3 og 4 på skalaen fra 1 til 6.



Figur 4-4 Riktig antall medlemmer i rådet. Rådsmedlemmenes vurdering

De åpne svarene i spørreundersøkelsen og intervjuene vi har gjennomført knytter usikkerhet og til dels uenighet om størrelsen på rådet til hva som bør være rådets primære oppgave – utredning, prioritering eller forankring, og til oppfatninger om hvordan størrelsen påvirker rådets effektivitet og beslutningsevne.

Blant de som er forbeholdne nevnes at rådets størrelse er til hinder for dynamikk i arbeidet. Det blir liten anledning til å gå tungt inn i sakene, og vedtakene kan bli «ulne» for å oppnå så bred konsensus som mulig. Samtidig ser de fleste nytten av en bred representasjon i rådet, både for å sikre en bred faglig vurdering og for å fremme forankring hos beslutningstagere og brukere.

Prioriteringsutvalget har drøftet rådets størrelse og har på generelt grunnlag ment at store råd kan fungere mindre hensiktsmessig. Utvalget har ment at rådet bør ha færre medlemmer enn det har i dag og har ment at fra 10 til 12 medlemmer vil gi et organ som raskt og effektivt kan gi råd til helsemyndigheter og andre beslutningstakere. Rådet bør også framover bestå av representanter for de viktigste delene av helsetjenesten og brukerrepresentanter, men det er viktig at rådets sammensetning tar hensyn til behovet for faglig begrunnede råd. Prioriteringsutvalget mente at det kunne vurderes om brukermedvirkning og representasjon i utvidet forstand kunne sikres ved at det ble etablert en referansegruppe som gis tilgang til alle sakspapirer, og som kan komme med innspill og høringsuttalelser i alle faser av prosessen.

4.7 Oppsummering – rådets sammensetning

De viktigste funnene knyttet til rådets sammensetning kan oppsummeres på følgende måte:

- Alle relevante aktører er representert i rådet
- Vårt inntrykk er at valget av topledere fra de sentrale virksomhetene har vært et viktig grep for å sikre oppmerksomhet og forpliktelse i om rådets arbeid i helseforetakene og for å gjøre deltagelse i rådets arbeid attraktivt
- Fra enkelte hold blir det etterlyst rådsmedlemmer med større erfaring fra klinisk hverdag
- Rådet er forvaltningstungt og oppfattes av flere mer som et organ for direktoratet enn som en uavhengig premissgiver

- Rådsmedlemmene opplever at de har en likeverdig posisjon i rådet. Noen peker likevel på at Helsedirektoratet har en vel dominerende rolle, særlig knyttet til forberedelsen av møtene og påvirkning av hvilke saker som skal legges fram for rådet
- En grunnleggende utfordring er kommunenes representasjon i rådet i forhold til ønsket om å forankre rådets arbeid blant beslutningstagere på tvers av helsesektoren

5 Rammer og arbeidsform for rådet og sekretariatsfunksjonen

5.1 Sekretariatsfunksjonen lagt til Kunnskapssenteret

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) har fra 2007 ivaretatt sekretariatsfunksjonen for rådet. Sekretariatet inngår som en egen avdeling i Kunnskapssenteret.

Sekretariatet innhenter nødvendige utredninger og dokumentasjon for å belyse de sakene som skal drøftes av rådet. Det bidrar også til å identifisere temaer og saker som er egnet til å legges fram for rådet.

Sekretariatet understøtter saksforberedelser initiert fra de ulike aktørene og presenterer disse i en form som skal legge grunnlag for gode drøftinger i rådet. Det er ansvarlig for kommunikasjon og informasjon om rådets arbeid og drifter rådets hjemmeside. Hensikten med å legge sekretariatet til Kunnskapssenteret var bl.a. å sikre at sakene skulle utredes av en nøytral instans som ikke var representert i rådet. Ved å legge sekretariatet til Kunnskapssenteret kunne man samtidig trekke på et fagmiljø som i stor grad støtter seg til oppdatert forskning innenfor mange av de områdene som kommer til behandling i rådet.

5.2 Saksgang

Saksgangen er beskrevet på rådets nettside. Det er utarbeidet en standardisert prosess for saksutredningen. Standardisering av saksutredningen skal bidra til at:

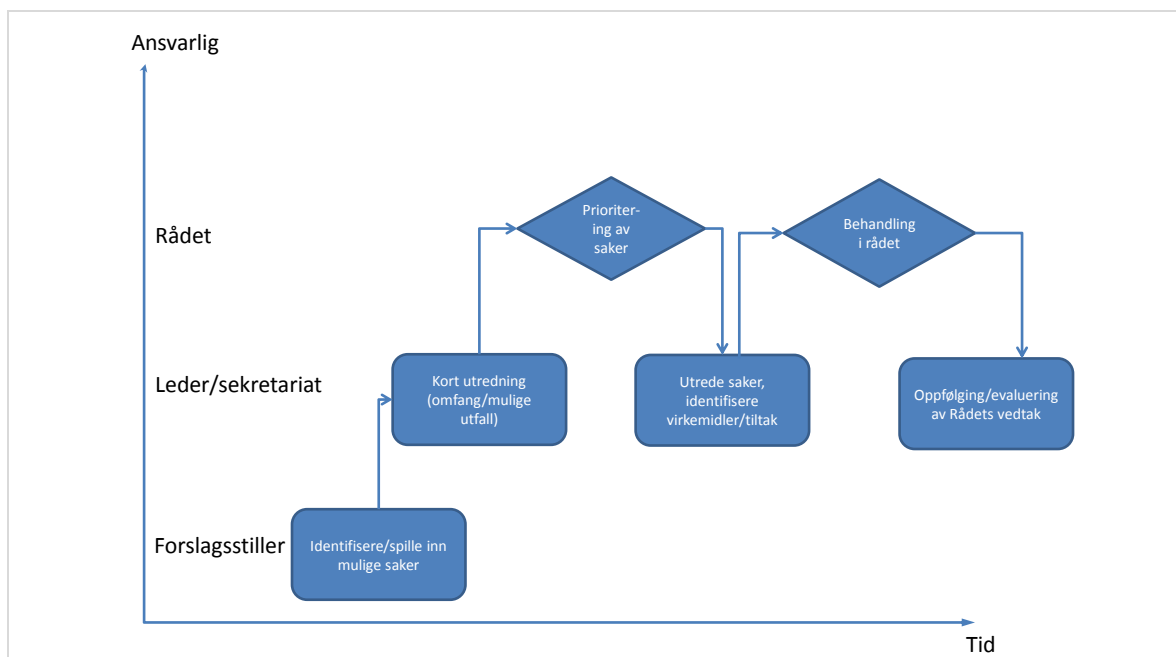
1. Rådet får et godt nok beslutningsgrunnlag til å bestemme om det ønsker å gå videre med en sak eller ikke
2. Forslagsstilleren er sikret at intensjonen med forslaget fanges opp og videreformidles til rådet på en korrekt måte
3. Det etableres en omforent forståelse av kriteriene for å velge saker
4. Alle forslagene blir behandlet på lik måte
5. Sekretariatet raskt kan komme i gang med de innledende saksforberedelsene

Alle kan foreslå en sak for rådet. Sekretariatet foretar en første utredning av de problemstillinger som saken reiser, i samråd med den som har fremmet forslaget. På bakgrunn av denne diskusjonen utarbeider sekretariatet et problemnotat (en vignette) som legges frem for rådet.

I forbindelse med presentasjonen av de innmeldte sakene, og på bakgrunn av en kort diskusjon, fatter rådet et vedtak om det ønsker å behandle saken videre eller ikke. Dersom rådet mener at saken er egnet for behandling, går den tilbake til sekretariatet, som i samarbeid med forslagstiller og/eller andre relevante aktører foretar en grundigere utredning. Når saken anses tilstrekkelig utredet, sendes den tilbake til rådet for behandling. Rådet fatter så sitt vedtak, på bakgrunn av sakens dokumenter. I enkelte tilfeller vil det kunne være behov for ytterligere dokumentasjon eller saksbehandling; i så fall går saken tilbake til sekretariatet enda en gang.

Denne beskrivelsen dekker en "normal" saksgang. Men en hurtigere behandling er mulig, dersom rådets medlemmer oppfatter saken å være av stor viktighet.

Oppsummert kan saksgangen illustreres slik som vist i figuren under.



Figur 5-1 Saksgang – saker som blir prioritert og behandlet

5.3 Arbeidsform – saksforberedelser

I rådets første mandatperiode var adgangen til å foreslå saker for rådet begrenset til rådsmedlemmene og sekretariatet. Etter endringen i mandatet fra 2011 kunne alle foreslå saker for rådet. Rådet diskuterte i mars 2011 hvilke konsekvenser endringene i rådets mandat kunne få for arbeidsformen. Behovet for å se på endringer i arbeidsformen hadde sammenheng med at man så for seg at antall forslag til rådet kunne komme til å øke vesentlig. Så vidt vi har kunnet bringe i erfaring, har ikke dette blitt tilfelle. Man tenkte seg dessuten at noen kunne ønske å ville benytte forslagsretten til å kanalisere misnøye med helsetjenestene til rådet, basert på enkelthendelser.

Det ble derfor utarbeidet et forslag til revidert arbeidsform av sekretariatet, som ble tiltrådt av rådet. Endringene innebar en større grad av formalisering av rådets arbeidsform på flere områder.

Innmelding av saker

Forslag til nye saker primært skal primært sendes inn på et nettbasert skjema, der forslagsstiller oppfordres til å ta stilling til bl.a.:

- Hvilken effekt ser man for seg at en drøfting i nasjonalt råd kan få?
- Hvilke pasienter/brukere man mener vil berøres av forslaget?

Forslagsstiller opplyses om at forslagene blir gjort offentlig tilgjengelig og oppfordres til å være varsom med å gi sensitive opplysninger, f.eks. fra eget pasientforløp.

Administrativ behandling av innkomne saker

Forslagsstiller mottar i løpet av få dager svar om at forslaget er mottatt og tildelt en kontaktperson i sekretariatet. Sekretariatet har i følge mandatet ansvar for å presentere relevante problemstillinger for rådets medlemmer, som så beslutter om saken skal behandles. I dette ligger at sekretariat gis adgang til administrativt å avvise saker som ikke oppfattes å være relevante for rådets arbeid. Innkomne saker blir normalt vurdert av sekretariatet samlet eller i det minste av to medarbeidere. Er sekretariatet i tvil om forslaget er relevant, drøftes det med rådets leder eller ett eller flere

rådsmedlemmer utpekt av leder. Saker som gjelder enkeltpersoner avvises som hovedregel. Forslag som hovedsakelig motiveres av kommersielle interesser og ikke har bred støtte i fagmiljøene, avvises også normalt. Ved svært stor pågang av saker kan også sekretariatet – i samråd med leder – avvise forslag.

Forslag som aksepteres, blir fremmet for rådet i form av en vignette. Sekretariatet kan i utarbeidelsen av vignetten søke samarbeid med et eller flere rådsmedlemmer, som også kan bidra i presentasjonen av vignetten for rådet.

Offentliggjøring av innkomne forslag

Det utarbeides en liste til hvert møte over de forslag som er avvist av sekretariatet. Lista legges ut på nettet sammen med øvrige møtedokumenter og er således offentlig. Lista inneholder forslagsstiller, et kort resymé av hovedinnholdet i forslaget og en stikkordspreget begrunnelse for avslaget. Idet også enkeltpersoner også kan fremme saker, vil sekretariatet i visse tilfeller måtte ivareta at sensitive personopplysninger ikke kommer fram f.eks. ved å anonymisere forslagsstiller.

I perioden 2011–2014 har rådet til sammen mottatt 17 forslag til saker fra enkeltpersoner eller miljøer som ikke er representert i rådet. Sju av forslagene er avvist av sekretariatet.

Tilbakemelding til forslagsstiller

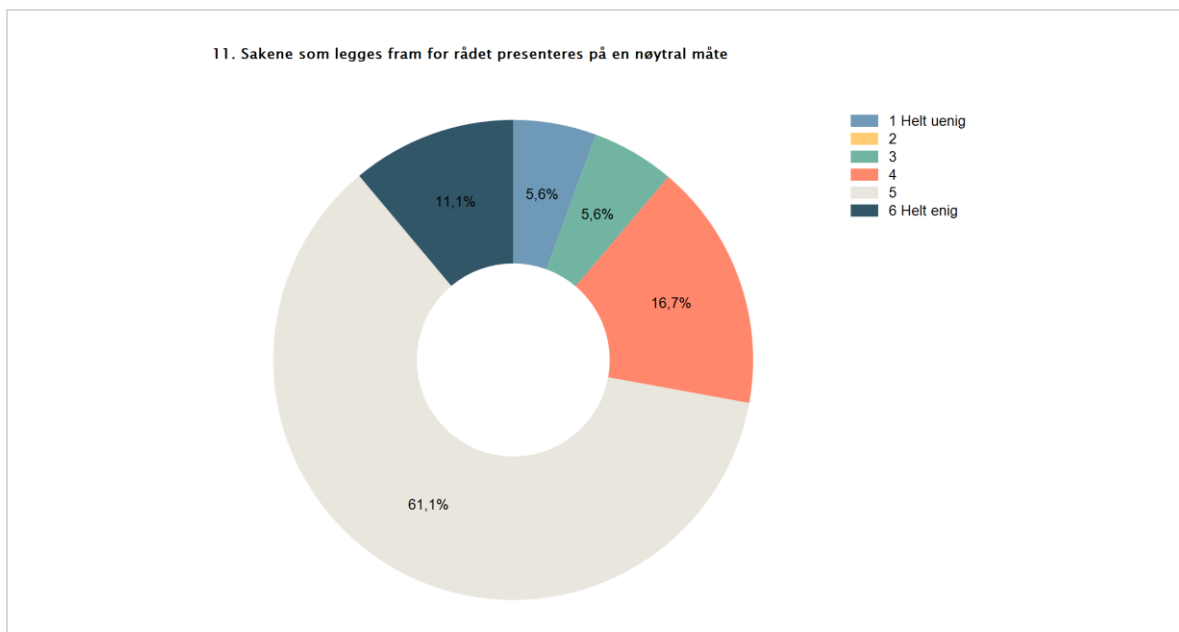
Forslagsstiller gis en endelig tilbakemelding først etter at rådsmøtet er avholdt, der saken altså enten er fremmet som vignette eller har stått på lista over avviste saker.

Bekjentgjøring av den utvidede forslagsretten

Rådsmedlemmene blir oppfordret til å gjøre forslagsretten kjent i egen organisasjon og på andre relevante arenaer. Dette kommer i tillegg til informasjonen om den alminnelige forslagsretten gitt på rådets hjemmeside.

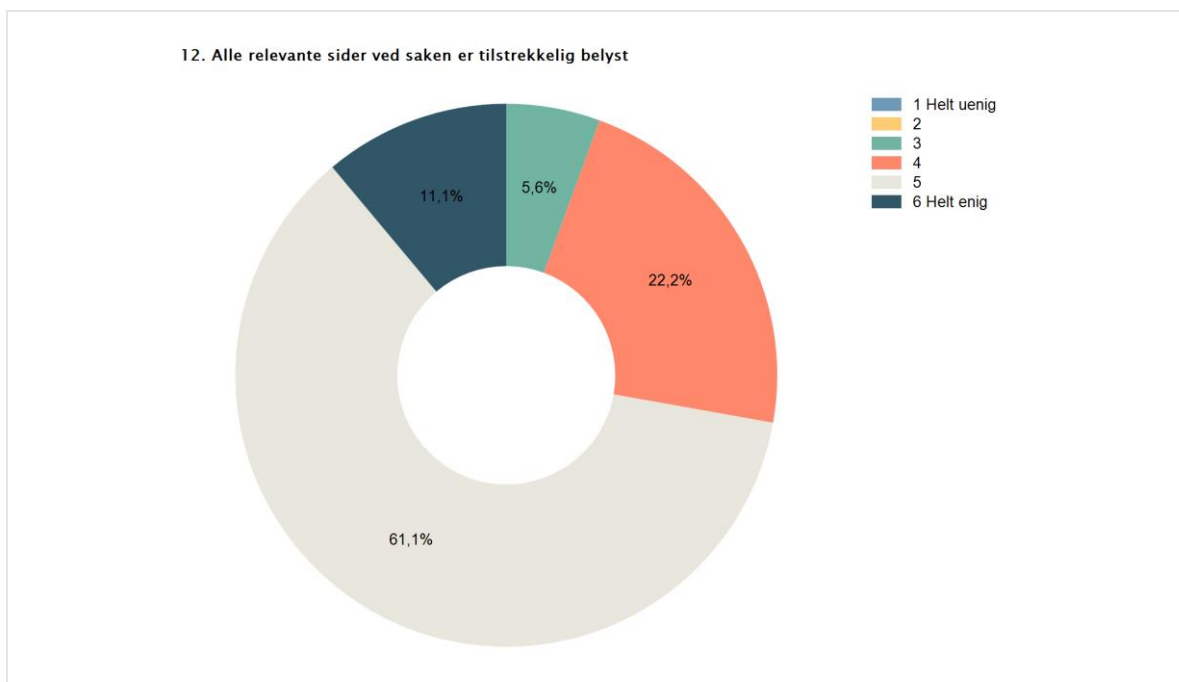
5.4 Kvaliteten på saker lagt fram for rådet

Rådsmedlemmene er i stor grad fornøyd med kvaliteten på sakene som legges fram. Oppfatningen er at det sekretariatet leverer har høy integritet. «De er sannhetssøkende», blir det sagt. Opplevelsen er at sakene presenteres på en nøytral måte og at de er tilstrekkelig godt belyst (se figur 4-2 og 4-3).



Figur 5-2 Sakene som legges fram for rådet presenteres på en nøytral måte. Rådsmedlemmenes vurdering

Undersøkelsen viser altså at 72,2 % av rådets medlemmer er helt enig/enig i at sakene som legges fram presenteres på en nøytral måte. Det er også stor enighet om at alle relevante sider ved saken er tilstrekkelig belyst.



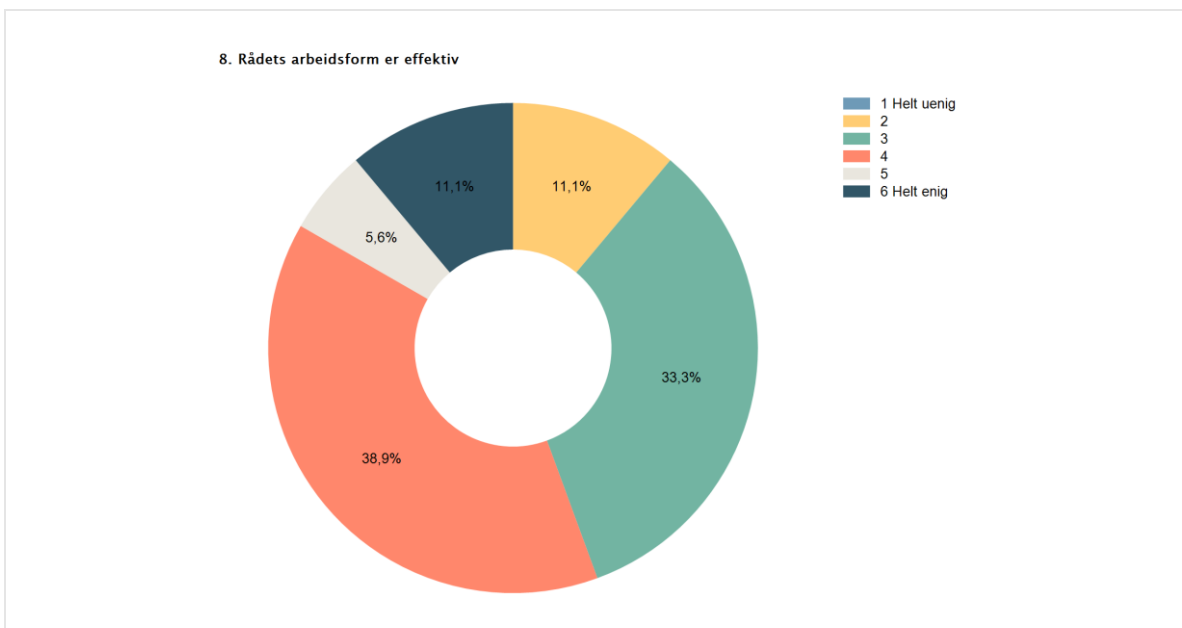
Figur 5-3 Alle relevante sider ved saken er tilstrekkelig belyst. Rådsmedlemmenes oppfatning

5.5 Arbeidsform i og utenfor møtene

Rådets møter er åpne for alle. Her møter pressen, interesseorganisasjoner og personer med særlig interesse for den saken som behandles. Åpenheten blir trukket fram som en styrke ved rådets arbeidsform. Ulempen kan være at medlemmene ikke stiller alle spørsmål de ville gjort i et lukket rom.

Innledende foredrag/presentasjoner av eksterne bidragsytere på møtene blir omtalt som nyttig. For sekretariatet kan imidlertid bruk av eksterne innledere være krevende, fordi det krever mye forberedelse. Blant de intervjuede er det ulike oppfatninger om hvor godt fornøyd man er med plenumsbehandlingen av selve saken, og noen kritiske synspunkter fremkommer: Det blir knapp tid til å komme med innspill og spørsmål under selve behandlingen av saken. Hvert rådsmedlem får vanligvis bare anledning til å komme med ett hovedinnlegg under selve behandlingen. Ideelt sett hadde det vært ønskelig med mer tid, men medlemmene ser at da ville man ikke kommet gjennom sakene. Resultatet er at det blir lite dynamikk i møtene og små muligheter til å avdekke motsetninger. Åpne voteringer kunne gitt mer dynamikk. (Dette temaet blir også tatt opp senere i rapporten). På grunn av rådets størrelse har det vært vanskelig å forbedre arbeidsformen i møtene.

Hovedsynspunktet er at møtene gjennomføres på en ryddig måte. Men alt i alt gir rådsmedlemmene uttrykk for at man ikke er helt fornøyd med effektiviteten i rådets arbeidsform. Dette illustreres i fig. 5-4.



Figur 5-4 Vurdering av effektiviteten i rådets arbeidsform. Rådsmedlemmenes vurderinger

Undersøkelsen viser at bare 16,7 % av medlemmene er helt enig/enig i at rådets arbeidsform er effektiv. De fleste har svart 3 og 4, hvilket gir en indikasjon på at de bare delvis er enig i at arbeidsformen er effektiv.

Behov for arbeidsutvalg

Rådet har ved flere anledninger behandlet spørsmålet om arbeidsform, herunder

- behov for arbeidsutvalg
- tiltak for å sikre engasjement og forankring av rådsakene

Spørsmålet om etablering av et arbeidsutvalg ble drøftet allerede da rådet ble opprettet. Fordelen med et arbeidsutvalg kunne være at man sikret god forankring av hvordan saken skulle behandles, mens ulempene kunne være økt byråkratisering og ulik grad av innflytelse for ulike medlemmer. Konklusjonen var den gang at rådet ikke skulle etablere et arbeidsutvalg, men det ble samtidig sagt at det kunne være aktuelt på lenger sikt. Det kunne også være et alternativ å etablere underutvalg med ansvar for særlige områder.

Spørsmålet om arbeidsutvalg ble tatt opp igjen da rådet fikk ny sammensetning fra 2011. Rådet tilrådte at man på nytt skulle vurdere om det på burde etableres et arbeidsutvalg permanent basis, eventuelt som en prøveordning. Så vidt vi kjenner til er ikke forslaget om å opprette et arbeidsutvalg drøftet på nytt. Vårt inntrykk er at rådsmedlemmene er noe forbeholdne til forslag om å opprette arbeidsutvalg, bl.a. med henvisning til likeverdighetsprinsippet.

Engasjement og forankring av rådsakene

Rådets leder og sekretariatsleder har vært opptatt av å sikre engasjement i og forankring av rådets arbeid blant rådsmedlemmene og i deres organisasjoner når det gjelder:

- innspill i utredningene
- forberedelse til rådsmøtene
- forslag til vedtak

Innspill til utredningene. I tråd med rådets egne vedtatte rutiner er alle drøftingssaker og de fleste temasaker oppe i rådsmøtene minimum to ganger, som beskrevet i avsnitt 5.2:

1. Saken foreslås av forslagsstiller i form av en vignett. I vignettdiskusjonene avgjør rådet om saken skal utredes for drøfting, og i så fall hvilke aspekter som særlig skal vektlegges i utredningen.
2. Saken kommer tilbake til drøfting etter at den er utredet i sekretariatet – ofte i samarbeid med forslagsstiller og eventuelt andre aktører.

Det går som regel minst et halvt år fra vignettdiskusjon til drøfting, oftest lenger. I denne perioden er vignetten og referat av vignettdiskusjonen presentert på nettsiden til rådet.

Vi forstår at sekretariatet av og til mottar spontane innspill fra eksterne aktører, som oftest først når den reelle saksdrøftingen er nær forestående. Bare sjelden kommer det uoppfordret innspill fra rådsmedlemmene under utredningen av sakene. Etter sekretariatets oppfatning hadde det vært nyttig med flere innspill fra og tettere samarbeid med rådsmedlemmene og deres organisasjoner. Det kunne vært hensiktsmessig å få dedikerte kontaktpersoner i de ulike organene, slik at man tidligere har hatt f.eks. i enkelte regionale helseforetak.

Forberedelse til rådsmøtene. Som omtalt ovenfor har rådet ved to anledninger drøftet om forberedelse til rådsmøtene bør gjøres i et bredere sammensatt arbeidsutvalg av rådsmedlemmer. Flere mente at dette var problematisk, og at forberedelsene til møtene burde skje gjennom rådets leder, nestleder og sekretariat. I praksis har det imidlertid utviklet slik at rådets leder inviterer til en bredere deltakelse av rådgivere fra Helsedirektoratet i de forberedende møtene. Hensikten er å sikre god koordinering mellom rådets leder og Helsedirektoratets virksomhet. Erfaringene er at en slik deltakelse fra Helsedirektoratet letter arbeidet med å innhente underlagsdokumenter fra direktoratet der det er ønskelig. Etter sekretariatets vurdering kan imidlertid denne praksis bryte med målsettingen om at alle rådsmedlemmene skal behandles likeverdig. Det blir krevende å sikre en uavhengig og balansert saksframstilling når en av aktørene er så sterkt involvert i forberedelsen av sakene for rådet.

Forslag til vedtak. Praksis er at rådsleder utarbeider forslag til vedtak i de sakene leder ønsker å levere en innstilling. Som nærmere beskrevet i avsnitt 4.6 er det praksis i rådet å søke konsensus før vedtak besluttet.

Medlemmenes bidrag til å engasjere sine virksomheter og organisasjoner i forberedelser, gjennomføring og oppfølging av vedtak. I våre samtaler med rådsmedlemmer har vi også vært opptatt av rådsmedlemmene engasjerer sine organisasjoner/virksomheter/kolleger i rådets arbeid i de ulike fasene. Det kan dreie seg om generell informasjon om rådets arbeid i relevante fora, mer konkrete oppfordringer til å sende inn forslag til problemstillinger, informasjon om saker i prosess med oppfordringer til innspill eller informasjon om vedtak og tiltak - eller drøftinger av implikasjoner for egen virksomhet. Vårt inntrykk er at dette skjer i svært begrenset grad.

Som årsaker påpekes det at medlemmene har et tett program og at det kun er arbeid knyttet til selve rådsmøtene som blir prioritert; dessuten at vedtakene ofte har en lite operasjonell karakter. Informasjonen er likevel tilgjengelig på rådets nettsider, og man oppfatter i ulik grad at det er forventninger til rådsmedlemmene om innsats ut over deltagelse i rådets møter. Det pekes også på sekretariatets rolle i å engasjere og hente inn informasjon og saksutredninger fra relevante fagmiljøer.

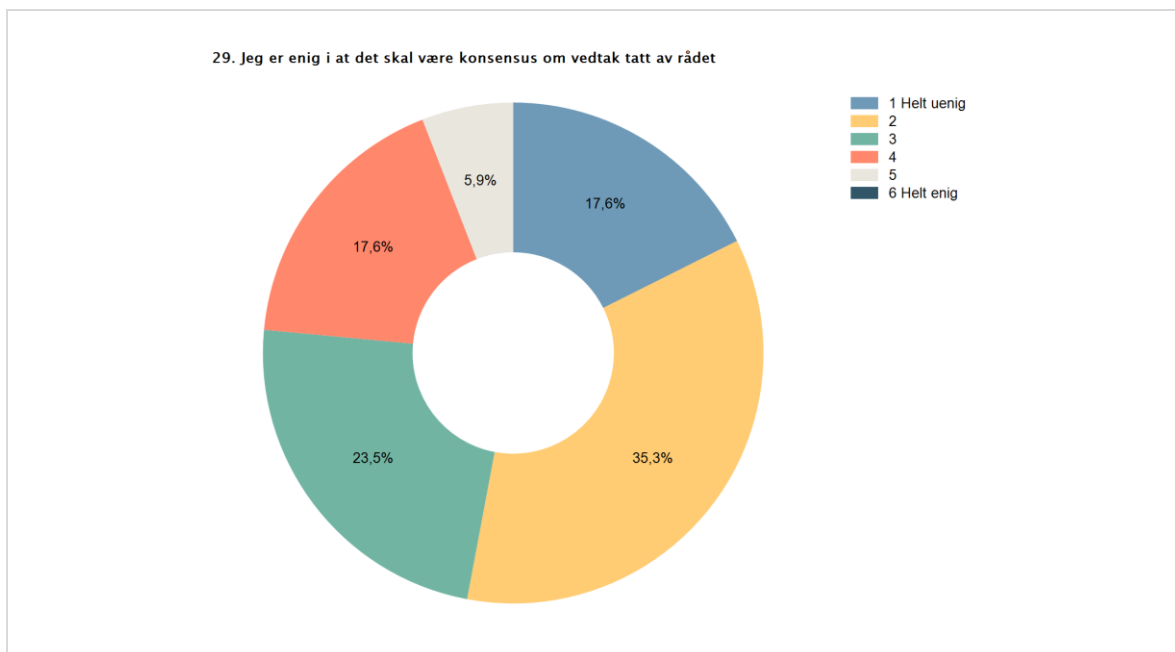
Men vi registrerer også at enkelte rådsmedlemmer oppfattes å være langt mer aktive enn andre, både når det gjelder generering av forslag, og innspill til saksbehandlingen. De fleste oppfattes å være aktive i rådets møter.

I avsnitt 5.7 omtaler vi ekstern kunnskap om rådets arbeid og vedtak og i avsnitt 5.2 viser vi hvilke eksterne institusjoner som har fremmet saker til behandling i rådet.

5.6 Konsensusprinsippet

Nasjonalt råd for kvalitet og prioriteringer i helsetjenesten bestreber konsensus om vedtakene som fattes i rådet, selv om det ikke er et absolutt krav. På dette punktet er det en viktig forskjell mellom Nasjonalt råd for kvalitet og prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten og Bioteknologirådet. Bioteknologirådet kan dele seg i et flertall og et mindretall i sakene som det gis anbefalinger om.

Blant de spurte rådsmedlemmene er det bare 5,9 % (1 av 17) som er enig om at det skal være konsensus om vedtakene.



Figur 5-5 Jeg er enig i at det skal være konsensus om vedtakene tatt av rådet

Flere av våre informanter mener at konsensusprinsippet har sin styrke når det gjelder å skape legitimitet om vedtakene som tas, men opplever samtidig at dette fører til utvanning av vedtakene. Enigheten går på bekostning av kraften i vedtakene. Størrelsen og bredden på rådet forsterker utfordringen. Det kan synes som om særinteresser oftere enn tidligere svekker rådets evne til å fatte tydelige, men helhetlige beslutninger, blir det også hevdet. Det tas til orde for å komme fram til mer spissede anbefalinger, om nødvendig på bekostning av den brede konsensus.

5.7 Hvem fremmer saker for rådet?

Etter endringen i mandatet fra 2011 kan alle foreslå saker for rådet, jf. kapittel 1.3. Det har derfor vært av interesse å undersøke om dette har ført til endringer i mønsteret på hvem som fremmer saker for rådet. I tabell 5-1 gis det en oversikt over hvor forslagene kommer fra. Forslagsstiller er ikke omtalt med navn; det er kun angitt om forslaget kommer fra rådsmedlem, sekretariatet eller et annet organ, organisasjon eller virksomhet.

Tabell 5-1 Hvem fremmer forslag til rådet?

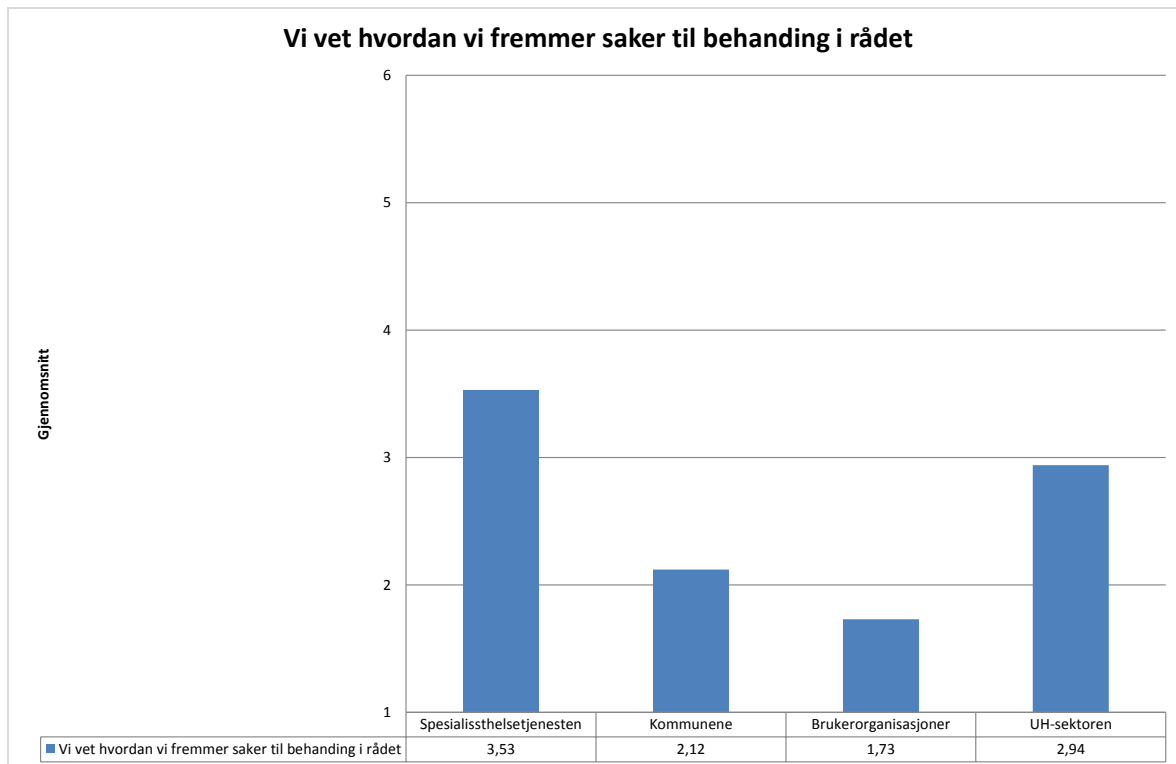
År	Forslag	Forslagsstiller
2014	Screening av gravide og barselkvinner	Rådsmedlem/fastlege
	Rehabilitering - hva skal til for å lykkes?	Rådsmedlem/kommunehelsetjenesten
	Behandling og oppfølging av ekstremt premature barn	Perinataalkomiteen Helse Sør-Øst
	Helsetjenestetilbudet til personer med fibromyalgi	Norges fibromyalgiforbund
	Effekt og kostnadseffektivitet av ulike dialysemetoder i Norge	Sekretariatet
2013	Palliativ omsorg og behandling i kommunene	Rådsmedlem/fastlege
	Barnevernsbarns tilgang på behandling i psykisk helsetjeneste for barn og unge	Rådsmedlem/brukerorganisasjon
	Respiratorbehandling til pasienter med amyotrofisk lateralsklerose (ALS)	Fagpersonell ved St- Olavs hospital

År	Forslag	Forslagsstiller
	Kvalitetsindikatorer pleie og omsorg	Rådsmedlem/høyskole
	Innføring av et kostbart legemiddel for cystisk fibrose og ordningen med individuell refusjon	Klinisk etikkkomité, Helse Bergen
	Endring av screeningteknologi i Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft	Rådsmedlem/Helsedirektoratet
	Multisyke pasienter i primærhelsetjenesten	Institutt for samfunnsfag, NTNU.
2012	Mobile CT-ambulanser for tidligere trombolytisk hjerneslagbehandling	UNN
	Grenseverdi for offentlig betalingsvilje for effekt av tiltak i helsetjenesten	Rådsmedlem/kommunehelsetjenesten
	Behandlingsreiser til utlandet	Helsedirektoratet
	Preimplantasjonsgenetisk diagnostikk (PGD)	Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo
	Robotassistert kirurgi i Norge	Sekretariatet
	Nasjonale retningslinjer for utredning, omsorg og behandling av personer med demens	Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
	Innføring av vaksine mot rotavirusinfeksjon	Folkehelseinstituttet/Helse- og omsorgsdepartementet
2011	Kirurgisk behandling ved fedme	Sekretariatet
	Nye antikoagulasjonsmidler, utfordringer for helsetjenesten	Rådets leder
	Regulering av naturlegemidler	Rådsmedlem/Kreftregisteret
	Innføring av nye kreftlegemidler	Helsedirektoratet
	Depresjonsscreening av kvinner ved svangerskap og barsel	Rådsmedlem/fastlege
	Tilbud om røykeavvenning i norsk helsetjeneste	Helsedirektoratet
	Behov for å etablere et helhetlig perspektiv på innføring av nye legemidler i helsetjenesten	Sekretariatet
	Helsetjenester til innvandrere - innhenting, anvendelse og sammenstilling av informasjon	Rådsmedlem/spesialisthelsetjenesten
	Nasjonale tjenester – grenseoppgangen mellom forskningssentra og nasjonale kompetansetjenester	Rådsmedlem/Helsedirektoratet
	Hvordan sikre at pasienter med kompliserte og alvorlige lidelser får en pasientansvarlig lege som sikrer kontinuitet i behandlingen	Rådsmedlem/kommunehelsetjenesten
	Sosial ulikhet i helse- relevant for helse- og omsorgstjenesten	Rådsmedlem/spesialisthelsetjenesten
	Etablering av et offentlig tilbud om tidlig ultralyd i svangerskapet	Rådsmedlem/Helsedirektoratet
	Minoritetshelse og noen utfordringer knyttet til likeverdige helsetjenester	Rådsmedlem/spesialisthelsetjenesten

Hovedbildet er at det er rådsmedlemmene som har vært mest aktive i å fremme forslag i hele perioden. Fra og med 2012 har det imidlertid også kommet forslag fra annet hold. I denne perioden har det kommet nesten like mange forslag fra aktører utenfor rådet som fra rådet. Det har imidlertid

ikke kommet noen forslag fra kommunehelsetjenesten utover de som er fremmet av råds-medlemmene. Noen fagmiljøer og en brukerorganisasjon har levert forslag.

Spørreundersøkelsene blant kommuner, brukerorganisasjoner, spesialisthelsetjenesten og universitets- og høyskolesektoren viser at disse interessegruppene i liten grad vet hvordan man skal fremme saker til behandling i rådet. Dette er fremstilt i figur 4-6 nedenfor. I figuren vises gjennomsnittsskår på påstanden: «Vi vet hvordan vi fremmer saker for rådet». Midtpunktet på skalaen er 3,5.



Figur 5-6 Vi vet hvordan vi fremmer saker for rådet. (1=helt uenig og 6=helt enig)

Det er grunn til å tro at lav kunnskap om hvordan man fremmer saker for rådet har sammenheng med at det er lite kjennskap til rådets mandat og dets virke, særlig blant kommunene.

5.8 Organisering av kommunikasjonsstøtte og profilering av rådet

Lett tilgjengelig web-side

Rådet får meget gode tilbakemeldinger for sin webside, som gir en god oversikt over rådets saker og vedtak, og er lett å orientere seg i. Siden signaliserer at rådets arbeid er åpent og tilgjengelig – på samme måte som rådets møter er åpne for publikum.

Kommunikasjonsstøtte

I rådets årsrapport for 2012 og 2013 er det pekt på at rutinene for informasjonsvirksomheten kan bli bedre. I rapporten for 2013 står det: «Det er heller ikke i 2013 etablert gode, føreseielege og strukturerte rutinar for informasjon rundt rådsmøta og andre aktivitetar i rådet. Det ville vore bra å få avklart tydelegare kva for oppgåver som ligg til sekretariatet i Kunnskapssenteret, og kva som skal handterast av kommunikasjonsrågjevarane i Helsedirektoratet. Ei følgje av dei uavklarte ansvarstilhøva er truleg at ein ikkje er så aktiv overfor pressa eller utnyttar potensialet i andre informasjonskanaler så godt som ein kunne».

Rådet ba i møtet 10. februar 2014 om at denne problemstillingen ble satt på dagsorden i et senere møte. Rådet hadde bare en gang tidligere drøftet kommunikasjonsstrategien i en egen sak, nemlig i det første møtet 16. april 2007. Det ble da lagt fram et notat om informasjonsansvaret. Her står det bl.a.:

«Rådsleder vil være rådets fremste ansikt utad og dermed bære mye av informasjonsansvaret for rådets arbeid. Eventuell planlegging og oppfølging av informasjonsaktiviteter bør skje i samarbeid mellom sekretariatet, rådets leder og de aktører som har fremmet saken.

Selv om rådsleder og rådssekretariatet ikke har samme tilholdssted i det daglige, er det naturlig at ansvaret for informasjons- og kommunikasjonsarbeidet, i likhet med rådets øvrige sekretariatsoppgaver, tillegges Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.»

I møtet 16. april 2007 sluttet rådet seg til prinsippene i den fremlagte kommunikasjonsstrategien, som så ble lagt inn i et større dokument om rådets arbeidsform og lagt fram på rådsmøtet 11.juni 2007. Her var bl.a. følgende formulering om prinsipper for rådets kommunikasjon lagt til:

«Det bør tydeliggjøres hvem som har ansvar i de sakene rådet behandler. De/den som fremmer sakene, og har et ansvar, bør derfor som en del av forberedelsene til sakene, planlegge på hvilken måte sakene eventuelt skal nå offentligheten og hvem som skal ta ansvar for det. Eventuell planlegging og oppfølging av informasjonsaktiviteter bør skje i samarbeid mellom sekretariatet, rådets leder og de aktører som fremmer saken.»

Dagens praksis når det gjelder utadrettet informasjon fra rådet er at rådets leder uttaler seg om vedtak og drøftinger på vegne av rådet *i etterkant av rådets behandling*. Når pressen ønsker uttalelser fra rådet kanaliserer sekretariatet disse direkte til kommunikasjonsrådgiverne i Helsedirektoratet. Ofte kommer også henvendelsene primært dit. Rådssekretariatet håndterer selv henvendelsene fra pressen når det gjelder å finne fram til vedtak og informasjon fra møtene. De etablerte rutinene for å ivareta informasjonshåndtering i etterkant av møtene oppfatter sekretariatet som avklarte og hensiktsmessige.

Etter sekretariatets vurdering er det rom for å forbedre rutinene knyttet til informasjonshåndtering i forkant av møtene. En bør kunne oppnå større offentlig oppmerksomhet om rådets arbeid og sakene rådet diskuterer. Sekretariatet ønsker å være aktive i å informere om saker til media, og å kunne henvise pressen til aktører som kan opplyse sakene ut fra ulike ståsteder. Her opplever sekretariatet å ha et uklart handlingsrom. Resultatet er - slik det fremgår av årsrapporten for 2013 - at man er for lite aktiv overfor pressen og ikke benytter muligheter for pressedekning og dermed skape et offentlig ordskifte om de sakene som rådet diskuterer.

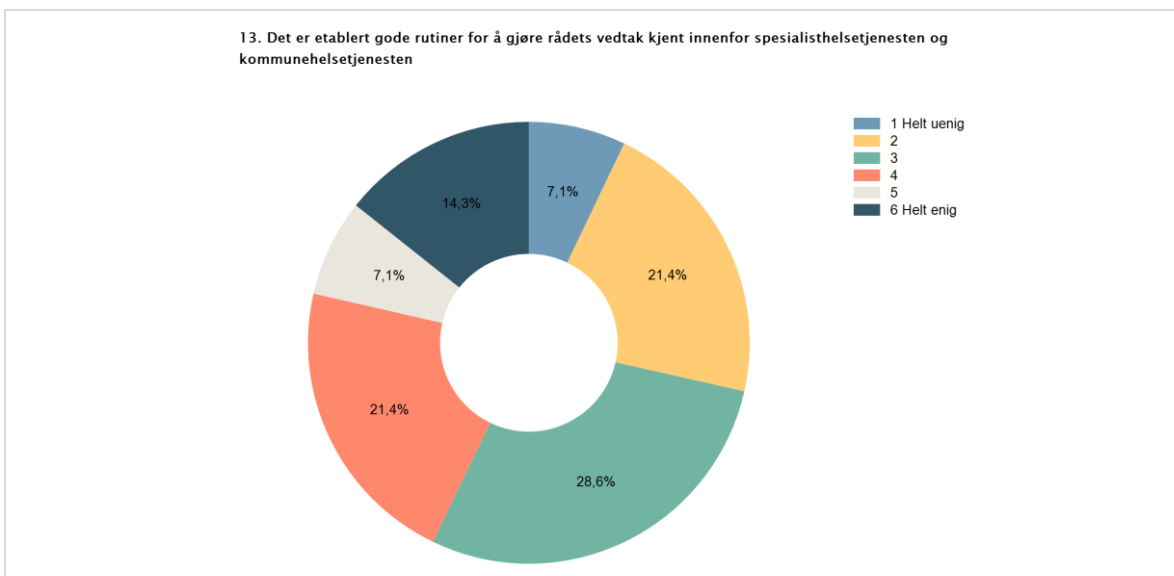
Sekretariatet har også registrert behov for å bekjentgjøre vedtak raskt etter møtene. Rådet har sluttet seg til forslag om dette fra sekretariatet. Praksis er nå at man på slutten av møtet går gjennom vedtaksprotokollen og publiserer denne umiddelbart på nettsida. Tidligere kunne det ta 3–4 uker før vedtakene ble gjort kjent for media.

Profilering av rådet

Evalueringen viser at kunnskapen om Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten fremdeles er lav både i kommunene og i brukerorganisasjonene. Bare en av 17 brukerorganisasjoner sier at de er godt kjent med rådets mandat og virkemåte. Kun 10 av 105 svarende kommuner er godt kjent med rådet.

Dette betyr at man i neste omgang også er lite kjent med de vedtak som treffes i rådet og hvordan man skal kunne foreslå saker for rådet.

Riktignok er kjennskapen til rådet og dets mandat er noe høyere innenfor spesialisthelsetjenesten og universitets- og høgskolesektoren, men rådets medlemmer erkjenner at man ikke er flinke nok til å gjøre rådets vedtak kjent innenfor disse sektorene (jf. Figur 5-7).

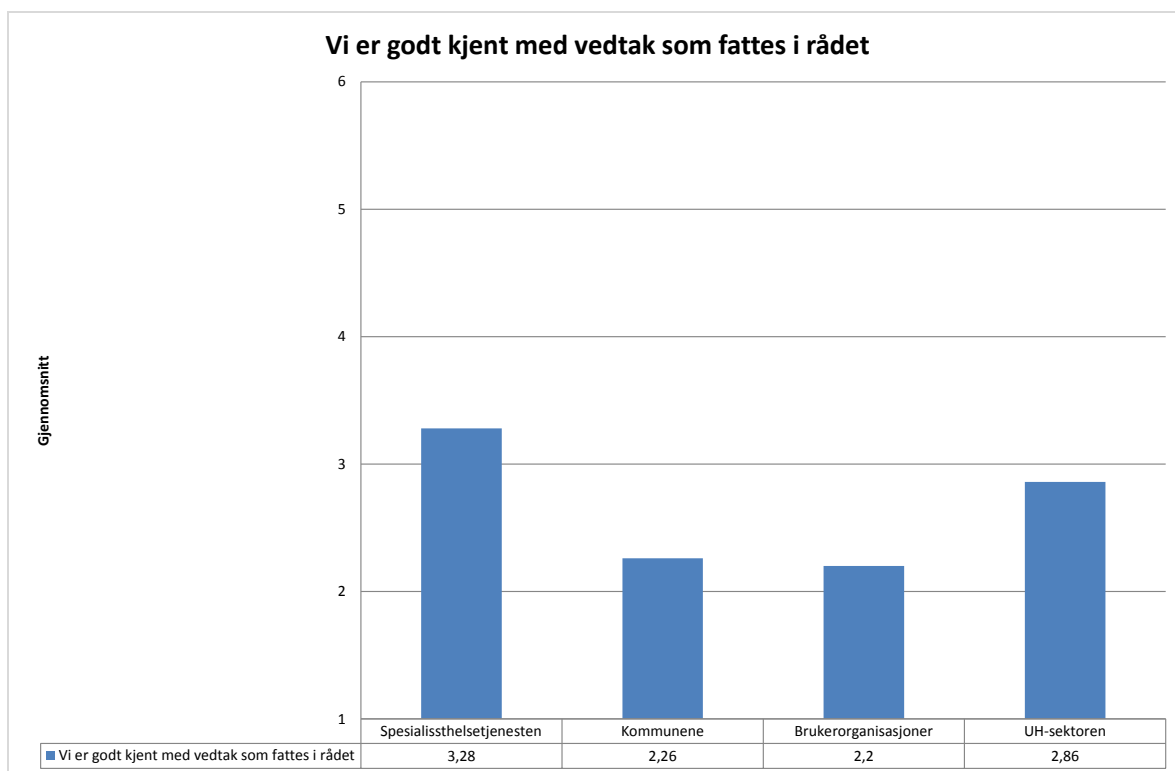


Figur 5-7 Rutiner for å gjøre rådet vedtak kjent. Rådsmedlemmenes vurderinger

Kun 21,4 % av rådsmedlemmene som sier seg enig⁴ i at rådet har gode rutiner for å gjøre vedtakene kjent innenfor spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Figur 5-8 viser hvor godt kjent de spurte innenfor kommunene, spesialisthelsetjenesten, universitets- og høgskolesektoren og brukerorganisasjonene er med rådets vedtak.

⁴ Dvs. svaralternativ 5 og 6



Figur 5-8 Gjennomsnittskår på utsagnet: «Vi er godt kjent med vedtak som fattes i rådet»

Undersøkelsen viser at UH-sektoren, brukerorganisasjonene og kommunene er lite kjent med vedtak som fattes i rådet. Spesialisthelsetjenesten har noe bedre kunnskap om vedtakene som tas i rådet, men heller ikke denne kan sies å ha godt kjennskap til vedtakene.

Vi har som del av evalueringen vært i kontakt med journalister i Aftenposten, Bergens Tidende og Dagens Medisin. Aftenpostens journalist ønsker av prinsipielle grunner ikke å kommentere våre spørsmål. For øvrig bekrefter samtalen inntrykket av rådet og sekretariatet oppfattes å ha en lav og utydelig profil. Det må gjøres en innsats dersom man ønsker å bruke media mer aktivt til å skape oppmerksomhet rundt rådets arbeid og vedtak, og til å sikre bredere forståelse for behovet for prioriteringer og likebehandling i helsesektoren.

Vedtakene oppfattes til dels ulne og uinteressante som mediastoff, ifølge våre kilder. Mandatet bør spisses, så det blir tydeligere hvilke saker som behandles og hva som er formålet med rådet. Møtene er riktignok åpne, men lite journalistvennlige ved at de er lange, har mange temaer på dagsorden og resulterer i få vedtak. Møtene sies å være uforutsigbare mht. fremdriften og mht. konkludering og vedtak; de viktigste sakene blir ofte utsatt. Dessuten savnes en kjent plan for møtene, f.eks. for hvert halvår, med tidfesting av forventede vedtak. Dersom man ønsker medieomtale, bør vedtakene være mer konkrete og tydeliggjøre konsekvensene av prioriteringene. Kanskje bør rådet også ha samfunnsøkonomisk og juridisk kompetanse som kan belyse andre konsekvenser enn den fagmedisinske ved ulike prioriteringsvalg, spør en journalist. Samme synspunkt har kommet fram i noen av intervjuene. Vi har også fått høre at etikk er et tema som har vært etterspurt ved behandling av saker i rådet.

Våre informanter mener også at rådet i valg av saker kan være mer relevant i forhold til den pågående samfunnsdebatten. Rådet kan i større grad selv sette saker på dagsorden og synliggjøre sitt arbeid og dilemmaer som utredes gjennom avisinnlegg og annen mediekontakt, også før vedtakene foreligger. I den forbindelse stilles det også spørsmål ved om rådet er for stort til å

kunne fatte gode prioriteringsvedtak og om det er riktig å bruke rådet som arena for interessekamp mellom brukergrupper som også har andre fora å fremme sine interesser gjennom.

5.9 Sekretariatets rammebetingelser

Ved opprettelse av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten ble det fra departementets side forutsatt at midlene som det daværende Sosial- og helsedirektoratet hadde hatt til sekretariatsfunksjon for tidligere Nasjonalt råd for prioritering i helsetjenesten ble overført til sekretariatsfunksjonen for det nye rådet⁵. Sekretariatet for det tidligere prioriteringsrådet bestod av fire stillinger. Direktoratet gjorde det imidlertid klart at det ikke var mulig å etterkomme oppfordringen om å finansiere et sekretariat av samme størrelse som det tidligere rådet hadde hatt⁶, fordi direktoratet selv ville få et betydelig arbeid knyttet til utredning og saksdokumenter i en rekke saker der direktoratets kompetanse ville være nødvendig. Sekretariatet besto derfor i den første perioden kun bestod av tre stillinger - leder og to medarbeidere. I 2011 ble imidlertid sekretariatet styrket med en medarbeider gjennom tilskudd fra Helsedirektoratet.

Rådets sekretariat har i perioden 2011–2014 vært sammensatt slik som vist i tabell 4-2 etter at vi har korrigert for permisjoner.

Tabell 5-2 Sekretariatets faktiske bemanning i perioden 2011–2014. Årsverk

	2011	2012	2013	2014
Daglig leder	1,00	1,00	1,00	1,00
Utreder/seniorrådgiver	2,50	2,79	2,67	1,67
Rådgiver				0,33
Hospitant	0,17	0,50		
Sum	3,67	4,29	3,67	3,00

Sekretariatets ansatte har formell bakgrunn som cand.med/PhD, sivilingeniør, cand.polit og MSc. MPH.

I perioden fra 2008 til 2014 har sekretariatet vært finansiert som vist i tabell 5-3. Vi har ikke tatt med tall for 2007 da dette ikke var et helt driftsår for rådet.

Tabell 5-3 Finansiering av sekretariatsfunksjonen. 1 000 kr

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Tildeling over statsbudsjettet	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
Tilskudd til "Helse i utvikling"	2500	2500	2000	2000	2000	2000	1500
Tilskudd fra Helsedirektoratet				1000	1000	1000	1000
Sum	3500	3500	3000	4000	4000	4000	3500

Tildelingen over statsbudsjettet har vært på 1 mill. kr i hele perioden. Tilskudd til gjennomføring av konferansen «Helse i utvikling» har imidlertid sunket fra 2,5 mill. kr i 2008 til 1,5 mill. kr i 2014. Tilskudd fra Helsedirektoratet er midler for å styrke sekretariatet med en utrederstilling etter at mandatet ble utvidet fra 2011.

⁵ Departementets brev av 30.3.2007 (referanse 200607966-/GG)

⁶ Brev fra Sosial- og helsedirektoratet av 12.2.2008 til Helse- og omsorgsdepartementet

Sekretariatet har opplevd at det har vært stor usikkerhet om hvilke finansielle rammer som det kan operere under. Eksempelvis ble det på et tidspunkt foreslått å fjerne støtten til «Helse i utvikling». Forslaget ble ikke gjennomført.

Nasjonalt råd er avhengig av et kompetent sekretariat for å kunne fungere etter hensikten. Sekretariatet er lite og sårbart, påpeker rådsmedlemmer, og det tar tid å bygge opp relevant kompetanse. Usikkerheten svekker sekretariatets attraktivitet som arbeidsplass. I motsatt retning virker plasseringen av sekretariatet i Nasjonalt Kunnskapscenter for helsetjenester. Kunnskapscenteret gir sekretariatet tilgang til utfyllende kompetanse og de ansatte et attraktivt fagmiljø å være del av.

5.10 Oppsummering – rådets rammebetingelser og arbeidsform

Oppsummert viser evalueringen følgende:

- Rådsmedlemmene er i stor grad fornøyd med kvaliteten på sakene som legges fram. Sakene legges fram på en nøytral måte og oppleves å være godt belyst.
- Rådet har utfordringer når det gjelder å finne en god arbeidsform i møtene. Møtene gjennomføres på en ryddig måte og berømmes for sine åpne form, men kritiseres for knapphet på tid og lite dynamikk.
- Rådsmedlemmene synes i begrenset grad å ha involvert sine virksomheter og organisasjoner i rådets arbeid.
- Rådet tilstreber å komme frem til konsensus om sine vedtak. Dette preger forslag og debatt og svekker tydelighet og oppmerksomhet om vedtak.
- Rådsmedlemmene er aktive i å fremme forslag. Fra og med 2012 har det kommet nesten like mange forslag fra aktører utenfor rådet.
- Det har imidlertid ikke kommet noen forslag fra kommunehelsetjenesten utover de som er fremmet av rådsmedlemmene. 70 % av kommunene som har svart på undersøkelsen sier at de ikke vet hvordan de skal fremme saker for rådet.
- Rådet har kommet kort i arbeidet med å gjøre sin virksomhet kjent innenfor kommunehelsetjenesten og universitets- og høyskolesektoren, samt blant brukerorganisasjonene.
- Rådet får meget gode tilbakemeldinger for sin webside, som gir en god oversikt over rådets saker og vedtak, og er lett å orientere seg i. Siden signaliserer at rådets arbeid er åpent og tilgjengelig – på samme måte som rådets møter er åpne for publikum.
- Det er uklare rutiner for kommunikasjon og informasjon i forkant av rådsmøtene.
- Rådet har et potensial for å utnytte media mer som virkemiddel for å nå sine målsettinger.
- Sekretariatet er lite og sårbart og arbeider under rammebetingelser som skaper usikkerhet blant ansatte.

6 Oppfølging av mandatet

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten er gitt et forholdsvis bredt mandat. Rådet skal bidra til felles situasjons- og problemforståelse hos aktørene i helse- og omsorgstjenesten slik at de ulike institusjoners tiltak og prosesser blir godt koordinert. Rådet skal medvirke til dialog mellom myndigheter, tjenesteytende virksomheter, brukerorganisasjoner og faglige organisasjoner/fagforeninger.

Rådet skal gjennomføre prosesser med sikte på at aktørene utvikler felles situasjons- og problemforståelse og god samhandling. På dette grunnlag skal det gis råd om prosessmessig håndtering av saker. Rådet skal legge vekt på rutiner som ivaretar dette formålet, herunder etablere prosesser som ivaretar innspill og erfaringer fra utøvende tjenester og andre f.eks. gjennom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Ved behandling av saker som krever særlig kompetanse skal det om nødvendig innhentes eksterne vurderinger.

I mandatet er det listet opp temaer som er aktuelle for behandling i rådet.

6.1 Saker behandlet av rådet

6.1.1 Drøftingssaker og orienterings- og temasaker

På rådets møter behandles både drøftingssaker og orienterings- og temasaker. Hovedtyngden av rådets ressurser brukes til forberedelse og behandling av drøftingssakene.

Drøftingssakene

I drøftingssakene forventes det at alle vesentlige sider ved saken er belyst. Drøftingssakene skal kunne ut i et vedtak. Enkelte saker blir behandlet i flere møter. I tråd med mandatet er det en målsetting at det innarbeides forslag til implementering i vedtakene. Ansvar for implementering eller oppfølging av vedtakene ivaretas normalt av andre aktører.

Orienterings- og temasaker

Medlemmene gis en innføring i aktuelle problemstillinger. Orienteringssaker blir som regel lagt fram uten noen forutgående vignett, mens temasaker gjerne har vært behandlet som vignett tidligere. Gjennom en temasak gis rådet en bred orientering, gjerne med flere innledere som har ulike ståsteder. Noe av hensikten er å finne sider ved saken som egner seg for senere drøftinger. I tabell 5-1 vises omfang av de ulike sakstypene i perioden 2011–2014.

Tabell 6-1 Oversikt over saker. Kilde: Rådets årsrapporter

	2011	2012	2013	2014	Sum
Drøftingssaker	5	9	6	7	27
Orienterings- og temasaker	21	3	5	3	32
Sum	26	12	11	10	59

Vi ser at omfanget av orienterings- og temasaker har sunket mye etter 2011. Dette forklares med at man ønsker å bruke møtetida på de store drøftingssakene.

6.1.2 Saker fordelt etter tema

Av mandatet går det fram at følgende temaer er aktuelle for behandling i rådet:

1. Prinsipper for prioriteringsprosesser, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten.
2. Spørsmål knyttet til om det utvikler seg eventuelle uakseptable forskjeller i tjenestetilbudet på tvers av fagområder, geografi eller sosiale grupper og gi råd om hvordan slike forskjeller kan motvirkes.
3. Spørsmål knyttet til innføring av ny og kostbar teknologi/legemidler i helse- og omsorgstjenesten.
4. Spørsmål knyttet til fordeling og bruk av nasjonale tjenester i spesialist- og primærhelsetjenesten.
5. Spørsmål knyttet til utvikling av nasjonale retningslinjer på særlige områder for å ivareta et likeverdig helsetilbud av god faglig kvalitet.
6. Spørsmål knyttet til samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner, herunder forebygging, folkehelse, omsorgstjenester og behandlingsformer som påvirker kvalitet, arbeidsdeling og dermed prioritering, ressurs- og kompetansefordeling mellom de ulike nivåene i helsetjenesten.
7. Rådet skal delta i vurderingen av befolkningsrettede tiltak som screening og vaksiner.
8. Rådet skal gi råd om prioritering av offentlig initierte kliniske studier.

Departementet kan utvide listen over aktuelle temaer dersom utviklingen tilsier dette.

Sekretariatet har utarbeidet en oversikt over hvordan de behandlede drøftingssakene og orienteringssakene fordeler seg etter mandatpunktene beskrevet ovenfor. Resultatet vises nedenfor. Noen saker (fire) har vært vanskelig å rubrisere under ett bestemt temaområde og er dermed regnet inn under to temaer.

I tabellen under er både drøftingssaker og orienteringssaker inkludert.

Tabell 6-2 Fordeling av saker etter mandatets temaområder. Drøftingssaker og orienteringssaker

Temaområde	2011	2012	2013	2014	SUM
Prinsipper for prioritering	2	4	2	0	8
Ulikheter i tjenestetilbudet	10	3	2	3	18
Ny teknologi	4	3	4	4	15
Funksjonsfordeling nasjonale tjenester	1	0	0	0	1
Nasjonale retningslinjer	3	0	1	2	6
Samhandling	4	1	1	1	7
Befolkningsrettede tiltak	0	1	1	0	2
Offentlig initierte kliniske studier	2	0	0	0	2
Sum	26	12	11	10	59

Rådet har altså i perioden 2011–2014 behandlet flest saker knyttet til ulikheter i tjenestetilbudet og innføring av ny teknologi. Rådet har hatt færrest saker om funksjonsfordeling, befolkningsrettede tiltak og offentlig initierte kliniske studier.

Det er drøftingssakene som krever mest ressurser. Vi har derfor sett nærmere på hvordan disse sakene fordeler seg etter mandatets temapunkter.

Tabell 6-3 Oversikt over hvordan drøftingssakene fordeler seg etter mandatets temaområder

Temaområde	2011	2012	2013	2014	SUM
Prinsipper for prioritering		3	1		4
Ulikheter i tjenestetilbudet	2	2	2	1	7
Ny teknologi	1	3	2	4	10
Funksjonsfordeling nasjonale tjenester					0
Nasjonale retningslinjer	1		1	1	3
Samhandling			1	1	2
Befolkningsrettede tiltak		1			1
Offentlig initierte kliniske studer	2				2
Sum	6	9	7	7	29

De fleste drøftingssakene med vedtak handler altså om spørsmål knyttet til ulikheter i tjenestetilbudet.

Tabellen under gir en oversikt over orienteringssakene.

Tabell 6-4 Oversikt over hvordan orienteringssakene fordeler seg etter temaområder

Temaområde	2011	2012	2013	2014	SUM
Prinsipper for prioritering	2	1	1	0	4
Ulikheter i tjenestetilbudet	8	1	0	2	11
Ny teknologi	3	0	2	0	5
Funksjonsfordeling nasjonale tjenester	1	0	0	0	1
Nasjonale retningslinjer	2	0	0	1	3
Samhandling	4	1	0	0	5
Befolkningsrettede tiltak	0	0	1	0	1
Offentlig initierte kliniske studer	0	0	0	0	0
Sum	20	3	4	3	30

Det interessante ved denne tabellen er at omfanget av orienteringssaker har gått kraftig ned etter 2011. Dette er resultatet av et bevisst valg fra rådet side fordi man ønsker å bruke mer tid på de store drøftingssakene.

6.1.3 Saker fordelt etter kvalitet og prioritering

Rådet skal i henhold til sitt mandat drøfte spørsmål knyttet til både kvalitet og prioriteringer i helse-tjenesten. Tabellen nedenfor viser hvordan orienterings- og drøftingssakene fordeler seg etter henholdsvis kvalitet og prioritering i 2011–2014. I denne tabellen er flere saker regnet med under både kvalitet og prioritering fordi sakene er av en slik karakter at de omhandler begge mandatpunktene.

Tabell 6-5 Saker hvor Nasjonal råd har drøftet generelle spørsmål knyttet til prioritering og til kvalitet og kvalitetsutvikling Kilde: Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering

	2011	2012	2013	2014	Sum
Kvalitet	16	9	7	7	39
Prioritering	13	9	7	7	36

Etter tallene i tabell 6-5 å bedømme har det vært en liten overvekt av saker knyttet til kvalitet. Dette gjenspeiler imidlertid ikke hvor rådets fokus er. Oppfatningen blant dem vi har intervjuet er at rådet i hovedsak er et prioriteringsråd.

Prioriteringsutvalget sier også i sin utredning at rådet i de siste årene i mindre grad har tatt opp problemstillinger knyttet til kvalitet i helse- og omsorgssektoren. Utvalget foreslår at mandatet som omhandler kvalitet overføres til andre organer, fordi kvalitetsområdet tar fokus og tid vekk fra de sentrale prioriteringsspørsmålene. De to områdene er beslektede og kan sees i sammenheng, men krever noe ulik kompetanse. Utvalget mener videre at prioriteringsarbeidet vil bli styrket med et snevrere mandat.

6.1.4 Saker knyttet til de kommunale helse- og omsorgstjenestene

I 2011 ble rådets mandat utvidet til å omfatte kommunehelsetjenesten og befolkningsrettede tiltak. Mandatendringen førte ikke til endringer i rådets sammensetning.

Evalueringen skal se på om rådet har ivarettatt oppgaven knyttet til å drøfte, vurdere og behandle saker knyttet til dette nye mandatpunktet. Vi har vi gått gjennom saker behandlet av rådet i perioden 2011–2014 for å kunne gi et bilde av hvor mange saker som omfatter kvalitet og prioritering i kommunehelsetjenesten, og befolkningsrettede tiltak. Resultatet vises i tabell 6-6.

Tabell 6-6 Behandlede saker knyttet til kommunehelse, samt befolkningsrettede tiltak

Tema	
Kommunehelse og omsorg	Tilbud om røykeavvenning i norsk helsetjeneste
	Innføring av vaksine mot rotavirusinfeksjon
	Depresjonsscreening av kvinner ved svangerskap og barsel
	Nasjonal retningslinjer for utredning, omsorg og behandling av personer med demens
	Palliativ omsorg og behandling i kommunene
	Respiratorbehandling av pasienter med amyotrofisk sklerose (ALS)
	Multisyke
Befolkningsrettede tiltak	Livforlengede behandling hos alvorlig syke og døende
	Innføring av vaksine mot rotavirusinfeksjon

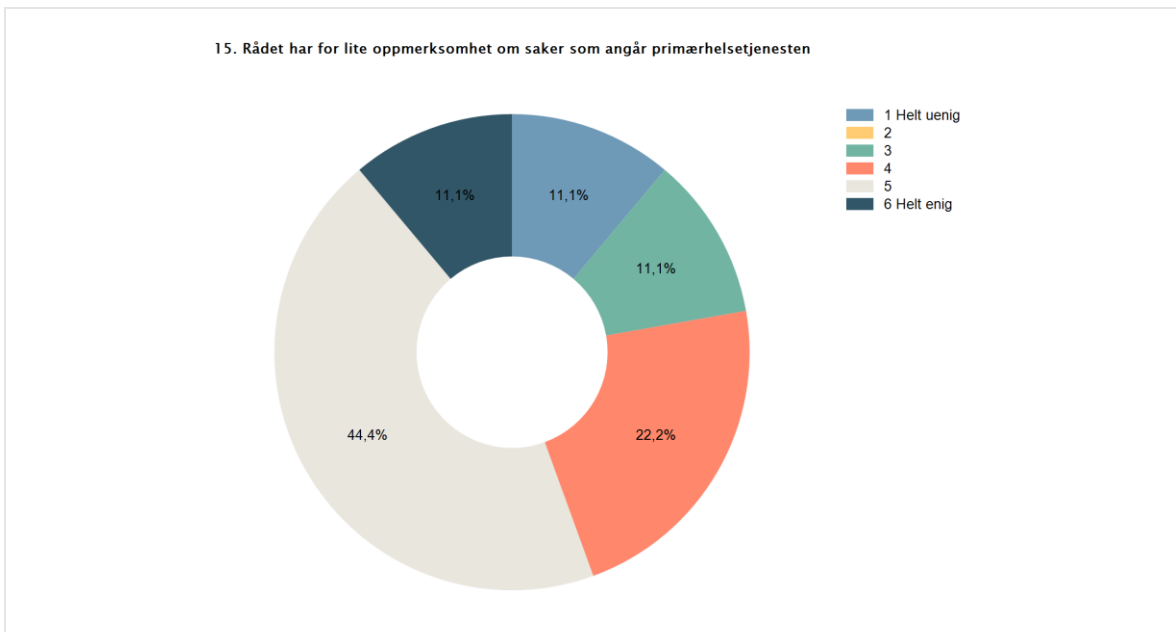
Gjennomgangen viser at rådet har hatt en del saker som faller inn under kommunehelse og omsorg i tråd med endringene i mandatet. Dette stemmer ikke helt med inntrykket vi fikk gjennom intervjuene. Her var den rådende oppfatningen at rådet ikke har levert på dette punktet. «Kommunehelsetjenesten drukner i spesialisthelsetjenesten», sies det blant annet. Dette forklares med at det ikke finnes noe nasjonalt faglig nivå som representerer kommunehelsetjenesten. Slike faktorer kan gjøre det vanskelig å fremme saker knyttet til dette nivået.

Samtidig får vi gjennom intervjuene inntrykk av at kommunehelsetjenesten har fått større oppmerksomhet i rådet det siste året. Dette kan blant annet skyldes endringer i rådets sammensetning og ulikt individuelt engasjement blant medlemmene.

Av tabellen ovenfor går det fram at rådet bare har behandlet én sak som kan knyttes til hva som kan defineres som befolkningsrettede tiltak.

Lite oppmerksomhet om primærhelsetjenesten

Det er også en gjeldende oppfatning blant rådsmedlemmer og kommuner at rådet har for lite oppmerksomhet på saker som angår primærhelsetjenesten. Resultatet fra undersøkelsen blant rådsmedlemmer er gjengitt nedenfor.

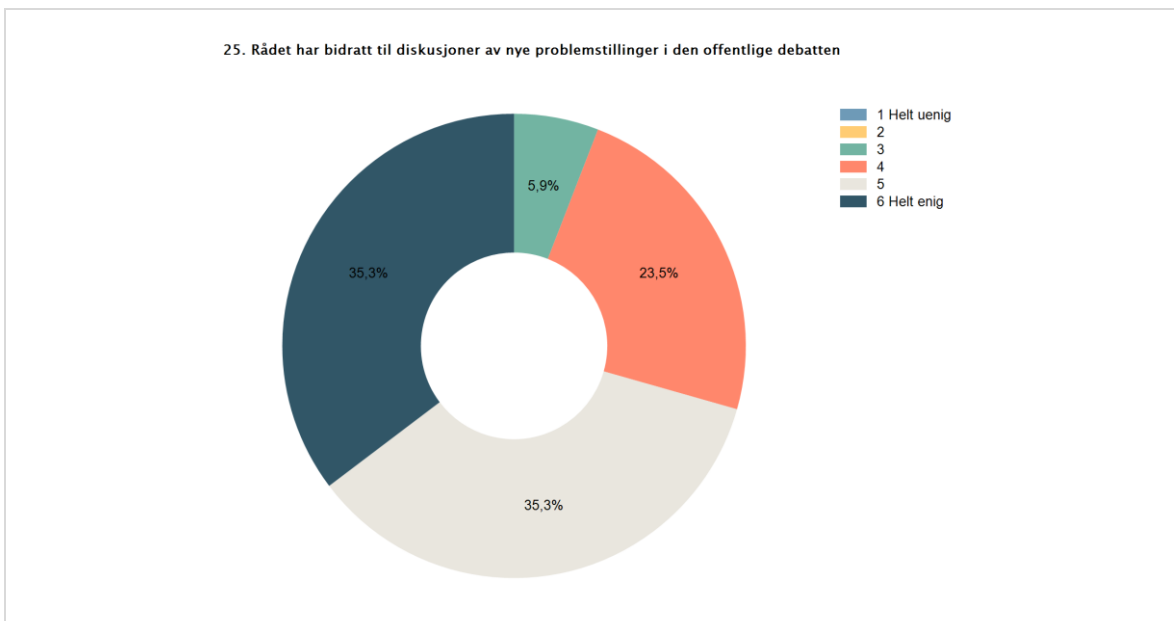


Figur 6-1 Rådet har for lite oppmerksomhet om saker som angår primærhelsetjenesten. Rådsmedlemmenes vurdering

Spesialisthelsetjenesten deler ikke dette synspunktet. Det må også bemerkes at konferansen «Helse i utvikling» i 2013 i sin helhet var viet spørsmål knyttet til prioriteringer i kommunenes helse- og omsorgstjenester.

6.2 Bidrag til den offentlige debatten

Rådet mener at det har bidratt til diskusjoner av nye problemstillinger i den offentlige debatten, jf. Figur 6-2.



Figur 6-2 Rådet har bidratt til diskusjoner av nye problemstillinger i den offentlige debatten

Nær 71 % av rådsmedlemmer som svarer på spørreundersøkelsen er altså helt enig/enig i at rådet har bidratt til diskusjoner i den offentlige debatten. Fra spesialisthelsetjenesten og brukerorganisasjonene er det henholdsvis 41,2 % og 33, 3 som svarer at de er helt enig/enig i dette utsagnet. Tilsvarende tall for kommunene er 33,4 %.

Et viktig kommunikasjonsgrep er rådets årlige konferanse Helse i utvikling, som samler deltagere fra alle deler av helsesektoren, politikere, academia og media. Årets konferanse hadde den nylig fremlagte rapporten fra Prioriteringsutvalget som et viktig tema, og prioriteringsproblematikken ble belyst og debattert med utgangspunkt i ulike case og vinklinger.

Søkeordet «Nasjonalt råd for kvalitet og prioriteringer i helsetjenesten» gir 10 200 treff på internett. Vi har ikke undersøkt hvor mange presseklipp de ulike sakene har hatt i media. Enkelte saker synes å ha fått mye oppslag i media, eksempelvis sakene om tidlig ultralyd, kirurgisk behandling av fedme, depresjonsscreening av kvinner ved svangerskap og barsel. I tidsskriftet Dagens medisin gir Nasjonalt råd for kvalitet og prioriteringer bare 113 treff.

Intervjuer med journalister, referer avsnitt 5.8 over, bekrefter inntrykket av at rådet har en jobb å gjøre både i arbeidsform, kommunikasjonsarbeid og i spissing av vedtak, dersom man ønsker å bruke media mer aktivt til å skape oppmerksomhet rundt rådets arbeid og å ta en sterkere rolle i den offentlige debatten.

6.3 Bidrag til felles tilnærming og harmonisert praksis

6.3.1 Konsistente kriterier for rådets beslutninger

Kriteriene som i dag gjelder prioritering i norsk helsetjeneste har sin bakgrunn i Lønning II-utvalgets anbefalinger. Vilkåret for å gi prioritert skal avgjøres ved hjelp av kriterier for:

- Alvorlighet
- Nytteeffekt
- Kostnadseffektivitet

Det første vilkåret knytter seg til tilstandens alvorlighet. Det sentrale er hvilken utvikling pasientens tilstand vil ha dersom behandlingen utsettes. For at vilkåret skal være oppfylt må utsettelsen føre til redusert livslengde eller nedsatt livskvalitet.

At pasienten må ha forventet nytte av helsehjelpen er vilkår nummer to. Helsehjelpen skal være dokumentert effektiv. Det skal foreligge god vitenskapelig dokumentasjon for at forholdene kan forandres til det bedre ved medisinskfaglig eller tverrfaglig spesialisert behandling.

Det siste vilkåret er at det foreligger et rimelig forhold mellom kostnadene ved behandlingen og den forbedring av pasientens helsetilstand behandlingen forventes å gi.

For å undersøke om rådets vedtak er gjennomført i samsvar med rammeverket for prioriteringer (Lønning II-utvalget) har vi gått gjennom både saksframleggene utarbeidet av sekretariatet og de endelige vedtakene. Gjennomgang av saksframleggene viser at saksprioriteringskriteriene står sentralt i arbeidet med formulering av rådets anbefalinger som gjelder spesialisthelsetjenesten. Jf. eksempelvis sakene om respiratorbehandling til pasienter med amyotrofisk lateralsklerose (ALS), behandlingsreiser til utlandet, innføring av et kostbart legemiddel for cystisk fibrose og ordningen med individuell refusjon, endring av screeningteknologi i masseundersøkelse mot livmorkreft og robotassistert kirurgi.

Lønning II-utvalgets kriterier gjelder kun spesialisthelsetjenesten, men vi ser at kriteriene i noen grad også er lagt til grunn i saker som gjelder kommunale helse- og omsorgstjenester, bl.a. i saken om innføring av rotavirusinfeksjon.

Rådets endelige vedtak bygger naturlig nok på beslutningsgrunnlaget som er presentert i saksframleggene. Vedtakene synes i varierende grad å henvise direkte til prioriteringskriteriene. Man må ofte lese hele saken for å få innsikt i hvordan rådet har forholdt seg til prioriteringskriteriene.

6.3.2 Er forslag til implementering inkludert i vedtakene?

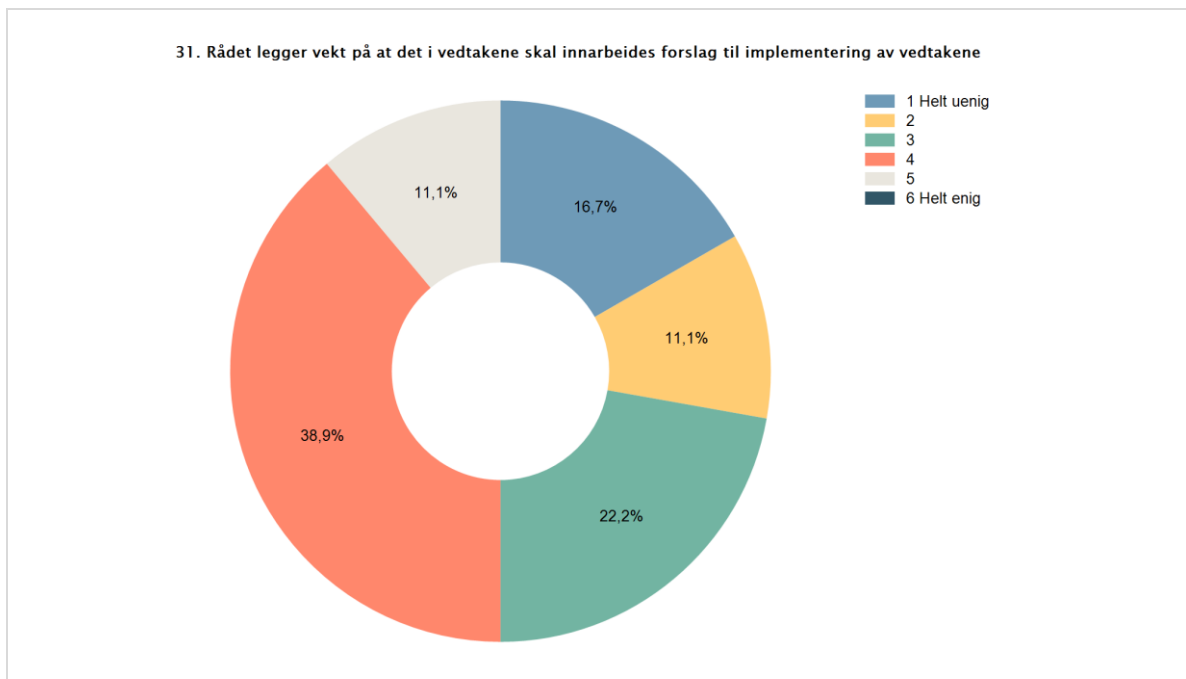
Mandatet setter krav til at rådet skal innarbeide forslag til implementering i vedtakene. For å undersøke om dette kravet er oppfylt, har vi gått gjennom saker der dette kan være relevant. Vi har sett på følgende saker:

- Palliativ omsorg og behandling i kommunene
- Respiratorbehandling til pasienter med amyotrofisk lateralsklerose (ALS)
- Innføring av et kostbart legemiddel for cystisk fibrose og ordningen med individuell refusjon
- Behandlingsreiser til utlandet
- Robotassistert kirurgi i Norge
- Nasjonale retningslinjer for utredning, omsorg og behandling av personer med demens
- Innføring av vaksine mot rotavirusinfeksjon
- Kirurgisk behandling ved fedme

- Innføring av kreftlegemidler
- Depresjonsscreening av kvinner ved svangerskap og barsel
- Tilbud om røykeavvenning i norsk helsetjeneste

Formuleringene om hvordan vedtakene skal implementeres er holdt i en rund og generell form som gjør det vanskelig å kontrollere om vedtakene er fulgt opp. Det er ikke satt frist for når vedtakene bør være gjennomført. Rådet har naturlig nok ikke myndighet til å fastsette frister og framdriftsplan, men dette forhindrer ikke rådet fra å mene noe om hvor raskt tiltaket bør iverksettes.

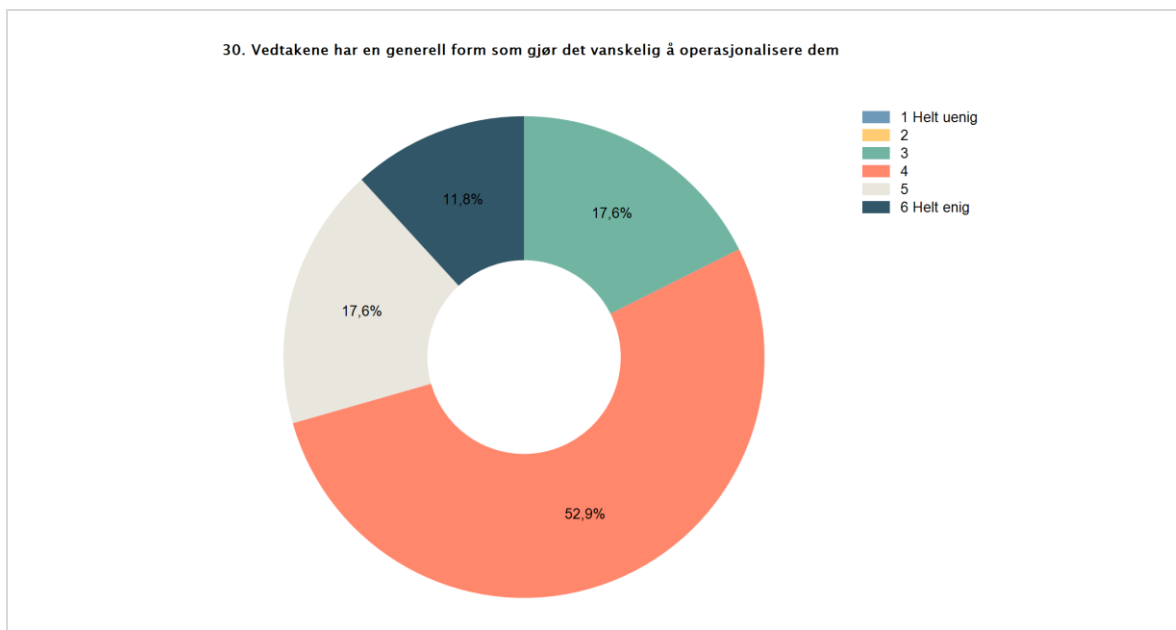
Gjennomgangen av saker stemmer med rådsmedlemmene manglende tilslutning til følgende påstand i spørreundersøkelsen: «Rådet legger vekt på at det i forslag til vedtak skal formuleres forslag til implementering av vedtakene». Resultatet er vist i Figur 6-3.



Figur 6-3 Rådet legger vekt på at det i vedtakene skal innarbeides forslag til implementering av vedtakene

Det er altså bare 11,1 % av medlemmene som er uenig i at det innarbeides forslag til implementering av vedtakene.

Rådsmedlemmene er i stor grad enig i påstanden om at vedtakene er holdt i en generell form som gjør det vanskelig å operasjonalisere dem. Se Figur 6-4.



Figur 6-4 Vedtakene er holdt i en generell form som gjør det vanskelig å operasjonalisere dem

6.3.3 Medlemmenes bidrag til å implementere vedtak i egne virksomheter

Medlemmene i rådet består av beslutningstagere i sentrale virksomheter og institusjoner i helse-sektoren, ledere fra kommunesektoren og brukerorganisasjoner, samt engasjerte representanter fra akademien. Som beslutningstagere forutsettes de å ha de beste forutsetninger for å formulere operasjonaliserbare vedtak og til selv å kunne bidra til forankring og implementering i egne virksomheter.

Som beskrevet i avsnitt 5.5 synes medlemmene i varierende, men begrenset grad å ha bidratt til å forankre rådets arbeid i egne virksomheter. Når det gjelder implementering av rådets vedtak i egne virksomheter er hovedinntrykket at direktørene er lojale i forhold til rådets anbefalinger. Det finnes likevel unntak fra denne regelen., eksemplifisert ved et omdiskutert vedtak knyttet til ny hjerteklaff-teknologi i 2008.

Her valgte RHF Nord etter diskusjon i sitt styre ikke å følge vedtaket, som ville ha medført avslutning av et pågående program på UNN. Eksemplet illustrerer rådets manglende instruksjons-myndighet, men også behovet for faglig aksept og forankring i alle ledd i beslutningslinjen når det kommer til faglig kontroversielle beslutninger.

Utfordringen er likevel kommunesektoren, som med sine 428 politisk selvstyrte kommuner og en sterkt fraksjonert primærhelsetjeneste kan være en utfordring både styringsmessig og forankrings-messig.

6.4 Oppsummering – oppfølging av mandatet

Saker behandlet av rådet:

- I de fire årene 2011–2014 har rådet behandlet 27 drøftingssaker (vedtakssaker) og 32 orienterings- og temasaker fordelt på ca. 4 møter pr. år. Antall saker pr. år har sunket noe, mest gjelder dette tema- og orienteringssakene.
- I perioden behandlet rådet flest vedtakssaker om ny teknologi (8) og ulikheter i tjenestetilbud (6)
- Fra 2011 skulle rådet også behandle saker om kvaliteten i tjenestene. I perioden 2011–2014 har rådet behandlet 39 saker med spørsmål knyttet til kvalitet og 36 saker med spørsmål knyttet til prioritering. Noen saker er regnet med under både kvalitet og prioritering fordi det ikke er mulig å kategorisere dem under bare ett tema. Disse tallene gjenspeiler ikke ressursinnsats til henholdsvis kvalitet og prioritering. Oppfatninger i rådet er likevel at rådet bruker mest energi på prioriteringssaker og bør bruke ytterligere tid på dette. Dette støttes av Prioriteringsutvalget.
- Rådet har kun i begrenset grad behandlet saker som angår den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter at dette i 2011 ble en del av rådets mandat. Kommunehelsetjenesten har dog fått større oppmerksomhet det siste året. Det er ulike oppfatninger i rådet om primærhelsetjenesten bør vies større oppmerksomhet av rådet.

Bidrag til den offentlige debatten:

- Rådet har bidratt til den offentlige debatt, spesielt gjelder dette konkrete og samfunnsaktuelle spørsmål som grenseverdier for offentlig betalingsvilje for effekt av tiltak i helsetjenesten, tidlig ultralyd, kirurgisk behandling av fedme, depresjonsscreening av kvinner med svangerskap og barsel. Rådets årlige konferanse Helse i utvikling er en viktig møteplass for samfunnsdebatt og informasjonsutveksling på tvers av sektorer for tema knyttet til rådets arbeid.
- Rådet kan likevel ta en langt sterkere rolle som pådriver og premissleverandør i samfunnsdebatten. Dette krever at rådets mandat blir tydeligere for andre, at rådet spisser beslutningene, tydeliggjør implikasjonene og legger opp til en mer medievennlig og forutsigbar arbeidsform, ifølge journalister.

Bidrag til felles tilnærming og harmonisering av praksis:

- Vår gjennomgang av vedtak viser at prioriteringskriteriene gitt av Lønning II-utvalget har stått sentralt i arbeid og begrunnelse for rådets anbefalinger.
- Rådets medlemmer har i begrenset grad lagt vekt på å innarbeide forslag til implementering av vedtakene, og mange er enige i at vedtakene har en form som gjør det vanskelig å operasjonalisere dem.
- Rådets medlemmer har i begrenset, men varierende grad engasjert seg i forankringsarbeid i sine virksomheter og organisasjoner, men oppfattes å være lojale mot rådets beslutninger i sin rolle som virksomhetsledere. Det finnes unntak som illustrerer at rådet er avhengig av lokal tilslutning og aksept av rådets anbefalinger. Utfordringen både styringsmessig og forankringsmessig er den sterkt fraksjonerte kommunesektoren.

7 Grensesnitt mot andre råd og beslutningsfora

Forskningsprogrammet *Offentlig initierte kliniske studier*, regionhelseforetakenes nye, felles beslutningsforum *Nasjonalt system for innføring av metoder* og det nylig etablerte *Nasjonalt styringssystem for nasjonale tjenester* berører alle prioriteringsspmå. En arbeidsdeling mellom Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering og disse mer spissede initiativene synes klart og hensiktsmessig blant medlemmene i rådet og de øvrige aktørene. Samtidig mener disse at det må etableres tydelige og ryddige rutiner for hvilke saker som skal behandles hvor og at saker med implikasjoner for nasjonal prioritering og saker av betydning på tvers av sektorer og brukergrupper må løftes inn Nasjonalt råd.

Rådet kan for eksempel ha en rolle når det gjelder prioritering av nasjonale ressurser til større forskningsprogram, basert på innspill og anbefalinger fra OIKS

7.1 Offentlig initierte kliniske studier – et forskningsprogram

Forskningsprogrammet offentlig initierte kliniske studier på kreftområde ble etablert fordi det var behov for forskningsbasert kunnskap som grunnlag for å prioritere mellom ulike helsetiltak innen kreftområdet⁷. Helse- og omsorgsdepartementet besluttet derfor å etablere et nasjonalt forskningsprogram for offentlig initierte studier på kreftområdet fra 2011. Programmet administreres av Norges forskningsråd i samarbeid med Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten.

Programmet skal støtte studier som:

- bidrar til bedre kunnskap om effekt, sikkerhet og kostnadseffektivitet av tiltak på kreftområdet
- gir kunnskap i form av endepunkter med direkte nytte for klinisk praksis, eksempelvis resultater i form av sykkelighet eller dødelighet, livskvalitet og ressursbruk eller kostnader knyttet til omsorg av kreftpasienter
- genererer kunnskap til bruk i nasjonale retningslinjer eller prosedyrer for kreftforskning

Det er lagt opp til et delt ansvar mellom Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten og Norges forskningsråd i en todelt prosess. Rådets sekretariat er tillagt ansvaret for å innhente begrunnede forslag til tema/områder innenfor kreftområdet der det er identifisert behov for kunnskapsbasert kunnskapsstøtte. Rådets oppgave er å prioritere temaene som spilles inn. Norges forskningsråd skal lyse ut og tildele prosjektmidler innen områdene som er prioritert av Nasjonalt råd.

Programmet finansieres av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) med et årlig budsjett på 20 mill. kr, totalt 100 mill. kr i programperioden 2011–2015.

Våren 2012 fikk tre prosjekter innvilget forskningsmidler på bakgrunn av en utlysning på temaet "individuell tilpasning av behandling til kreftpasienter". Etter det vi forstår ble det en del uro etter disse tildelingene bl.a. fordi man mente at tildelingene burde støtte opp under tildelinger som kunne gi resultater på kortere tid. Etter denne tildelingen tok derfor rådet til orde for at midlene i større grad burde rettes mot praksisnære problemstillinger. Våren 2014 fikk to prosjekter støtte. Siste utlysning (15 mill. kr) er planlagt i februar 2015, med tematikken "Praksisnære sammenlignende effektstudier av etablerte tiltak".

Et sentralt spørsmål er om Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenestene fortsatt skal ha en rolle i arbeidet med prioritering av temaer i forbindelse med utlysninger innenfor forskningsprogrammet om offentlig initierte forskningsprogrammer på kreftområdet. Her har vi

⁷ Kilde: Norges forskningsråd og Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering

registrert hensyn som taler i ulike retninger. Vi har fått høre at rådet ikke har tilstrekkelig kompetanse til å vurdere ulike temaer som skal prioriteres. Et annet synspunkt er at det er naturlig at rådet bidrar med en overordnet vurdering av hvilke problemstillinger som skal undersøkes innenfor av rammen av et forskningsprogram for offentlig initierte kliniske studier, men ikke bare begrenset til kreftområdet. Ett tredje synspunkt er at Helse- og omsorgsdepartementet bør tar rollen alene med å prioritere forskningsmidler til bruk for offentlig initierte kliniske studier.

7.2 Nasjonalt system for innføring av metoder

Nasjonalt system for innføring av nye metoder (legemidler, medisinsk utstyr, prosedyrer mv.) i spesialisthelsetjenesten ble opprettet januar 2013 med eget sekretariat, arbeidsgruppe, styringsgruppe, referansegruppe m.m. Systemet ble åpnet og tatt i bruk juni 2013 og Beslutningsforum for nye metoder ble etablert i systemet våren 2014. For spesialisthelsetjenesten skal metodevurderingene i det nye systemet gi beslutningstakerne (RHF-ene) grunnlag for å si ja eller nei til å innføre nye metoder. Det er i systembeskrivelsen lagt opp til saker med prinsipiell betydning eller særlig vanskelige saker kan løftes til rådet.

Siden Nasjonalt system for innføring av nye metoder er under utvikling og fasene i systemet blir implementert gradvis, har man foreløpige lite grunnlag å vurdere erfaringene med denne ordningen. Rådsmedlemmene som besvarte spørsmålet om arbeidsdeling mellom Nasjonalt råd for kvalitet og prioriteringer i helsetjenesten og Nasjonalt system for innføring av nye metoder er hensiktsmessig, var noe usikre på hva de mener om dette, men heller i retning av å mene at arbeidsdelingen er hensiktsmessig.

Beslutningsforum for nye metoder drøfter og tar stilling til konkrete saker som også kan ha ressursmessige konsekvenser. Saker av bredere og prinsipiell betydning skal løftes over til Nasjonalt råd, ifølge medlemmer av begge fora. Dette er organer som vil kunne utfylle hverandre og ikke være konkurrenter om de samme sakene. Det uttrykkes imidlertid en viss bekymring for at sakene som beslutningsforum oversender til Rådet for kvalitet og prioriteringer i helsetjenesten vil være «noe generelle» og resultere i prinsippdiskusjoner som det kommer lite ut av. Rådet er best når det kan behandle case med prinsipielle spørsmål blir det sagt. Det er gjennom konkrete anbefalinger at rådet best kan være til nytte for RHFene. Ett synspunkt er derfor at det er behov for en bedre avklaring av hva som skal være rådets rolle og hva som skal være beslutningsforumets rolle i arbeidet knyttet til innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten.

7.3 Nasjonalt styringssystem for nasjonale tjenester

Det er etablert et nasjonalt styringssystem for nasjonale tjenester som beskriver krav og kriterier for godkjenning og avvikling av nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet har godkjenningsmyndighet for nasjonale tjenester, mens faglige vurderingen er delegert til Helsedirektoratet med forankring i en nasjonal rådgivingsgruppe for nasjonale tjenester.

Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten er en fellesbetegnelse for nasjonale behandlingstjenester, fler-regionale behandlingstjenester og nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten. Systemet omfatter høyspesialisert behandling som bør sentraliseres til ett eller to steder i landet: nasjonale eller fler-regionale behandlingstjenester (tidligere betegnet landsfunksjoner og fler-regionale funksjoner), og alle nasjonale kompetansetjenester (tidligere betegnet kompetansesentre) i spesialisthelsetjenesten. Kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger er inkludert i det nasjonale styringssystemet og inngår i den ny opprettet Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser. Dette nye styringssystemet for nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten ble etablert i 2011, og er regulert i egen forskrift med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven.

Helsedirektoratet utfører på fast oppdrag fra departementet faglige vurderinger av innkomne nye søknader om nasjonale tjenester fra RHFene, samt avgir en helhetlig faglig vurdering av alle nasjonale tjenester basert på årsrapportering fra tjenestene hvert år. Styringssystemet har ikke prioritering som primært formål, men skal løfte kunnskapssvake områder gjennom oppbygging av kompetanse og kompetansespredning (kompetansetjenester) og heve og sikre kvalitet i behandlingstilbudet (behandlingstjenester). Systemet skal legge til rette for desentralisering av nasjonale tjenester for eksempel med bakgrunn i et større pasientgrunnlag enn ved opprettelsen av tjenesten eller at kompetansen anses bygget opp i tråd med målsetningen.

Etter de første driftsårene ser Helsedirektoratet nå nærmere på nedleggelse av tjenester ut fra en faglig vurdering, og har foreslått konkret nedleggelse av en kompetansetjeneste. Dette er et område som hittil ikke har berørt Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering, men divisjon for spesialisthelsetjenester. Direktoratet mener det kan oppstå behov for å løfte prioriteringsspmå inn i rådet.

7.4 Ansvar for utvikling av nasjonale retningslinjer

Direktoratet har også ansvar for å utvikle nasjonale retningslinjer for sektoren, basert blant annet på arbeidet i ovennevnte råd, utvalg og øvrige programmer og prosjekter. Noen av våre informanter mener at Nasjonalt råd fremdeles bør ha oppgaver når det gjelder prioritering av tema og områder der det bør utvikles nasjonale retningslinjer.

7.5 Initiativ for vurdering av gråsoner og samarbeidsflater

Det er nylig tatt initiativ i Spesialistdivisjonen i direktoratet til å nedsette en intern arbeidsgruppe for å se på gråsoner og overlappende områder mellom de ulike nasjonale systemene og programmene direktoratet har ansvar for og som har prioriteringsdimensjoner av nasjonal interesse.

7.6 Oppsummering – avgrensning mot andre råd og beslutningsfora

- Forskningsprogrammet Offentlig initierte kliniske studer, de regionhelseforetakenes nye, felles beslutningsforum Nasjonalt system for innføring av metoder og det nylig etablerte Nasjonalt styringssystem for nasjonale tjenester berører alle prioriteringsspmå. En arbeidsdeling mellom Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering og disse mer spissede initiativene synes klart og hensiktsmessig for aktørene. Samtidig må det etableres tydelige og ryddige rutiner for hvilke saker som skal behandles hvor. Saker med implikasjoner for nasjonal prioritering og saker av betydning tvers av sektorer og brukergrupper må fortsatt løftes inn i et nasjonalt prioriteringsråd, mener de fleste aktørene. Dette gjelder også prioritering av områder der direktoratet bør legge ned arbeid i utvikling av nasjonale retningslinjer.
- Det er nylig tatt initiativ i divisjon for spesialisthelsetjenester i direktoratet til å nedsette en intern arbeidsgruppe for å se på gråsoner og overlappende områder mellom de ulike nasjonale systemene og programmene direktoratet har ansvar for og som har prioriteringsdimensjoner av nasjonal interesse.

8 Prioriteringsutvalgets anbefalinger

Prioriteringsutvalget har i sin utredning anbefalt at det på nasjonalt nivå bør finnes et robust rådgivende organ innenfor prioriteringsområdet. Organet bør primært ha et overordnet rådgivningsansvar overfor sentrale helsemyndigheter, men bør også kunne rådggi øvrige deler av helse-tjenesten. Utvalget har ment at dette best kan sikres ved å videreføre Nasjonalt råd for kvalitet og prioriteringer i helsetjenesten.

Utvalgets forslag til overordnede prioriteringskriterier knyttet til helsegevinst, ressursbruk og helse-tap legges til grunn for arbeidet, samtidig som dagens ansvar for kvalitet overføres til andre organer. Forholdet til de regionale helseforetakenes beslutningsforum bør komme inn i mandatet, og mandatet bør spisses/tydeliggjøres i forhold til nærmere angitte spørsmål (uakseptable forskjeller i helsetilbud, egenbetaling, utforming av nasjonale retningslinjer, eksklusjonskriterier, prioriteringsveiledere, utfasing av tjenester og forebyggende tiltak), og det bør gjøres en avgrensning mot Blåresept nemndas arbeid.

Et slikt rådgivende organ må etter Prioriteringsutvalgets vurderinger ha et faglig sterkt sekretariat med relevant prioriteringskompetanse. I tillegg anbefaler utvalget et mer effektivt råd med færre medlemmer, ev. supplert med en referansegruppe for å sikre forankring.

Begrunnelsen for en avgrensning av rådets mandat i forhold til kvalitet, var at kvalitetsområdet etter utvalgets mening tar fokus og tid vekk fra de sentrale prioriteringsspørsmålene. De to områdene er beslektede og kan ses i sammenheng, men krever samtidig noe ulik kompetanse. Vurderingen var at prioriteringsarbeidet ville bli styrket med et snevrere mandat.

Det var en utbredt oppfatning i Prioriteringsutvalget at for store råd kan fungere mindre hensiktsmessig. Derfor ble bruken av en referansegruppe drøftet av utvalget, og den nye organiseringen av Bioteknologirådet ble brukt som eksempel.

Utvalgets medlemmer mente at rådet har oppnådd viktige resultater, selv om disse er vanskelig å måle. Virkningen av åpenhet rundt prioritering er ikke lett å måle. Man ville neppe hatt en like levende og kritisk debatt rundt viktige prioriteringsspørsmål uten at rådet hadde tatt dem opp. Det pekes på at rådet har lagt ut alle sakspapirer og kunnskapsgrunnlaget, noe utvalget mente har hatt stor betydning for en informert debatt.

Sett fra utvalgsleders side kunne man ønsket at rådet, særlig i siste periode, hadde klart å komme fram til enda klarere råd. Utvalgets forslag til endringer av mandat, sammensetning og arbeidsform vil kunne bøte på dette.

Et viktig premiss ved vurdering av råd av denne type er at de ikke skal, og ikke bør, være beslutningsorgan. De bør være rådgivende og må leve med at deres råd av og til blir overprøvd. Rådets autoritet kan likevel styrkes ved at Stortinget, gjennom behandling av den kommende stortingsmeldingen, avklarer rådets rolle mht. høyprofilerte prioriteringsspørsmål

9 Vurderinger og anbefalinger

9.1 Videreføring av et nasjonalt prioriteringsråd med et strammere mandat

Behovet for nasjonale prioriteringer av ressursene i helsesektoren er betydelig. Samtidig er det et politisk omforent ønske om å kunne tilby likeverdige helsetjenester på tvers av sektorer. Dette krever fortsatt et nasjonalt prioriteringsorgan som også bidrar til nasjonale og regionale retningslinjer for tjenestenivå og -tilbud. Så vel Prioriteringsutvalget som de fleste aktørene vi har vært i dialog med, slutter seg til dette.

Det synes likevel å være en bred oppfatning om at rådet i sin nåværende form ikke bør fortsette. Mandatet må spisses og tydeliggjøres, og rådets sammensetning, størrelse og arbeidsform må vurderes.

9.2 Ulike retningsvalg for rådet – endringer av mandat?

Departementet står som vi ser overfor flere prinsipielle valg når det gjelder å spisse rådets mandat. Valg av hvor rådets mandat skal ligge, har konsekvenser for organisering, sammensetning og arbeidsform.

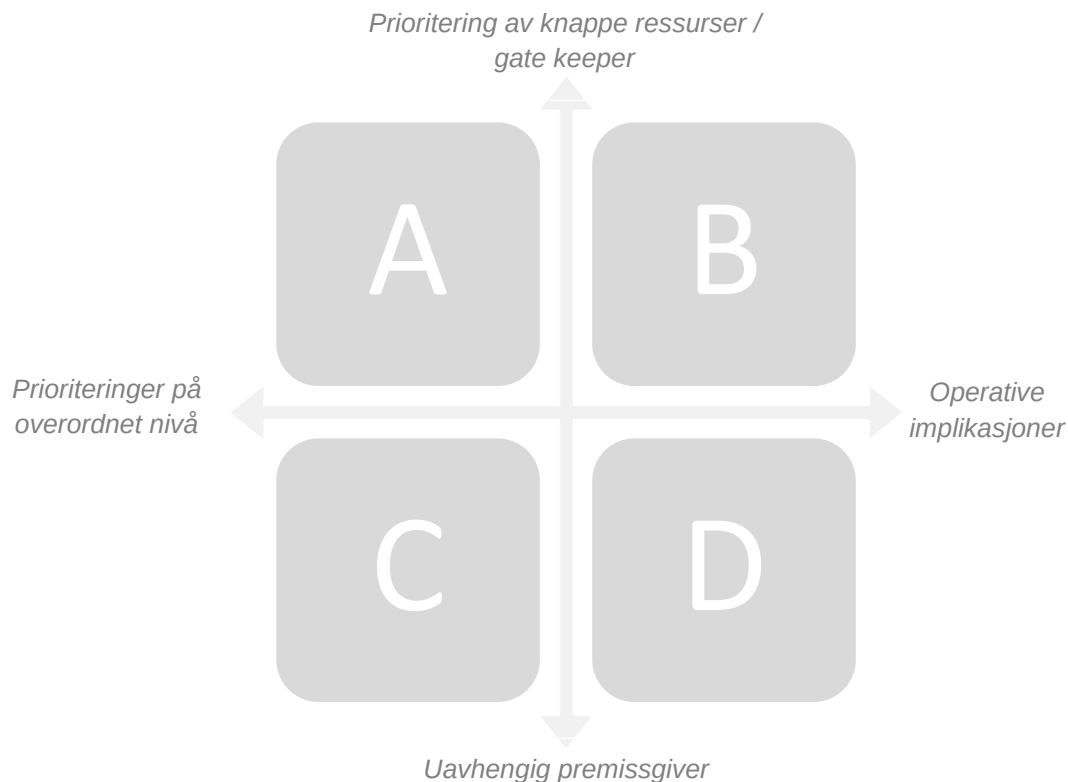
Vi har illustrert noen av valgmulighetene ved tre ”mulighetsrom”:

Mulighetsrom 1: Roller og nivå

Råd og ønsker fra aktører og interessenter er ikke konsistente, og til dels motstridende. I dag er oppfatningene av hvor rådet ligger i forhold til sitt mandat dels uklar og til dels sprikende.

Når det gjelder rådets rolle og nivået eller detaljgraden på vedtakene, tegner følgende utsagn ett mulighetsrom:

- Rådets hovedfunksjon bør være prioritering av knappe helseressurser
- Rådet bør spille en mer uavhengig rolle som premissgiver til nasjonal helsepolitikk
- Rådet bør foreta prioriteringer på overordnet nivå
- Rådets anbefalinger må gi klare føringer, både for implementering og operative valg



Figur 9-1 Mulighetsrom 1 for rådets arbeid: roller og nivå

I alternativene A og B har rådet et mandat som vektlegger at rådet skal bidra til at helsebudsjettet holdes innenfor begrensede økonomiske rammer. Dette innebærer at rådet i sterkere grad enn i dag må sette klare grenser for hvilke helsetjenester som skal prioriteres. Endringen vil kunne medføre at rådet i flere tilfeller enn i dag vil komme til å si nei til kostbare behandlingstilbud og metoder, tiltak, programmer og grupper, eventuelt fase eksisterende behandlingstilbud ut, i samsvar med Prioriteringsutvalgets forslag til nye kriterier eller andre politisk valgte kriterier.

Vi oppfatter at disse alternativene er mest i tråd med den opprinnelige hensikt og begrunnelse for etableringen av rådet. I henhold til dagens mandat skal rådet gi prioriteringer på overordnet, nasjonalt nivå (A), gjerne med utgangspunkt i konkrete, operative dilemma, og gi klare føringer for implementering og operative valg (B).

Alternativene C og D gir rom for at rådet utvikler seg til en mer uavhengig premissgiver for utviklingen av norsk helsepolitikk, der hensynet til budsjettdisiplin og behov er for å velge bort eksisterende og mulige tjenester er mindre viktig enn å synliggjøre behov og muligheter for brukergrupper.

I henhold til formålet skal rådet bidra både til overordnede, nasjonale prioriteringer (A og B) og til gi vedtak med tydelige operative implikasjoner både når det gjelder implementering og lokale, operative beslutninger (B og D).

Over tid kan det synes som om rådets praksis har utviklet seg noe i retning fra B mot C, dels som følge av sterkere brukerstemmer i rådet, dels som følge av utfordringer knyttet til å formulere og fatte tydelige og operativt konkrete konsensusvedtak. Vi registrerer også at flere medlemmer og brukergrupper argumenterer for at rådet bør få en friere eller mer uavhengig rolle som rådgiver og premissgiver, mens andre mener at behovet er redusert mht. å engasjere seg i operative problemstillinger etter etableringen av styringssystem for nasjonale tjenester og nasjonalt system for innføring av metoder.

Implikasjoner for organisering, sammensetning, rammebetingelser og arbeidsform

Rollen som "gate keeper" og rådgiver for prioritering av begrensede helseressurser krever etter vår oppfatning sterk intern styring og forankring opp mot direktoratet og sentrale budsjettstyringsprosesser. Vi mener at denne rollen ikke er mindre viktig i dag enn da rådet ble etablert. I dag ledes rådet med denne begrunnelsen av helsedirektøren, mens direktørene for de regionale helseforetakene og sentrale helseinstitusjoner sitter i rådet. Vi mener dette er rett forankringsnivå.

Endres formålet for rådet til å bli en mer uavhengig leverandør av råd til politikktutformingen, med svakere føringer hva gjelder budsjettbegrensning, vil det være naturlig å erstatte dagens beslutningstagere i rådet med sterkere fagfolk. Vi mener at så vel brukere som helsefaglige disipliner og -sektorer har andre fora å bære frem sine særinteresser og til å bidra til politikktutformingen i, og anbefaler ikke en dreining av mandatet i denne retningen.

Enkelte stiller spørsmål ved om ledelsen av rådet i større grad kan frigjøres fra sentrale beslutningstagere og om dette kan styrke rådets legitimitet blant aktørene også som prioriteringsorgan. Vi oppfatter ikke dette som et sterkt eller bredt forankret synspunkt.

Med et forsterket og tydeligere mandat som prioriteringsorgan, bør likevel rådet i prinsippet kunne ledes av andre som måtte være villige til å ta den krevende rollen. Et alternativ kan være en rotasjon av rådsleder mellom ledere fra spesialisthelsetjenestene (en regiondirektør), primærhelsetjenestene (en rådmann eller kommunalsjef, eventuelt en KS-leder) og direktøren fra Folkehelseinstituttet.

Jo lenger ut mot det operative nivået rådet beveger seg, jo større saksmengde og operative kunnskapskrav vil rådet møte, både når det gjelder prioriteringer og drøftinger knyttet til kvalitet.

Prioriteringsutvalget peker på muligheten til å redusere saksmengde og kunnskapskrav og til å gi rådet mulighet til å fokusere mer på prioriteringssaker, ved å avgrense mandatet mot kvalitetsaker, som mange mener hører mer hjemme i regionale og kommunale beslutningsfora, eventuelt i direktoratet.

Vi mener at en tydelig grensegang og arbeidsdeling av rådets arbeid mot de nylig etablerte styringssystemene er nødvendig og nyttig, jf. direktoratets initiativ til en arbeidsgruppe med dette som formål. Vi mener arbeidsgruppen bør vurdere avgrensninger i forhold til kvalitetssaker, men ser at kvalitetsvalg også har ressursmessige konsekvenser som på et høyere nivå bør løftes inn i rådets prioriteringsarbeid.

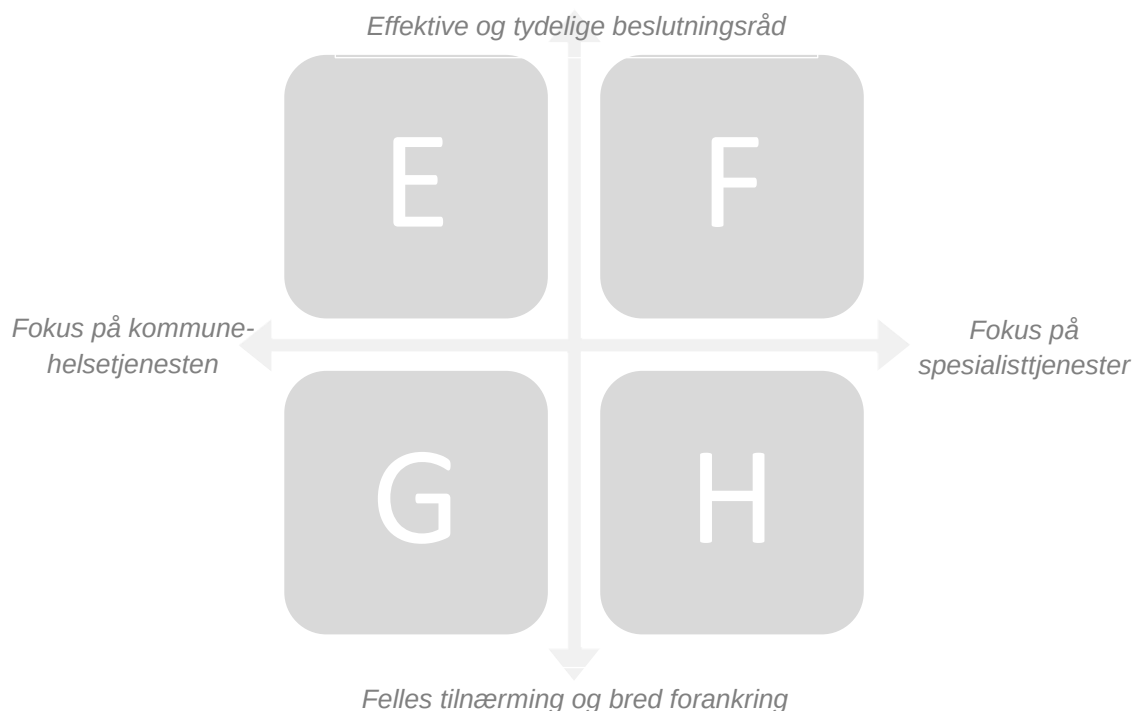
Vi mener samtidig at rådets relevans for virksomhetene og kommunene og rådets evne til å skape oppmerksomhet og offentlig debatt rundt viktige prioriteringssaker, krever at rådet drøfter saker med klar relevans til aktuelle saker og at rådet tydeliggjør hvilke operative konsekvenser deres prinsipielle beslutninger vil få i avveiningen mellom aktuelle tilbud og brukergrupper, se også drøftingen av leveranser, under.

Mulighetsrom 2: områder og leveranser

Dagens mandat er vidt når det gjelder forventninger til rådets arbeidsområder og leveranser. Følgende utsagn beskriver dette mulighetsrommet:

- Rådet bør konsentrere seg om å vurdere og prioritere tyngre og kostbare behandlingsformer, primært knyttet opp til spesialisthelsetjenestene
- Rådet bør ha en helhetlig tilnærming til hele helsesektoren
- Rådet bør gi normgivende råd til den fragmenterte, kommunale helsetjenesten

- Rådet bør gi tydelige råd til beslutningstagere i forvaltningen og virksomhetene
- Rådet bør fremme felles tilnærming og bred forankring



Figur 9-2 Mulighetsrom 2 for rådets arbeid: områder og leveranser

Dagen mandat forutsetter at rådet skal ha et bredt, helhetlig sektorperspektiv (forebygging, kommunehelsetjenester og spesialisttjenester) og levere tydelige beslutningsråd, rådet skal bidra til felles forankring og være pådriver for felles tilnærming i regioner og kommuner. Dette svarer til samtlige alternativer i figuren, feltene E, F, G og H.

Rådet har, som vi har sett, fremdeles en vei å gå når det gjelder balansen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten i sin portefølje av saker.

Enkelte aktører argumenterer derfor for at rådet bør konsentrere seg om prioriteringer på spesialistsiden, der valget dessuten ofte står mellom kostbare behandlingsformer. Andre peker tvert på at det er den fragmenterte kommunesektoren som trenger normgivende rådgiving mens spesialisthelsetjenestene i større grad kan overlates til det nylig etablerte beslutningsforumet som fatter operative valg på tvers av regionhelseforetakene.

Rådets medlemmer opplever at det kan være konflikt mellom tydelige og effektive beslutningsråd og kravet om bred forankring. Selv om rådet kan sies å ha bidratt "i begge retninger", stilles det spørsmål både ved vedtakens tydelighet og faktiske forankring.

Implikasjoner for organisering, sammensetning, rammebetingelser og arbeidsform

Vi mener at rådets kanskje viktigste oppgave, ved siden av prioriteringsrollen, er å se den fragmenterte helsesektoren i sammenheng. Helsereformen med endring av oppgaver og ansvar mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten; staten og kommunene forsterket behovet. Rådets arbeidsområde bør derfor ligge godt i sentrum av den horisontale akse i figuren, med tilgang til kunnskap om fagområdene og beslutningsprosessene i alle deler av sektoren. Dette

gir klare føringer for bemanningen av rådet, som bør være bredt sammensatt, på tvers av sektorene.

En eventuell avgrensning av rådets arbeidsområder langs den horisontale aksen, bør derfor være i aksens ytterpunkter: Saker som i liten grad berører andre sektorer bør som hovedregel kunne overlates til lokale og mer operative beslutningsfora. Der dette tegner mønstre av klar forskjellsbehandling mellom kommuner eller regioner, bør slike saker likevel kunne løftes inn i rådet for behandling. Oppfølgingen bør kunne skje som veiledende råd, oversendes regionhelseforetakenes beslutningsforum og eventuelt direktoratet for innarbeiding i nasjonale retningslinjer.

Rådets størrelse og konsensuspraksis fremholdes som rådets utfordringer når det gjelder effektive drøftinger og tydelige beslutningsråd. Samtidig er dette rådets styrker når det gjelder å oppnå bred forankring.

Vi mener at kravet til tydelige beslutningsråd er viktig, jf. drøftingen av "Mulighetsrom 2", der vi skrev at rådets relevans for virksomhetene og kommunene og rådets evne til å skape oppmerksomhet og offentlig debatt krever at rådet tydeliggjør hvilke operative konsekvenser deres prinsipielle beslutninger vil få.

Vi tror at det beste tiltaket vil være å gjennomgå og forsterke mandatet og forventningene til det enkelte rådsmedlem som oppnevnes til rådet. En oppfriskning og tydeliggjøring av det enkelte medlems rolle og ansvar som individuelt oppnevnt medlem mht. å bidra til en helhetlig avveining mellom ulike særinteresser, kan være nyttig, kanskje supplert med en veileder for rådsarbeid. Åpen kommunikasjon rundt dette vil også kunne hjelpe det enkelte medlem som møter sterke forventninger på hjemmebane i egen virksomhet og interessegrupper.

Vi anbefaler at man myker opp dagens konsensuspraksis, men kombinerer dette med tydelige spilleregler og avstemningsrutiner i rådet for å redusere potensielle negative effekter mht. forankring og lojalitet til vedtakene. Vet alle at man kan bli stemt ned dersom man ikke finner en løsning alle kan slutte seg til, oppnår man i praksis ofte mer effektive drøftinger med en aktiv, individuell søken etter konsensus. I tillegg bør det være en premiss i mandatet for det enkelte rådsmedlem at man plikter å forsvare rådets vedtak, også om man blir stemt ned. Utad bør det være kjent at vedtak kan tas med dissens, men stemmegivningen bør ikke kunne offentliggjøres.

Videre tiltak for å forsterke rådets evne til å fatte tydelige beslutninger er åpenbart en reduksjon i rådets størrelse. Dette må avveies mot forventningen om bidrag til forankring og felles tilnærming. Vi mener at også dette er en viktig oppgave rådet bør ha, og anbefaler derfor ingen vesentlig reduksjon i rådets størrelse.

Vi mener at det er viktig å beholde sektorens beslutningstakere i rådet, både for rådets evne til å formulere tydelige beslutningsråd med føringer for operativ implementering, og for å sikre at deres virksomheter faktisk implementerer vedtakene og bidrar til ønsket felles tilnærming og praksis i landet.

Prioriteringsutvalget foreslår oppnevning av en referansegruppe for å styrke rådets nedslagsfelt, dersom rådets størrelse reduseres. Vi mener at dette også bør vurderes som verktøy for å styrke kunnskapsformidling og involvering mot kommunesektoren.

Kommunesektoren fremstår som den største utfordringen for rådet når det gjelder rådets bidrag til forankring og felles tilnærming. Sektoren kjennetegnes av 428 selvstendige, politiske beslutningsenheter og en sterkt fragmentert administrasjon. Det bør i rådsmedlemmenes mandat kunne stilles tydeligere krav til aktiv informasjon om vedtak, innhenting av forslag til saker og involvering av medlemmer eller bidragsytere i saksbehandlingen fra egne virksomheter, KS og brukerorganisasjonene.

Mulighetsrom 3: Kriterievalg

Det vurderes å endre kriteriene som legges til grunn for prioriteringsvalg i helsesektoren, jf. Prioriteringsutvalgets innstilling i november 2014.

Ytterpunktene i en drøfting av slike kriterier er kanskje:

- Rådet bør vurdere helseeffekter vs. kostnader
- Rådets bør legge et bredt samfunnsøkonomisk perspektiv til grunn for sine vurderinger
- Rådet bør legge andre etiske verdier til grunn, som f.eks. "alt liv er like mye verdt" eller "den som har bidratt mest til fellesskapet gjennom sitt lange liv har krav på å bli prioritert"

Dagens råd skal iht. Lønning II-utvalget vurdere helseeffekter mot kostnader. Norheimutvalget foreslår prioriteringskriterier ut fra et bredere samfunnsperspektiv, dog ikke en samfunnsøkonomisk analyse i full bredde.

Implikasjoner for organisering, sammensetning, rammebetingelser og arbeidsform

Valget av kriterier for rådets arbeid kan også få konsekvenser for hvordan rådet skal arbeide og være sammensatt. Enkelte har etterlyst helseøkonomisk og samfunnsøkonomisk kompetanse, andre juridisk, etisk eller annen kompetanse, med referanse nettopp til rådets vurderingsgrunnlag.

Vi mener at dette kan være relevant kompetanse å trekke inn i arbeidet, men mener at denne i stor grad bør kunne hentes inn gjennom sekretariatets forberedende og utredende arbeid.

9.3 Oppsummering – vurderinger og anbefalinger

Rådets mandat

Behovet for nasjonale prioriteringer av ressursene i helsesektoren er betydelig. Samtidig er det et politisk omforent ønske om å kunne tilby likeverdige helsetjenester på tvers av sektorer. Dette krever fortsatt et nasjonalt prioriteringsorgan som også bidrar til nasjonale og regionale retningslinjer for tjenestenivå og -tilbud. Det synes likevel å være en bred oppfatning om at rådets i sin nåværende form ikke bør fortsette. Mandatet må spisse og tydeliggjøres.

Råd og ønsker fra aktører og interessenter er ikke konsistente, og til dels motstridende. Vektingen av formål har ulike konsekvenser for organisering, sammensetning og arbeidsform.

Behovet for et nasjonalt prioriteringsforum er ikke mindre viktig i dag enn da rådet ble etablert. Vi mener at rådets viktigste egenskap, ved siden av prioriteringsrollen, er å kunne se den fragmenterte helsesektoren i sammenheng.

Vi anbefaler et spissere mandat, med tydelig vekt på prioriteringsoppgaven. Saker bør i hovedsak begrenses til problemstillinger som krever kunnskap om og som har implikasjoner på tvers av helsesektorene. Saker som i utgangspunktet kan betraktes som sektorproblemstillinger forutsettes behandlet i andre fora. Vi slutter oss til Prioriteringsutvalgets anbefaling om også å overlate kvalitetssaker til andre fora. Utfordres likhetsprinsipper for brukergrupper eller svekkes en felles tilnærming og harmonisering på tvers av regioner og kommuner, skal slike saker likevel kunne løftes inn i rådet.

Rådets rolle som "gate keeper" og prioriteringsorgan krever sterk intern styring og forankring opp mot direktoratet og sentrale budsjettstyringsprosesser. Oppgaven krever samtidig tydelige beslutningsråd som gir klare operative implikasjoner for sentrale virksomheter, helseforetakene, kommunene og andre aktører i helsesektoren.

Dette kan imidlertid utfordre rådets evne til å forankre og bygge aksept for rådets beslutninger. Dette ser vi er en helt nødvendig egenskap i en sektor preget av et stort antall selvstendige kommuner og aktører innen primærhelsetjenesten, i tillegg til en regionalisert spesialisthelsetjeneste med en kompleks styringsstruktur og sterke faglige agendaer.

Også vår anbefalte spissing, eller plassering av rådets mandat i "mulighetsrommet", innebærer derfor noen dilemmaer og utfordringer når det gjelder organisering og arbeidsform.

Organisering, sammensetning, rammebetingelser og arbeidsform

Med utgangspunkt i vår anbefaling om at rådet skal fokusere på tverrsektorielle, "helhetlige" problemstillinger, anbefaler vi fortsatt et bredt sammensatt råd. Dette gir rådet en bredere kontaktflate ut i helsesektoren, men kan være en utfordring for effektive forhandlinger og beslutningsprosesser i rådet.

Som prioriteringsorgan må rådets "uavhengige" rolle forstås innenfor en relativt snever kontekst der rådets handlefrihet er begrenset til prioriteringer av begrensede ressurser. Et eksternt og internt tydelig mandat vil etter vår mening gjøre det enklere for rådets medlemmer å utføre sin rolle, og være ambassadører for rådets beslutninger i sine organisasjoner.

Vi anbefaler at man myker opp dagens konsensuspraksis, men kombinerer dette med tydelige spilleregler og avstemningsrutiner i rådet for å redusere potensielle negative effekter mht. forankring og lojalitet til vedtakene. Vet alle at man kan bli stemt ned dersom man ikke finner en løsning alle kan slutte seg til, kan man i praksis få mer effektive drøftinger med aktiv, individuell søken etter konsensus. I tillegg bør det være en premiss i mandatet for det enkelte rådsmedlem at man plikter å forsvare rådets vedtak, også om man blir stemt ned. Utad bør det være kjent at vedtak kan tas med dissens, men stemmegivningen bør ikke kunne offentliggjøres.

I dag ledes rådet av helsedirektøren, mens direktørene for de regionale helseforetakene og sentrale helseinstitusjoner sitter i rådet. Vi mener dette er rett nivå for å kunne fatte og formulere prioriteringsvedtak med konsekvenser for virksomhetenes beslutningsprosesser og budsjetter.

Med et forsterket og tydeligere mandat som prioriteringsorgan, bør likevel rådet kunne ledes av andre som måtte være villige til å ta den krevende rollen. Et alternativ kan være en rotasjon av rådsleder mellom ledere fra spesialisthelsetjenestene (en regiondirektør), primærhelsetjenestene (en rådmann eller kommunalsjef, eventuelt en KS-leder) og direktøren fra Folkehelsa.

Valget av kriterier for rådets arbeid kan også få konsekvenser for rådets arbeid og sammensetning. Enkelte har etterlyst helseøkonomisk og samfunnsøkonomisk kompetanse, andre juridisk, etisk eller annen kompetanse, med referanse nettopp til rådets vurderingsgrunnlag.

Vi mener at dette kan være relevant kompetanse å trekke inn i arbeidet, men mener at denne i stor grad bør kunne hentes inn gjennom sekretariatets forberedende og utredende arbeid.

Mer aktiv akkvisisjon av saker?

Rådets mandat ble i 2011 utvidet til også å omfatte kommunehelsetjenesten, samt befolkningsrettede tiltak. Evalueringen gir grunnlag for å si at rådet i liten grad har drøftet saker som angår prioriteringer og kvalitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Når vi samtidig vet at kommunehelsetjenesten legger beslag på store ressurser (like mye som spesialisthelsetjenesten), er anbefalingen at rådet i fortsettelsen kan vie større oppmerksomhet mot denne tjenesten.

Bedre informasjonsarbeid

Evalueringen har vist at det er behov for bedre profilering av rådet og av sakene som er til behandling i rådet. Undersøkelsen blant kommunene gir inntrykk av at rådets mandat og virke er

lite kjent i kommuneledelsen. I neste omgang betyr dette at det kommer få forslag til behandling i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering fra kommunene og de som er ansvarlig for kommunale helse- og omsorgstjenestene. Forslagene som angår kommunale helse- og omsorgstjenester og som har kommet til behandling i rådet, har uten unntak kommet fra forslagsstillere som er medlemmer i rådet.

Evalueringen har videre vist at det er rom for forbedring av informasjonshåndteringen knyttet til rådets virksomhet, særlig i forkant av møtene. Her ønsker sekretariatet et klarere og større ansvar enn det som er tilfelle i dag.

Vi anbefaler også rådet å bruke media mer aktivt og delta i den offentlige debatt om behovet for vanskelige prioriteringsvalg.

Sekretariatets rammebetingelser

Det er mye som tyder på at sekretariatet har knappe og noe uforutsigbare rammebetingelser. Risikoen er at det er vanskelig å opprettholde god og kontinuerlig kompetanse i rådet. Anbefalingen er at departementet skaper større forutsigbarhet i rammebetingelsene enn det som har vært tilfelle i den senere tid.