

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Vår referanse:

15/01315-3

Deres referanse:**Dato:**

18.12.2015

Saksbehandler:

Martha Østbye, +47 995 46 532

Høring - På ramme alvor - Alvorlighet og prioritering

1 Innledning

Helse Sør-Øst RHF avga i brev av 12.03.2015 høringsuttalelse til NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten (Norheim-utvalget). Det ble i denne høringsuttalelsen gitt uttrykk for at det var behov for å konkretisere hvordan forslagene kan operasjonaliseres, og etter hvert implementeres. Helse Sør-Øst sluttet seg til de fire hovedprinsippene, men pekte på at prinsippet om «flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt», var det mest krevende og utfordrende å formidle.

Det ble videre etterlyst en mer gradert eller kontinuerlig modell enn «trappetrinnsmodellen» med tre grader av helsetap, som var foreslått. Videre problematiserte vi konsekvensene av at alvorlighetskriteriet var tatt ut som inngangsvilkår i prioriteringsregelverket, gjennom de da vedtatte endringene som trådte i kraft 1. november 2015.

Slik Helse Sør-Øst RHF ser det, svarer anbefalingene i rapporten «På ramme alvor - alvorlighet og prioritering» opp flere av de utfordringene som det regionale helseforetaket pekte på i høringssvaret. Rapporten «På ramme alvor» gir god presisering, utdyping og på noen områder justering til Norheim-utvalgets rapport.

2 Alvorlighetskriteriet

Helse Sør-Øst RHF ser det som nødvendig at prioriteringskriterier er forståelige, transparente og oppfattes som rettferdige. I rapporten «På ramme alvor» tydeliggjøres det at alvorlighet kan beskrives på ulike måter, for ulike formål. Ekspisitt betyr det at kriteriet kan beskrives bredt og kvalitativt til bruk i møtet med pasienten, og mer spisset for beslutningen på gruppenivå.

Alder og prioritering

Norheim-utvalget innførte "80 gode leveår" som referansenivået for helsetap. Dette ble i deler av den offentlige diskusjonen oppfattet som å kunne få som konsekvens at eldre pasienter ikke skulle få den hjelpen de trengte. Rapporten «På ramme alvor» fastslår gjeldende hovedprinsipp i helsetjenesten om at når et tilbud er etablert skal det normalt tilbys alle pasienter som vil kunne ha nytte av det. Helse Sør-Øst RHF slutter seg til dette som hovedprinsipp.

Tap av helse i fortid og framtid

Norheim introduserte tap av helse i fortid som nytt element, i forhold til Lønning I og II. Dette revurderes i «På ramme alvor» hvor nå-situasjonen, varighet og tap av framtidig gode leveår har betydning for graden av alvorlighet. Helse Sør-Øst RHF slutter seg i hovedsak til uttalelsen i «På ramme alvor» om at helsetjenestens oppgave er å bekjempe sykdom og fremme helse, men ikke å kompensere for et tidligere tap av helse. Helse Sør-Øst RHF vil imidlertid understreke at det i praksis kan være eksempler på at det vil oppfattes rettferdig at man hensyntar helsetap over livsløpet.

Helse Sør-Øst RHF mener at det på gruppenivå vil kunne være grunn til å vektlegge tidligere helsetap ved prioritering som f.eks gjelder innføring av nye behandlingsmetoder. Dette vil særlig kunne gjelde for grupper av pasienter med diagnose hvor det ikke tidligere har vært effektiv behandling.

Bruk i klinisk praksis (individenivå)

I «På ramme alvor» beskrives alvorlighet til bruk i klinisk praksis bredt og som følger:

Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra:

- Risiko for død eller funksjonstap
- Graden av fysisk og psykisk funksjonstap
- Smerter, fysisk eller psykisk ubehag.

Både nå-situasjonen, varighet og tap av framtidige leveår har betydning for graden av alvorlighet. Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med helsehjelpen. Helse Sør-Øst RHF slutter seg til at dette fanger opp de sider ved alvorlighet som er de viktigste på klinisk nivå. Helse Sør-Øst RHF slutter seg videre til at klinikerne fortsatt må ha anledning til å vurdere hvorvidt spesielle aspekter ved pasient og situasjon bør tas hensyn til i møtet med pasienten.

Operasjonalisert til bruk ved beslutninger om tiltak på gruppenivå

I «På ramme alvor» foreslås absolutt prognosetap som det beste målet på tap av framtidig helse. Det tar opp i seg både risiko for død, ubehag og funksjonstap. Dette er et begrep som er intuitivt forståelig, og som Helse Sør-Øst RHF mener vil stemme overens med befolkningens og helsepersonells oppfattelse av alvorlighet.

Samtidig vil det være tilfeller hvor helsetap over livsløpet vil ha betydning ved beslutninger på gruppenivå.

Forebygging og komorbiditet

Helse Sør-Øst RHF slutter seg til arbeidsgruppens vurderinger.

Implementering

Helse Sør-Øst RHF ser det som viktig at prioriteringspraksis samstemmes. Dersom prioriteringsregelverket igjen vil bli endret som følge av stortingsmeldingen som nå skal utarbeides, må prioriteringsveilederne endres, det må lage opplæringsprogram for helsepersonell og administratorer for å bidra til slik samstemming og gjerne også opplegg for informasjon til befolkningen generelt og pasienter spesielt. I forhold til klinisk praksis vil de kliniske etikk-komiteene være sentrale. Stor grad av brukermedvirkning gjennom etablerte system vil være en styrke.

Helse Sør-Øst RHF slutter seg således til at det ved implementering av nytt lovverk/ ny praksis som kan følge etter Norheim- og Magnussen-rapportene, er viktig med tiltak for samstemming av prioriteringspraksis. Dette er avgjørende for å sikre pasientene likeverdige tilbud.

3 Alvorlighetsgradens betydning i den samlede prioriteringsbeslutningen

Prioritering, alternativkostnad og beslutningsgrunnlag

Utgangspunktet for prioriteringsbeslutningene som diskuteres her er at de gjøres innenfor en tildelt ramme, slik at innføring av nye og /eller dyrere behandlingstilbud vil fortrenge andre behandlingstilbud. For å sikre en rettferdig fordeling og samlet sett god ressursutnyttelse bør det være kjent hva som fortrenkes når det vurderes å innføre en ny metode eller som det står i rapporten:

”Dette betyr at beslutningstaker ved vurdering av om man skal iverksette et nytt tiltak må spørre: Vil helsegevinsten hos dem som mottar dette nye tiltaket være større enn tapet av helse hos dem som nå får færre tjenester? ”

Helse Sør-Øst RHF ser at det ville være en fordel om alternativanvendelsen og kjennskap til hva som fortrenkes ved en evt. innføring av en ny metode ble bedre belyst i beslutningsgrunnlaget ved innføring av nye metoder. Samtidig vil dette være vanskelig i praksis, spesielt ved vurdering på tvers av pasientgrupper/ulike diagnoser.

«Gode leveår» eller kvalitetsjusterte leveår brukes i dag og fremover for å kvantifisere helseeffekt til bruk i prioriteringsbeslutningene. Styrken og svakheten er at «gode leveår» er en syntese av verdier som gjør at ulike kombinasjoner av levetid og livskvalitet kan få samme skåre. Det bør derfor på en oversiktlig og standardisert måte være mulig for beslutningstakerne å se hva som ligger til grunn for beregningen av helseeffekt. Slik kan det inngå i den kvalitative vurderingen, som Helse Sør-Øst RHF i likhet med arbeidsgruppen mener fortsatt bør være en del av beslutningsprosessen også på gruppenivå.

Gradert betalingsvillighet

Helse Sør-Øst RHF støtter en differensiert betalingsvillighet basert på alvorlighetsgrad. I vår høringsuttalelse til NOU 2014:12 problematiserte vi de store forskjeller i betalingsvillighet, som følge av den foreslåtte tre-trinnmodell. Vi mener at dette er imøtekommet og ivarettatt på en bedre måte med en inndeling i seks alvorlighetsgrupper med differensiert og gradert krav til kostnadseffektivitet.

Helse Sør-Øst RHF deler arbeidsgruppens oppfatning av at den øvre grense for betalingsvillighet må være en politisk beslutning, samt at det bør settes i gang et arbeid for å få et estimat for kostnad per gode leveår vunnet i den norske helsetjenesten. Inntil slik informasjon foreligger er

Helse Sør-Øst RHF enig med arbeidsgruppen i at det fremlagte tentative forslaget for forholdet mellom absolutt prognosetap og øvre betalingsvillighet for et godt leveår kan benyttes i prioriteringsbeslutningene.

Alvorlighet målt som absolutt prognosetap betyr i modellen med seks alvorlighetsgrupper at pasienter med kort gjenværende levetid allerede prioriteres høyt. Helse Sør-Øst RHF er enig med arbeidsgruppen i at det derfor ikke bør innføres et «end-of-life»-kriterium, men at dette er ivare tatt ved å bruke alvorlighetskriteriet slik det er foreslått.

4 Hvordan kriteriet alvorlighet kan spesifiseres i relevant regelverk, veiledere og retningslinjer

Arbeidsgruppen har fremmet flere forslag til lov- og forskriftsendringer, og skiller også her mellom alvorlighet i klinisk prioritering og alvorlighet ved tiltak på gruppenivå.

4.1 Alvorlighet i klinisk prioritering

Her presenterer arbeidsgruppen 3 alternative forslag til regulering:

Alt. 1. Alvorlighet inn i louteksten som tilkår

Det foreslås endringer i pbrl. § 2-1 b fjerde ledd og prioriteringsforskriften § 2 som innebærer at prioriteringskriteriene løftes tilbake fra forskrift til lov, samt at alvorlighet igjen vil få betydning for hvem som skal få rett til nødvendig helsehjelp. Det er dette alternativet som først og fremst anbefales av arbeidsgruppen.

Helse Sør-Øst RHF støtter forslaget om at prioriteringskriteriene bør forankres i lov og ikke bare i forskrift. Helse Sør-Øst RHF vurderer det også som positivt at det i beskrivelsen av alvorlighet skilles mellom alvorlighet ved terskelen for å få rett til nødvendig helsehjelp og alvorlighet når pasienters plassering i køen vurderes (prioriteringsforskriftens §§ 2 og 2a).

Forslaget innebærer en tilbakegang til lovsituasjonen før lovendringene fra 2013 som trådte i kraft nå 1. november. Det vil medføre at det igjen blir nødvendig å skille mellom pasienter som får rett til nødvendig helsehjelp og pasienter som spesialisthelsetjenesten skal gi et tilbud, men som ikke får rett til nødvendig helsehjelp med en juridisk frist. Opphevelsen av dette skillet ble i lovforarbeidene til lovendringene i 2013 fremhevet som ønskelig både fordi skillet kunne være vanskelig å praktisere, og fordi det var vanskelig for pasienter å forstå hvorfor de ikke skulle få rett til den helsehjelpen spesialisthelsetjenesten vurderte å være nødvendig.

Helse Sør-Øst RHF støttet departementets ønske om å forenkle regelverket for mottak og håndtering av henvisninger i høringsvaret som ble gitt i 2013. Helse Sør-Øst RHF pekte samtidig på at selve bruken av juridiske rettigheter på medisinske avgjørelser er utfordrende, da disse nødvendigvis ofte vil måtte treffes på usikkert grunnlag. Helse Sør-Øst RHF fremhevet at de foreslåtte lovendringene ville gjøre det vanskeligere å fastsette den juridiske fristen for pasienter med mindre alvorlige tilstander, fordi dette innebærer risiko for at styrking av rettigheter for noen vil kunne gå ut over pasienter som trenger helsehjelpen mer.

Helse Sør-Øst RHF mener erfaringene fra arbeidet med å revidere prioriteringsveilederne har vist at det er grunn til bekymring for slike utilsiktede virkninger. Som arbeidsgruppen peker på i vurderingene på s 59 (punkt 6.3), vil det for en del tilstander være vanskelig å fastslå hva som vil være siste forsvarlige oppstartstidspunkt for helsehjelpen. Når fastsettelsen av fristdatoen er usikker, blir det et problem at tilstander med liten alvorlighets- og hastegrad vil kunne få høyere

prioritet på oppfyllestidspunktet enn tilstander med større haste- og alvorlighetsgrad. Den nye plikten spesialisthelsetjenesten har til å melde forventede og inntrufne fristbrudd til HELFO, bidrar samtidig til å styrke rettsstillingen til pasienter med mindre alvorlige tilstander ytterligere.

Erfaringene fra arbeidet med å revidere prioriteringsveilederne tyder videre på at det er fare for at etterspørselen etter spesialisthelsetjenester vil øke etter 1. november, ettersom vurdering av alvorlighet ikke lenger er en del av det sentrale inngangskriteriet.

Helse Sør-Øst RHF mener det blir svært viktig å følge med på hvilken effekt lovendringene vil få, og om / i hvilken grad man vil oppleve uheldige følger i praksis som det er pekt på over. Helse Sør-Øst RHF deler i stor utstrekning arbeidsgruppens vurderinger under punkt 6.3, og mener departementet nå bør utrede nærmere også alternativ 1, selv om en full tilbakegang til lovsituasjonen før 1. november forutsetter nye endringer av prioriteringsveiledere, IKT-systemer med mer. Som det fremgår nedenfor, mener Helse Sør-Øst RHF at det bør gjøres en ny, bred vurdering av regelverket om prioritering i forbindelse med arbeidet med stortingsmeldingen.

Alt. 2. Beholde lovreguleringen, men alvorlighet tydeliggjøres i prioriteringsforskriften

Forslaget innebærer en tydeliggjøring av at en tilstands alvorlighet bør få større oppmerksomhet i prioriteringsvurderingene som skal foretas i klinikken, noe Helse Sør-Øst RHF støtter. Det at bruken av alvorlighet i dette alternativet ikke vil få betydning som en terskel for hvem som skal få rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste, løser imidlertid ikke prioriteringsutfordringene som er pekte på over knyttet til pasienter med mindre alvorlige tilstander.

Alt. 3. Svekke oppfylleelsesretten slik at spesialisthelsetjenesten står "friere" med hensyn til om pasienter med lavere prioriteringsgrad på oppfyllestiden kan stå tilbake for pasienter med mer alvorlige tilstander, ut fra en klinisk forståelse.

Som arbeidsgruppen selv påpeker vil dette kunne være en måte å sikre at mer alvorlige tilstander prioriteringsmessig kan gå foran mindre alvorlige tilstander, men et slikt forslag vil samtidig svekke verdien av det opprinnelige rettighetsvedtaket. Arbeidsgruppen viser til at de ikke har hatt rom til å utrede denne muligheten nærmere, og Helse Sør-Øst RHF mener at departementet bør følge opp med en slik utredning, både som et selvstendig alternativ og eventuelt sammen med alternativ 1 eller 2. Helse Sør-Øst RHF støtter også at det blir gjort en ny vurdering av om det bør være pasienten eller helseforetaket som skal varsle HELFO for å realisere oppfylleelsesretten.

Oppfølgingen av arbeidsgruppens forslag bør generelt ses i sammenheng med evalueringen av effekten av regelendringene som akkurat er trådt i kraft. I det videre arbeidet med stortingsmeldingen om prioritering, mener Helse Sør-Øst RHF det kan være grunn til å se på regelverket om prioritering helt på nytt. Det vil være fornuftig både med et blikk bakover på utviklingen som har vært, og med et blikk fremover der også nyere måter å sikre kvalitet og forsvarlighet i pasientforløpene kan stå sentralt, som f.eks pakkeforløpmetodikken/ annen bruk av faglige føringer. Helse Sør-Øst RHF bidrar gjerne inn i et slikt arbeid.

Avslutningsvis vil Helse Sør-Øst RHF benytte anledningen til å ta opp en problemstilling knyttet til jussens plass i pasientforløpet, som vi mener burde belyses bedre. Det gjelder forholdet mellom selve rettighetsvurderingen og de senere avgjørelsene som løpende tas gjennom pasientforløpet. Gjennom prioriteringsprosjektet er det tydeliggjort at vurderingen av om en pasient har rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste eller ikke, med fastsettelse av juridisk frist, skal skje når henvisningen første gang mottas i spesialisthelsetjenesten, dvs. ved oppstarten av pasientforløpet. Det skal i hovedsak derfor ikke foretas nye rettighetsvurderinger gjennom

forløpet, men treffes faglige beslutninger om innholdet i helsehjelpen som pasienten skal tilbys ut fra en individuell vurdering. Faglige veiledere gir her viktige føringer.

Sykehusenes erfaring fra klagesaker tyder imidlertid på at fylkesmennene/Statens helsetilsyn i økende grad synes å legge til grunn at det skal foretas nye rettighetsvurderinger av konkrete behandlingstilbud gjennom forløpet, noe som har ført til usikkerhet om hvordan slike beslutninger skal treffes, og eventuelt også senere overprøves av domstolene (er alle medisinske avgjørelser nå blitt forvaltningsvedtak?). Det vises i denne forbindelse til punkt 7.5 i Statens helsetilsyns veileder i behandling av klagesaker etter pasient- og brukerrettighetsloven. Helse Sør-Øst RHF mener det er grunn til å stille spørsmål ved om det bør presiseres ytterligere i lovteksten at det normalt ikke skal foretas nye rettighetsvurderinger i løpet av behandlingsforløpet i spesialisthelsetjenesten. Dagens usikkerhet åpner også for at pasienter "skriver seg ut" og henvises på nytt, kanskje direkte til et regionalt tjenestetilbud, for å oppnå nye rettighetsvurderinger. Muligheten enkeltpasienter har for å få slike senere "delrettighetsvurderinger" av ethvert tiltak spesialisthelsetjenesten beslutter, vil kunne få betydning for innholdet i tjenestetilbudet, og derved også for prioritering. Helse Sør-Øst RHF mener det er behov for å klargjøre hvordan beslutninger om innholdet i helsehjelpen som tas gjennom pasientforløpet skal gjennomføres, og ber departementet vurdere om det er behov for å tydeliggjøre forskjellen på rettighetsvurderinger ved oppstart og senere beslutninger om enkeltdeler av behandlingen i et pasientforløp, bedre i regelverket.

4.2 Alvorlighet ved tiltak på gruppenivå

Helse Sør-Øst RHF støtter arbeidsgruppens forslag om å lovfeste ordningen med Beslutningsforum i spesialisthelsetjenesteloven § 4-4. Videre støtter Helse Sør-Øst RHF forslagene arbeidsgruppen har fremmet om endringer i blåreseptforskriften og legemiddelforskriften, som utgangspunkt for et videre utredningsarbeid.

Med vennlig hilsen
Helse Sør-Øst RHF



Cathrine M. Lofthus
administrerende direktør

sign.

Alice Beathe Andersgaard
fagdirektør

Vedlegg: Brukerutvalgets uttalelse

Helse Sør-Øst RHF

Vår referanse:

Deres referanse:

Dato:

15/01315

16.12.2015

BRUKERUTVALGETS INNSPILL TIL HELSE SØR-ØST RHF SITT HØRINGSSVAR TIL «PÅ RAMME ALVOR – ALVORLIGHET OG PRIORITERING

Brukerutvalget for Helse Sør-Øst RHF takker for anledningen til å gi innspill til Helse Sør-Øst RHF sitt høringssvar til «På ramme alvor».

Brukerutvalget avga innspill til Helse Sør-Øst RHF sin uttalelse til NOU 2014:12 «Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten». Brukerutvalget er tilfreds med at mange av de forhold som ble tatt opp i utvalgets uttalelse til «Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten» er justert og/eller klargjort i «På ramme alvor-alvorlighet og prioritering»

Brukerutvalget har gjennomgått Helse Sør-Øst RHF sin høringsuttalelse til På ramme alvor – alvorlighet og prioritering.

Brukerutvalget støtter Helse Sør-Øst RHF sin uttalelse. Utvalget ser det som særlig positivt at rapporten «På ramme alvor» fastslår gjeldende hovedprinsipp i helsetjenesten om at når et tilbud er etablert skal det normalt tilbys alle pasienter som vil kunne ha nytte av det. Brukerutvalget mener at tidligere sykdom skal ha betydning for prioritering av helsehjelp i fremtiden.

Med vennlig hilsen

Brukerutvalget Helse Sør-Øst RHF



Øistein Winje
leder