

**Helse- og omsorgsdepartementet**  
**Postboks 8011 Dep**  
**0030 Oslo**  
**Att. Are Forbord**

MOTTATT  
- 7 DES 2015  
DSS: Skanning

Vår ref.  
2015/595 - 7376/2015

Deres ref.  
15/3922 1

Saksbehandler  
Henrik Andreas Sandbu, 74 83 99 63

Dato  
18.11.2015

### Høringsuttalelse - På ramme alvor - Alvorlighet og prioritering

Helse Midt-Norge RHF viser til høringsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet om ovennevnte rapport fra arbeidsgruppe, med høringsfrist 18. desember 2015.

Arbeidet er en oppfølging av NOU:2014 Åpent og rettferdig – prioritering i helsesektoren.

Arbeidsgruppen har fått som mandat å gjennomføre en bred vurdering av hvordan «alvorlighetskriteriet» kan brukes i prioriteringsbeslutninger i helsetjenesten, mer spesifikt å gjennomføre en drøfting av hvordan alvorlighet forstås, beskrives, måles, vektlegges, og kan brukes i lov og forskrift.

Arbeidsgruppen kommer med tre anbefalinger:

- At alvorlighet gjeninnføres som et inngangskriterium for vurdering av rett til nødvendig helsehjelp, og at pasient- og brukerrettighetsloven endres i tråd med dette.
- At mekanismen med et nasjonalt organ for innføring av legemidler og metoder i spesialisthelsetjenesten (p.t. beslutningsforum), lovfestes.
- En presisering av alvorlighetsvurderingen i «blåreseptforskriften».

Helse Midt-Norge RHF støtter alle tre forslagene.

### Utdypende kommentarer.

Helse Midt-Norge RHF mener arbeidsgruppen har gjort et grundig arbeid i henhold til mandatet. Helse Midt-Norge RHF skrev i sitt hørings svar til NOU21004:12 at «(d)et savnes en grundigere analyse av hvordan nåværende kriterier praktiseres, og hvor de eventuelt er problematiske eller kommer til kort». Vi skrev også at vi ikke kunne se at utvalget hadde gått substansielt inn i problemstillinger om hvordan kriteriene «alvorlighet», «nytte» og «kostnadseffektivitet» møter dagens prioriteringsutfordringer, og hvordan de kunne utdypes og presiseres.

Helse Midt-Norge RHF var også skeptiske til at kriteriet «helsetap», der helsetap også tidligere i livet vil gi økt prioritet, delvis kom til erstatning for alvorlighetskriteriet.

Vi mente i tillegg at Norheimutvalget var for ambisiøs i sitt mål om å utforme gjennomgående prioriteringskriterier som skulle kunne gjelde for hele feltet av prioriteringsbeslutninger, fra

forebygging til behandling, på gruppenivå og individuelt, og fra overordnet politisk nivå til det nære møtet mellom behandler og pasient.

Det foreliggende arbeid svarer på disse innvendingene.

Arbeidsgruppen har en grundig gjennomgang av forskjellige aspekter ved prioritering og alvorlighet.

Den er på linje med Nordheimutvalget i valg av gode leveår som et mål for helsegevinst/tap, men kommer til en annen konklusjon i hvilken vekt det legges på de forskjellige aspektene i dette.

#### *Om alvorlighetskriteriet*

Arbeidsgruppen skriver at alvorlighetskriteriet bør utformes på to måter. Til bruk i klinisk praksis og ved fastsettelse av frist for behandling foreslås det en bred tekstlig beskrivelse. Ved prioritering på gruppenivå, som ved innføringa av nye metoder, nye legemidler eller større folkehelseiltak, foreslås det en mer spisset, operasjonaliserbar form. Den operasjonaliserte versjonen bygger på den tekstlige, men vil kunne appliseres ved gruppebaserte tilnæringer. Arbeidsgruppen har foreslått følgende beskrivelse for vurdering av alvorlighet som prioriteringskriterium: Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden, og en tilstands alvorlighet vurderes utfra risiko for død eller funksjonstap, graden av fysisk og psykisk funksjonstap, og graden av smerter, fysisk eller psykisk ubehag.

Helse Midt-Norge RHF mener dette gjenspeiler hvordan alvorlighet forstås og praktiseres i den kliniske, behandlingmessige kontekst. Alvorlighet forstås og vurderes både ut fra prognosetap-forstått som grad av funksjonstap og livslengde, omfang av lidelse, og i hvilken grad intervensjonen haster. Tilnærmingen åpner også for at andre aspekter som ikke fanges opp gjennom en snever prioriteringstankegang, så som pasientens autonomi og ønsker i behandlingssituasjonen, og problematikk omkring lindrende behandling, tas med i den totale vurderingen.

Arbeidsgruppen anbefaler at tidligere helsetap ikke tas med i vurderingen av alvorlighet. Dette kriteriet lar seg vanskelig rettferdiggjøre i en klinisk sammenheng, der det vil kunne bli forstått som en nedprioritering av tidligere friske pasienter. En slik prioritering vil ikke ha legitimitet eller kunne få gjennomslag i behandler-situasjonen.

Arbeidsgruppen går også inn for å måle prognosetap som «absolutt prognosetap» fremfor som «relativt prognosetap». Dette lar seg også applisere på gruppenivå ved vurdering av innføring av nye metoder, nye legemidler eller ved forebyggende arbeid. Arbeidsgruppen har argumentert godt for dette standpunktet.

Et av ankepunktene mot Norheimutvalget var en forståelse av at de valgte prioriteringskriteriene ville kunne virke aldersdiskriminerende. I det foreliggende arbeid ses det ingen grunn til at alder innføres som et selvstendig kriterium ved siden av alvorlighet. Et tilbud som er etablert, skal tilbys alle pasienter som vil kunne ha nytte av det. Bruk av absolutt prognosetap vil imidlertid gi tiltak som retter seg mot pasientgrupper som rammes tidlig, høyere prioritet enn de som retter seg mot eldre grupper, men i seg selv ikke virke aldersdiskriminerende.

#### *Om alvorlighet som vilkår for «rett til helsehjelp»*

Arbeidsgruppen er kritisk til at alvorlighet (og forventet nytte og at kostnader må stå i et rimelig forhold til tiltakets effekt), etter endringen av pasient- og brukerrettighetsloven av 21. juni 2013, ble fjernet som vilkår for rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. I det nye lovverk har alle pasienter som trenger helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, nå en rett til dette. En prioritering som tidligere ble foretatt etter tre akser, alvorlighet, forventet nytte, og kostnadseffektivitet, er nå redusert til en prioritering langs en akse, nemlig tid, forstått som hvilken medisinsk forsvarlige frist som skal settes.

Som arbeidsgruppen skriver, vil dette kunne gi en hensiktsmessig prioritering ved prioriteringstidspunktet, men gir ingen mening som prioriteringsverktøy ved oppfyllestidspunktet. Da vil alle pasienter, de alvorlig syke så vel som de med «banale» lidelser

eller tilstander, ha samme rettighet og prioritet. Det vil ved ressursknapphet kunne gi pasienter med lavt hjelpebehov helsehjelp på bekostning av pasienter med alvorlige lidelser. Arbeidsgruppen foreslår at en på ny innfører de tre tidligere kriteriene for «rett til nødvendig helsehjelp» i lovverket, altså at en vender tilbake til tidligere rettstilstand på området. En vil da både ha en terskel for å tildele rett til helsehjelp, og gjennom de foreslåtte endringer i prioriteringsforskriften, også gi kriterier for å vurdere pasientens plass i køen. Helse Midt-Norge RHF støtter dette synspunktet, og viser i den forbindelse til vår høringsuttalelse om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven, datert 07. jan. 2013. Det anbefales at en da også ser på andre aspekter ved loven, så som helseforetakenes meldeplikt til HELFO ved pliktbrudd, og som en nå vil ha erfaringer med hensiktsmessigheten av.

*Om betalingsvilje og alvorlighet*

Arbeidsgruppen foreslår en mer finmasket inndeling for betalingsvilje for ulike grader av helsetap og ressursbruk. Det foreslår også nedre grense for når et tiltak skal vurderes som kostnadseffektivt, og en øvre grense for betalingsvilje for et godt leveår. Helse Midt-Norge RHF finner disse vurderingene rimelige.

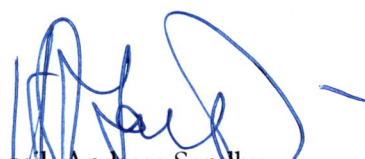
*Om lovregulering av et organ for innføring av nye metoder og legemidler*

Helse Midt-Norge RHF støtter at denne mekanismen lovreguleres, både for å gi den en sterkere forankring, og gjøre den uavhengig av den nåværende organiseringen av spesialisthelsetjenesten.

Med vennlig hilsen



Stig Slørdahl  
Administrerende direktør



Henrik Andreas Sandbu  
Ass. direktør for helsefag, forskning  
og utdanning