

Prioritering i spesialisthelsetenesta – rammeverk og ansvar

Notat til Helse- og omsorgsdepartementet

Januar 2006

Føreord

Arbeidet med dette notatet kom i stand ved at Avdeling for spesialisthelseteneste i Helse- og omsorgsdepartementet ba Helse Vest RHF og underteikna om synspunkt på temaene *kvalitet* og *prioritering* i norsk spesialisthelseteneste. Av mandatet for arbeidet går det fram at føremålet primært er å ”gi innspill av konseptuell og prinsipiell karakter og bidra med kunnskap på feltet” og ”komme fram til overordnet ramme for arbeidet med kvalitet og prioritering”.

I styringsdokumentet for 2004 fekk RHFa i oppdrag å utforme strategiar og tiltak for prioritering som kan settast i verk i RHFa. Arbeidet vert leia av AD Lars Vorland i Helse Nord RHF, og innstillinga vil truleg verte levert Helse- og omsorgsdepartementet våren 2006. Underteikna har vore med i denne gruppa. Synspunkta i dette notatet reflekterer eigne synspunkt, men dei er nok påverka av RHF-gruppa sine diskusjonar.

Under arbeidet har eg hatt ei RHF-oppnevnd gruppe (utpeika av dei administrerande direktørane) å ”spele ball med”. Desse har vore

- Direktør Finn Henry Hansen, Helse Nord RHF
- Professor Olav Helge Førde, Universitetet i Tromsø (tidlegare styreleiar i Helse Nord RHF)
- Viseadministrerende direktør Gunnar Bovim, St. Olavs Hospital, Trondheim (Helse Midt RHF)
- Viseadministrerende direktør Stener Kvinnsland, Helse Bergen HF (Helse Bergen RHF)
- Kst. fagdirektør Kristin Lossius, Helse Øst RHF
- Kst. fagdirektør Jon Haffner, Helse Sør RHF

Gruppa har vore samla til to heildagssamlingar der og sakshandsamarar frå Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har vore med (ikkje alle har vore med på begge samlingane).

Notatet er eit samla resultat av arbeidet. Notatet har vore på sirkulasjon for kommentering og synspunkt. Dokumentet er likevel mitt ansvar, og kan ikkje takast som eit omforeint synspunkt som bind deltakarane i gruppa til bestemte synspunkt eller løysingar. Notatet kan heller ikkje oppfattast som eit offisielt synspunkt frå leiinga i Helse Vest RHF (ut over det som er referert frå styrevedtak). Epilogen i dokumentet kom til i sluttfasen og har ikkje vore diskutert.

Eg takkar gruppa for spennande og viktige diskusjonar, og HOD sine medarbeidarar (spesialisthelsetenesteavdelingen) for venleg mottaking, mange og gode diskusjonar, og for nyttig realitetsorientering.

Stavanger i januar 2006.

Odd Søreide

I. Innleiing

Debatten om prioritering er ofte vanskeleg og forvirrande. Delvis skjer den på ulike nivå (strategiske vedtak på politisk nivå ned til kliniske beslutningar på individnivå). Delvis ved at prioriteringsprosessane kan vere opne og bevisste (men ikkje alltid formaliserte), men ofte er ukoordinerte, diskrete beslutningar som viser seg å ha konsekvensar for prioritering i ettertid.

Prioritering tyder å sette føre, gje forrang. Det inneber at dersom det ligg føre fleire beslutningsalternativ, vert desse rangordna. Det inneber vidare at om noko vert prioritert, vert noko anna sett bak eller kjem seinare. Det er lett å prioritere dersom ein berre omtalar det som vert sett føre. Og vert alt prioritert har prioriteringsomgrepet knappast noko meinig.

Det er ei erkjenning at mange beslutningar med prioriteringsmessige konsekvensar, ikkje vert fatta med prioritering for auge.

Noreg var tidleg ute med å utarbeide retningslinjer for prioritering i helsetenesta. Dei to Lønningutvala var i si tid banebrytande nyskapingar (NOU 1987:23 og NOU 1997:18). Det sentrale elementet i dei 2 NOU-ane var fokuset på opne og bevisste prioriteringar. Ein må sjå forsøka med venteliste- og ventetidsgaranti på 1990-talet som ein freistnad på å omsette Lønning-I-utvalet sine prinsipp i handling.

Ein gjennomgang av internasjonale erfaringar med prioriteringar utført av PrioriteringsCentrum i Sverige konkluderer likevel med at det praktiske arbeidet med prioritering ikkje har nådd særskilt langt i Noreg heller.¹ Det viser seg vanskeleg å etablere eit politisk eller opinionsmessig klima for å prioritere ned eller sei nei til ei helseteneste som det offentlege har teke ansvar for å finansiere eller levere. Det kan reisast spørsmål om det i det heile er kår for slike beslutningar knytt til sjukdom og død i eit av verdas rikaste land.

Ein vanske er at prioritering ikkje alltid er lett å skilje frå rasjonering. For dei som vert stilt bak, vil ein slik beslutning alltid verte oppfatta slik.

Sjølv omgrep som alternativkostnad er det vanskeleg å få forståing for; at ressursar har alternativt bruk og at nytten og verdien ved å bruke ressursane til alternative formål bør vurderast.

Prioritering inneber ulike typar vurderingar som vert vekta ulikt av interessentane i helsetenesta. Ei erkjenning er at utan etiske prinsipp og vurderingar, utan refleksjonar over omgrep som rettvis og verdigrunnlag, og utan rimeleg forståing i befolkninga for behovet for prioritering, framstår prioritering meir som ein teoretisk konstruksjon enn som praktisk realitet.

Den generelle prioriteringsdebatten i Noreg er ikkje levande ut over det som følgjer av pasientrettigheitslova. Stortinget vedtok i desember 2003 endringar i denne lova. Endringane i forskrifta som trådte i kraft 1. september 2004 innebar at spesialisthelsetenesta vart pålagt å fastsette ein konkret individuell frist for når retten til nødvendig helsehjelp seinast skal vere oppfylt. Debatten om prioritering i Noreg må revitaliserast. Slik sett kan HOD si bestilling til

¹ "Prioriteringar inom hälso- och sjukvård – erfarenheter från andre länder". PrioriteringsCentrum 2005:2 (<http://e.lio.se/prioriteringscentrum>).

dei regionale helseforetaka i 2004 om strategiar og tiltak iht. prioritering sjåast som eit initiativ i den lei (oppdraget vert skjøtta av Helse Nord RHF).

Sjølv om prioritering lett blir eit honnørord og ofte kan tolkast slik at alle skal få, er det likevel ei erkjenning hos mange på alle nivå i helsetenesta om at ressursane som vert stilt til disposisjon er avgrensa. Tall frå OECD viser at utgiftene til helseformål i Noreg er høge. Dette er i seg sjølv ikkje eit argument for prioritering. Det må her understrekast at det er politikkenes oppgåve og ansvar å styre ressursbruken til helseformål. Det ville vere urimeleg om fagmiljøa argumenterer for prioritering som ikkje er reflektert i ein politisk ambisjon og vilje til å problematisere dei vanskelege vala, dvs. gje prioritering eit meiningsinnhald.

Behovet for prioritering oppstår når det viser seg eit mishøve mellom etterspørsel/behov, og dei ressursane som vert stilt til disposisjon. Mange vil nok hevde at det er situasjonen i dag sjølv om vi som nasjon brukar ein aukande del av BNP til helseformål.

II. Internasjonale erfaringar i ein nasjonal kontekst

Rapporten frå PrioriteringsCentrum i Sverige (2005) som det er vist til tidlegare går gjennom dei internasjonale erfaringane med prioritering. Mi oppsummering av rapporten er at

- Ingen internasjonale erfaringar tilseier at det finns opne prioriteringsprosessar i noko land som sikrar at prioritering skjer med høg grad av legitimitet
- Ingen spesifikk teknikk eller definerte prioriteringsprosessar kan løyse prioriteringutfordringane
- Prioritering i det verkelege livet krev prosessar som fører fram til både ekstern og intern legitimitet
 - Ein ekstern legitimitet som tek sikte på at resultatane av prioritering kan akseptast av ålmenta (sosialt akseptable beslutningar etter forhandling)
 - Ein intern legitimitet som vert akseptert av helsetenesta sjølv
- Eit klassisk dilemma er avveginga mellom rettferdigheit og effektivitet.

Ole Frithjof Norheim peikar på² at det i den internasjonale faglitteraturen om helsepolitikk og prioritering knyter seg stor interesse for eit normativt rammeverk for vurdering av vitskapleg dokumentasjon og verdiar ved prioriteringsbeslutningar. Dette rammeverket er utvikla av Norman Daniels og Jim Sabin. Den berande ideen er at dei som fattar beslutningar skal haldast ansvarlege for å grunngje sine vedtak på ein rimeleg og relevant måte for dei som vert omfatta av vedtaka.

Rammeverket som vert kalla ”*Accountability for Reasonableness*” (opne og rimelege prioriteringar) stiller fire krav til prioriteringsbeslutningar (sjå figur). I figuren er det lagt inn argument for å hevde at vi i Noreg har det etiske rammeverket på plass og at vi noko på veg kan sei at vi på nasjonalt nivå er rimeleg skodd til å ha ein opne og gode prioriteringsprosessar.

Men etter mi meining manglar vi systemet som på nasjonalt nivå sikrar beslutningsprosessane og –grunnlaget for å få til ein betre og meir informert debatt. Og med få unntak; vi saknar kunnskap, engasjement og fagleg leiarskap for å ha gode og levande prioriteringsdiskusjonar i fagmiljøa ut over det vi av og til ser av spissformulerte påstandar i budsjettdiskusjonar.

² ”Praktisering av prioriteringsforskrifta i Helse Vest. Sluttrapport desember 2005”

”Ansvar for rimelighet”

Grunnlaget for prioriteringsbeslutninger må vere offentlige (<i>“publicity condition”</i>)	Lønning I + II Stortingsmelding om verdier
Grunnlaget (bevis, prinsipper) må anses å vere relevante for prioriteringsbeslutningene (<i>“relevance condition”</i>) av mennesker som har en følelse av rettferdighet (<i>“fair minded people”</i>)	Lønning I + II Stortingsmelding om verdier Kunnskapsgrunnlag – system?
Det må finnes mekanismer for å omprøve beslutningene og revidere dem i lys av nye bevis og argument (<i>“appeals condition”</i>)	Second opinion Klagenemd
Det må finnes en frivillig eller offentlig regulering av beslutningsprosesser for å se til at vilkår 1-3 oppfylles (<i>“enforcement condition”</i>)	Mangler system og data

Norman Daniels og James Sabin

I kvardagen ser det ut til at for praktiske formål, og utanfor akademiets analytiske tilnærming, skjer prioritering på fleire nivå samtidig og med heilt ulike tilnærmingar (sjå figur). Det finns ikkje eksempel – robuste over tid – som viser at ein open nasjonal prioriteringsdebatt fungerer.

Modeller

- Åpen nasjonal prioriteringsdebatt
 - Kjernetjenester (*Core services*) – bygge på hva?
 - Holland (Basic Medical Services)
 - Ingen gode internasjonale erfaringer robuste over tid
- Delegere til eksperter (UK)
 - Retningslinjer (Guidance)
 - Ulike ekspertorgan (Service frameworks)
- Delegere til praksisfeltet
 - Basert på juridiske rettigheter
 - Kliniske beslutninger
 - Retningslinjer vs. skjønn

New Zeeland gjorde på 1990-talet freistnad på å definere ein kjerne av helsetenester ("Core services") som skulle finansieras av det offentlege ut frå fastsette kriterier. Dette initiativet vart skrinlagt. Holland har og i den seinaste reforma (2004-2005) brukt omgrepet "Basic Medical Services". Men slik eg oppfattar det omfattar omgrepet det som vert gjort i dag, og inneber knappast eit element av prioritering.

På overordna nasjonalt nivå i Noreg har Staten eit ansvar for overordna fordeling av ressursar, innsatsar til definerte pasientgrupper og utvikling og styring av særskilde funksjonar. Dette vert kalla *førsteordensbeslutningar* som bestemmer mengde, tilgjengeleigheit og grad av offentlig ansvar for det som vert tilbydd. På RHF-nivå vil summen av alle førsteordensbeslutningar bestemme omfanget og retninga av føretaket sitt tilbod til befolkninga. RHF-nivået har og ei rammesettande oppgåve som går på å normere aktiviteten innan fagområder/spesialitetar, eller mellom offentlege eller private tilbydarar av tenester. Andre opne prioriteringsbeslutningar på nasjonalt og regionalt nivå framstår som meir vanskelege.

Ei alternativ og supplerande tilnærming til opne nasjonale prioriteringar finn ein i England der politikken i stor grad overlet til ekspertar (først og fremst gjennom National Institute of Health and Clinical Excellence [NICE] og gjennom dei såkalla National Service Frameworks) å gjere dei vanskelege prioriteringsvala. Eksempel på at dette er tilfelle finn ein ma. i politiske dokument (sjå figur).

Rasjonalitet

"The National Institute for Clinical Excellence, supported by its new Citizens Council will help the NHS to focus its growing resources on those interventions and treatments that will best improve people's health. By pointing out which treatments are less clinically cost-effective, it will help free up financial headroom for faster uptake of more appropriate and clinically cost-effective interventions. This is the right way to set priorities: not a crudely rationed core services"

The NHS Plan 2000, avsnitt 3.32

Den norske prioriteringsforskrifta er slik at pasientane får tildelt ein juridisk rett dersom ein tilfredstiller gjevne krav (som ikkje vert refererte til her). Krava inneber ein rasjonalitet som kan verke framandgjerande for mange helsearbeidarar fordi nytteomgrepet og vurderingar knytt til forholdet mellom nytte og kostnad, ikkje framstår like eintydige for alle. Det vert

enda vanskelegare fordi det og skal utvisast skjønn i den konkrete kliniske beslutningsituasjonen.

Beslutningar om kven som skal få eit helsegode vert kalla *andreordensbeslutningar*. Vi talar her eigentleg om to former for beslutningar; dei som dreier seg om å tilby rett diagnostikk, utgreiing eller behandling til grupper av pasientar, og det praktisk-kliniske nivået der det dagleg vert fatta beslutningar som gjeld enkeltpasientar.

Prioritering er beslutningar og beslutningar vert påverka

Prioriteringar dreier seg om beslutningar. Beslutningane vert fatta på ulike nivå i helsetenesta, og dei er ikkje alltid opne og formaliserte. Det synes som om dei aller fleste avgjerdene i helsetenesta er diskrete beslutningar der prioriteringsspørsmål knappast er relevante vurderingstema i tildeling av tenestetilbod ut over det som dreier seg om ventetid.

Beslutningar vert og påverka og figuren gjev eksempel på korleis oppgaver lagt på ulike nivå og verkemedel dei ulike nivåa har og brukar, kan påverke beslutningar som har prioriteringsmessige konsekvensar også i det pasientretta arbeidet.

HOD	Styringsvirkemiddel / indikatorer Finansiering (overføringsprinsipper), inkl. incentiv Fokus – ventelister (etterspørsel)
Myndighetsorgan • SHdir • SHT • Andre tilsyn	Omsetting av helsepolitikk (handlingsplaner, etc) – fag vs. politikk Tilsynspraksis (ulike forsvarligheter) Prioritering – alt like viktig Manglende styringsvirkemiddel (gode data) Manglende robuste systemer (gode og raske prosesser) Utdanning og spesialisering
RHF	Styringsfokus Manglende system for strategisk innholdsstyring
HF	Variende virksomhets- eller innholdsstyring – tar medisinen for gitt Ulike typer kapasiteter (poliklinikk, dagbeh., døgn) Strategiske tilpasninger ("produsentrolle")
Klinisk praksis	Sektorinteresser og etterspørsel (ventelister) Kunnskap og kunnskapsgrunnlag (behandling, innføring, informasjon av pas) Drivkrefter - kunnskap
Pasient / Individ	Rettighetsfesting Kategorisering (rett) Individuell ventetid (frist)
Primærhelsetjenesten	Gate-keeper-funksjonen

For spesialisthelsetenesta er avgjerdene i klinisk praksis dei viktigaste også i prioriteringssamanheng. Det er her ein genererer ressursbruk, det er her ein er med på å skape forventningar, det er her dei sterke drivkreftene i helsetenesta (sjå seinare) er verksame.

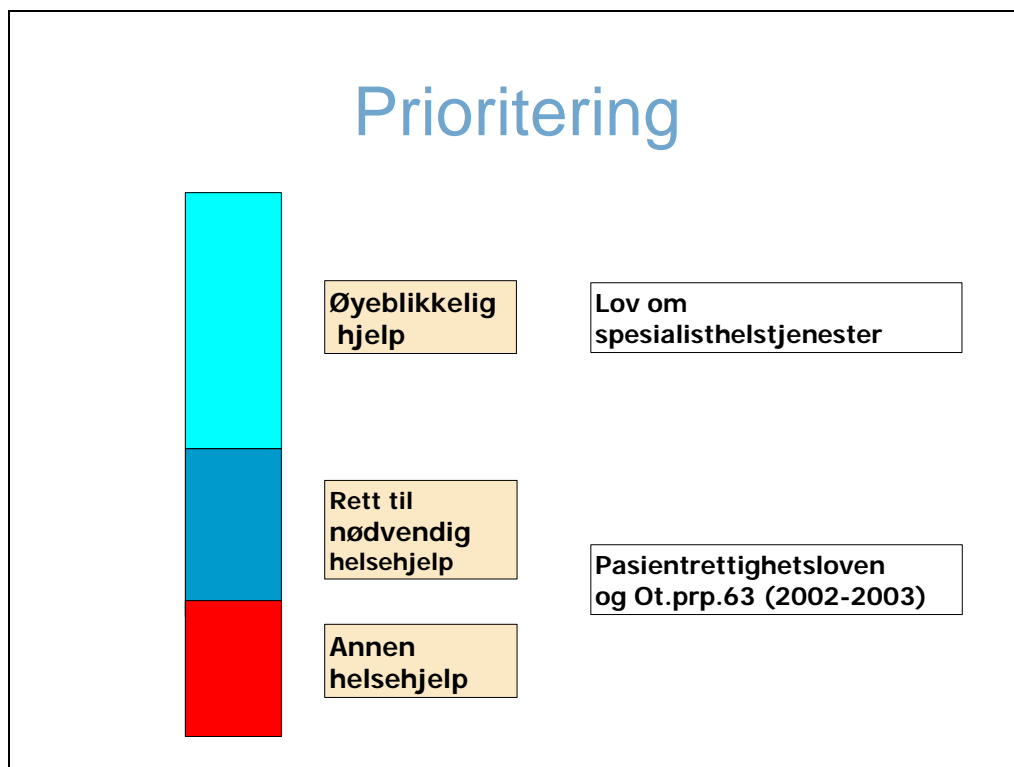
Og det kliniske nivå let seg og påverke av overordna nivå, spesielt finansieringsordningane slår tungt inn.

Det ligg utanfor mandatet å gje ei uttømmende oversikt over drivkreftene i helsetenesta ut over dei som følgjer av demografiske endringar. Men sentralt står

- Fagleg utvikling og nye medisinske metodar
- Indikasjonsglidning og ekspansjon i bruken av eksisterande metodar
- Fokus på risiko for sjukdom
- Etterspørsel og forventningar (på engelsk ofte kalla "consumerism")
- Større merksemd på rettar, jf. Pasientrettigheitslova
- Press forma av ventelister (etterspørsel).

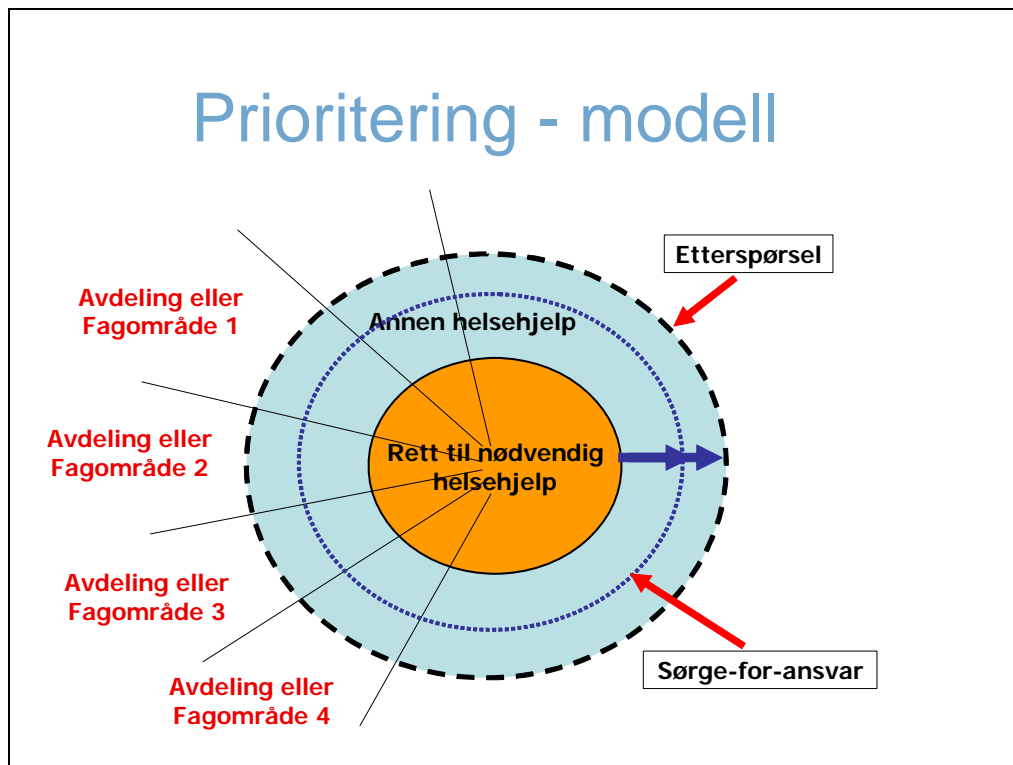
IV. Ein enkel modell for prioritering i spesialisthelsetenesta

I spesialisthelsetenesta vil ein måtte forhalde seg til 3 prioriteringskategoriar; retten til å yte ”søyeblikkelig hjelp” som er regulert av Lov om spesialisthelsetenester, og dei 2 prioriteringskategoriane (rett til nødvendig helsehjelp med individuell frist, og rett til annan helsehjelp, begge regulert av pasientrettighetslova og tilhøyrande forskrift (figur).



For elektiv (planlagt) verksemd vil ein idealmodell for prioritering vere som skissert i neste figur. Spørsmåla her vil i hovudsak omhandle

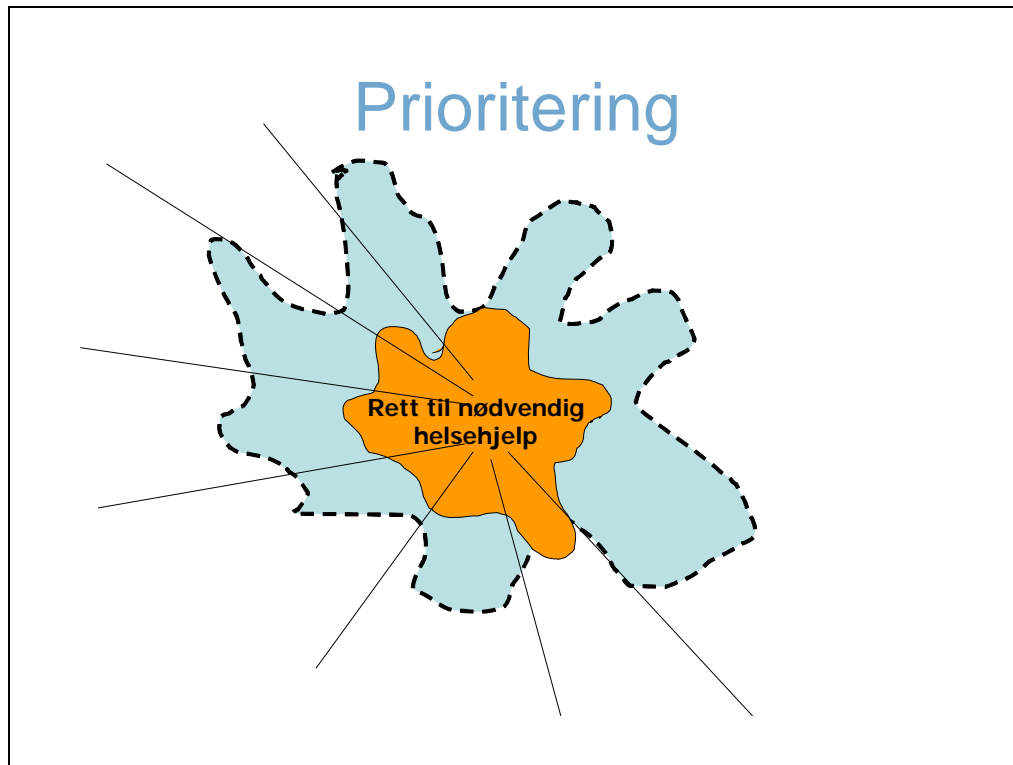
- Kor stor er/skal andelen vere av dei som er tildelt ”rett til nødvendig helsehjelp”?
- Kor omfattande er sørge-for-ansvaret i høve til den etterspurnad etter helsetenester som vi veit er der?
- Kva slags mekanismer har vi for å overvåke prioriteringspraksis i Noreg i dag?
- Korleis sikrar vi oss at prioriteringspraksis for gruppa med ”rett til annan helsehjelp” er i tråd med almen oppfatning i befolkninga?
- Korleis skal vi sikre oss at dei høgst prioriterte pasientane reelt sett får prioritet i ei tid der størrelsen på ventelister og noko utydelege ventetidsinformasjon står i høgsete?



Det kan vere grunn til å argumentere for at prioritering i dag kanskje ikkje går føre seg etter ein slik idealtypisk modell som vist over. På den andre sida er det grunnlag for å hevde at dei alvorlegaste sjuke vert rett prioriterte i norsk helseteneste i dag og får det helsetenestetilbodet dei skal ha. Problemet er meir det at omgrepet "alvorleg sjuk" også er tøyelig.

Ei særskilt utfordring er at utviklinga av og drivkrafta i dei medisinske tilboda gjer seg tungt gjeldande for dei alvorleg sjuke. Det er vanskeleg å avgrense (dvs. prioritere) i slike situasjonar.

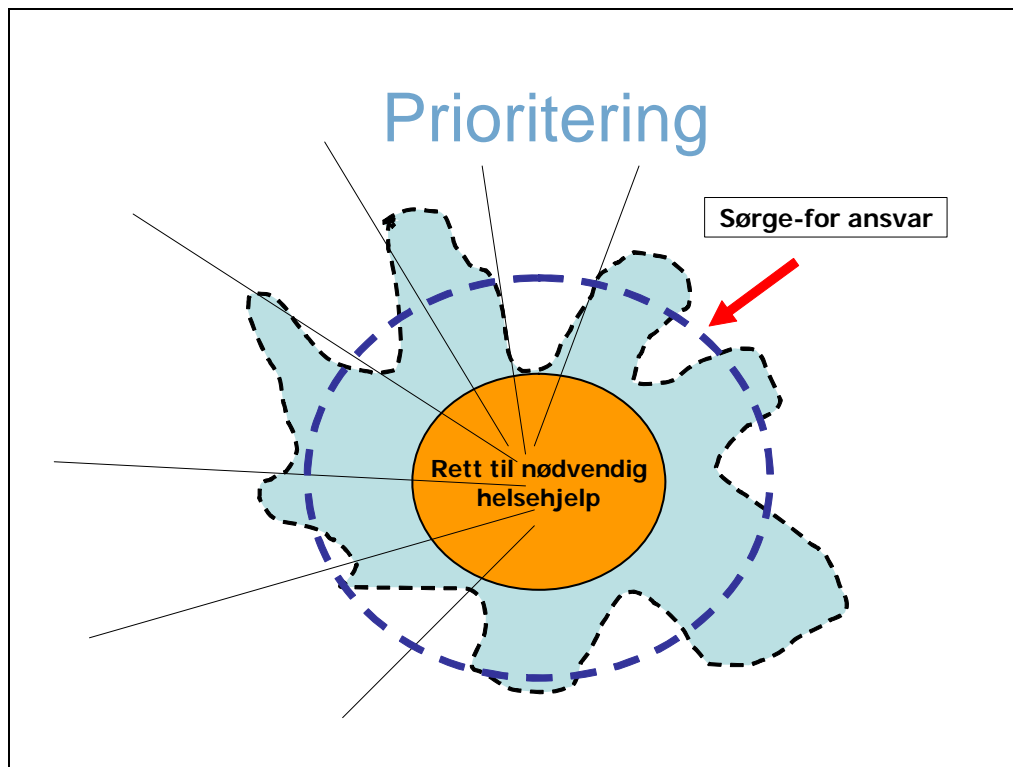
Sjølv om dei alvorleg sjuke får helsehjelp, kan det vere grunn til å hevde at prioriteringspraksis ikkje er så homogen i dei to prioriteringskategoriane som vi skulle ønskje (illustrert [og sjølv sagt karikert] i figuren som følgjer).



Utfordringa for samfunnet og for spesialisthelsetenesta er sjølvsagt å sikre ein så homogen prioriteringspraksis mellom fagområda/sjukdomsgrupper som mogeleg. Ein annan praksis slik det er antyda i figuren over, ville rokke ved prinsippet om likeverd og likebehandling, og vil knappast kunne forsvarast, jf. dei kriteria som Daniels og Sabin har etablert (sjå tabell s. 6).

Ein annan utfordring er å tilpasse den resterande aktiviteten for gruppene med "rett til annan helsehjelp" til dei økonomiske ressursane spesialisthelsetenesta vert tildelt (sjå figur under) på ein slik at urimeligheiter mellom fagområder/pasientgrupper i størst mogeleg grad vert eliminerte.

Begge typer utfordringar har vi i dag berre fragmentarisk innsikt i og kunnskap om. Prioritering er dynamiske prosessar som "lever" frå dag til dag. Vi har i Noreg ikkje system som fangar opp denne dynamikken. Det er knappast heller tradisjon for å reflektere over slike spørsmål.



Desse illustrasjonane omhandlar 2. ordens prioriteringar. Dei overordna 1. ordens prioriteringane vil sjølvsagt kunne slå inn på den måten at yttergrensene sjølvsagt kan flyttast. Men modellen er likevel slik at ein over tid må sørge for at yttergrensene blir rimelege konsistente mellom fagområda.

Det er sjølvsagt legitimt å sette nye ”yttergrenser” for spesialitetar eller fagområde for det overordna politiske nivået. Men vert ulikheitene for store, vil befolkninga, fagmiljøa og helsearbeidarane reagere. Det er alltid lettare å tøyne grensene enn å innskrenke dei. Utan ei nennsam handtering kan ei slik tøyning av yttergrenser føre til ein samla ekspansjon i helsetenesta.

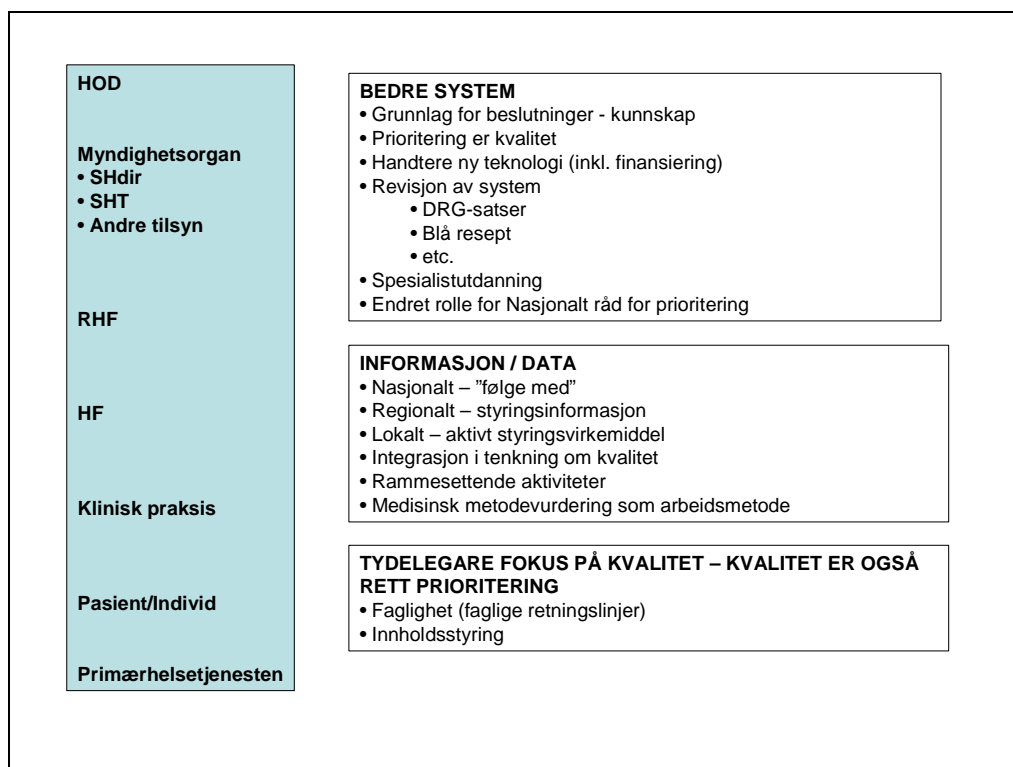
V. Verkemedel i arbeid med prioritering

Det ligg som ein føresetnad i det som er nemnd at føretaka/spesialisthelsetenesta sjølv må ta hovudansvaret for å handtere prioritering i praksis. Dette vil gjelde enten det dreier seg om førsteordensprioriteringar som skal omsettast i praksis, eller kapasitetsvurderingar mellom fagområde eller spesialitetar, eller ved system for å sikre at prioriteringsforskrifta vert etterlevd i prioriteringa av einsskilde pasientar.

Det må likevel understrekast at eit slikt tiltaksperspektiv med fokus på føretaka aleine lett vert lettvtint og ad hoc-prega. I det langsiktige arbeid som prioritering er, må føretaka arbeide i samvirke med dei andre nivåa og organa som har ansvar og oppgåver knytt til prioritering.

Figuren som følgjer illustrerar og gjev døme på tiltak eller verkemedel i prioriteringsarbeidet som kan fremje prioritering i praksis.

Først og fremst trengs ein nasjonal strategi som knyt i hop kvalitetsarbeid³, kunnskapsbasert praksis (medisin) (medisinsk metodevurdering som arbeidsform og beslutningsgrunnlag, handtering av nye metodar og faglege retningslinjer) og system for opne prioriteringar som sikrar transparens og legitimitet.



³ Sjå notatet "Kvalitet i helsetenesta – forståing og rammeverk" til HOD januar 2006.

1. Prioritering og kvalitet

Arbeidet med kvalitet i helsetenesta må ha ei plattform og ein definisjon; ein visjon. I tråd med internasjonalt brukte definisjonar på kvalitet i helsetenesta og slik kvalitet er omtala i notatet "Kvalitet i helsetenesta – forståing og rammeverk" vil

*"Kvalitet omhandlar i kva grad det som skjer av aktivitet og tiltak i helsetenesta aukar sannsynlegheita for ein ønskt helsegevinst for individet og for grupper av individ, gitt dagens kunnskap"*⁴

Omgrepet *helsegevinst* dreier seg ikkje berre om å redde liv eller forlenga livstid (som ikkje er eit relevant mål for helseutbytte for dei fleste sjukdomsgruppene). For dei fleste er betra funksjonsevne og livskvalitet, betre meistring og det å unngå utilsikta hendingar etter medisinsk handsaming meir relevant.

Definisjonen av kvalitet viser og at kvalitet ikkje er ein statisk storleik. Kunnskapen endrar seg kontinuerleg; vi har mange eksempel på at det som var god kunnskap og praksis i ein tidsperiode, i ettertid viser seg å vere av dårleg kvalitet fordi ny kunnskap kjem til.

Slik visjonen om arbeidet med kvalitet er omtala her med hovudvekt på "ønskt helsegevinst" gitt "dagens kunnskap", er grenseflata mot prioritering⁵ tydeleg. "Rett" prioritering inneber at pasientane vert gjeve helsetenester som gjev helsegevinst, dvs. er av god kvalitet.

Det er korleis dei medisinske metodane (dagens kunnskap) vert brukte som sikrar helsegevinsten. Dermed kan det argumenterast med at

- "Overforbruk" av medisinske metodar er ressursøydande
- "Underforbruk" av medisinske metodar frårøvar pasientane (og samfunnet) potensialet for ein helsegevinst; og
- "Feilbruk" av medisinske metodar fører til utilsikta hendingar og skader og ressursøyding.

Slik den norske prioriteringsforskrifta er formulert (sjå figur) og kriteriene som er lagt til grunn for å tildele pasientane "rett til nødvendig helsehjelp" er utforma, vil kunnskap om nytte (effektar) og om kostnad-nytte-forholdet vere avgjerande kriterier.

Det bør leggest til her at "rett" prioritering også kan føre til at nokre pasientar ikkje vert tilbudt nyttig helsetjeneste av god kvalitet, dersom det er andre som har sterkare krav på bruk av dei same ressursene. Ein breiare diskusjon om dette ligg utanfor mandatet.

⁴ "Degree to which the processes of care (specific health interventions) increase the likelihood of desired health outcomes for individuals and populations, given current knowledge". Liknande definisjon er formulert av Institute of Medicine, USA (ein regjeringsfinansiert tenke-tank). Desse definisjonane byggjer i stor grad på den definisjon av kvalitet som grunnleggaren av kvalitetstenkinga i helsevesenet Avedis Donabedian formulerte i 1980; "Quality is seen as a property of the medical care process and is defined as "the expected ability [of care] to achieve the highest possible net benefit according to valuations of individuals and society"

⁵ Omgrepet "Prioritering" vert her brukt om prioritering knytta til enkeltpasientar (andre ordens prioritering).

Prioriteringsforskriften

Pasienten har "rett til nødvendig helsehjelp" når:

- Pasienten har et visst prognose med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsett livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes
- Pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen
- De forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.

Kunnskap er naudsynt for å sikre helsenytt, og kunnskap er naudsynt for å foreta gode prioriteringar. Faglege retningslinjer vert brukte for å fremje og sikre god kvalitet, det same verkemiddelet må og brukast for å sikre rett prioritering (slik prioriteringsforskrifta er utforma).

2. Kunnskap som grunnlag for beslutningar

Gode og rettferdige prioriteringar på nasjonalt nivå vil krevje ei større grad av samordning på tvers av RHFa enn det som kanskje er tilfelle i dag. Det må derfor arbeidast mot eit felles og omforena kunnskaps- og verdigrunnlag for prioriteringsarbeid. Dersom det eksisterer uakseptable praksisvariasjonar eller skilnader i kvalitet vil det undergrave respekten for og det naudsynte i prioriteringsarbeidet.

Det er ei betydeleg utfordring å framskaffe eit felles kunnskapsgrunnlag. Dette er krevande prosessar som ikkje kan gjennomførast som parallelle prosessar i alle RHFa.

RHFa bør derimot ta ei meir aktiv rolle enn i dag i høve til

- Stille krav til HFa (og private aktørar) om bruk av oppdatert og relevant kunnskap, spesielt på område der praksisvariasjonar finns eller der det er sterkt varierende behandlingsrater
- Stille krav til systematikk i fagleg argumentasjon (sjå om medisinsk metodevurdering under)
- Ha eit reflektert og gjennomtenkt forhold til innføring av nye medisinske metodar; ikkje for å rasjonere eller frårøve pasientane verksame helsetilbod, men for å handtere den usikkerheit det alltid vil vere med "det nye" som kjem (sjå figur under)

- Stille felles krav til eit nasjonalt nivå (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Nasjonalt helsebibliotek) om å etablere kunnskapsportalar eller andre støttetiltak (inkludert metodestøtte) til bruk i helsetenesta.

Medical technology

"Ensuring timely access to the latest medical technologies requires strategies for coping with uncertainty"

OECD Health Project
"Towards high-performing health systems"
2004

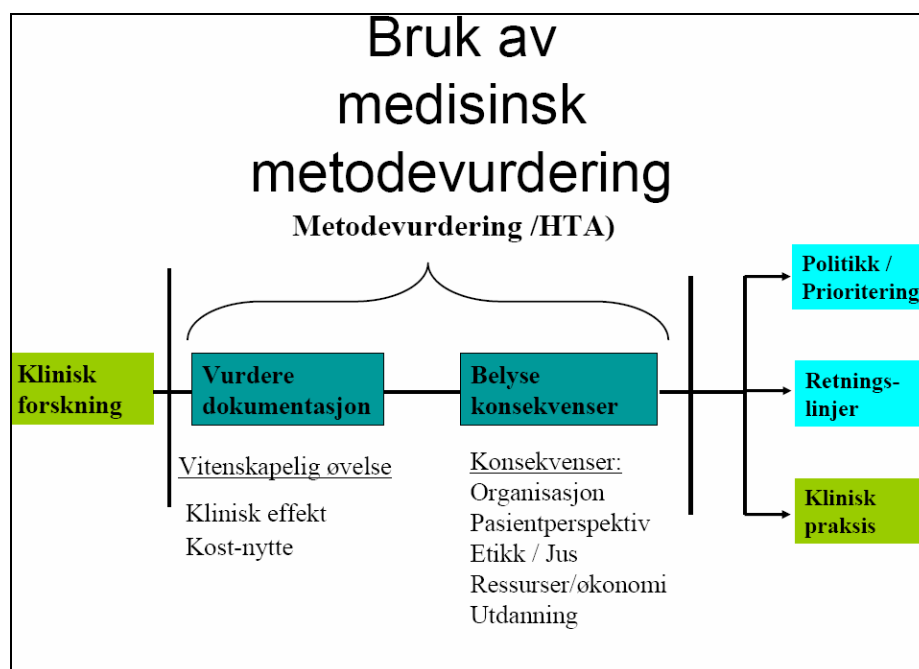
Medisinsk metodevurdering som beslutningsunderlag

Eit prinsipp for å handtere usikkerheit og for å sikre eit best mogeleg beslutningsgrunnlag er medisinsk metodevurdering⁶ (engelsk: Health Technology Assessment).

Det brei internasjonale semje om metodegrunnlaget for og bruken av medisinsk metodevurdering. Prinsippkissa som er vist nedanfor (henta frå tidlegare Senter for Medisinsk Metodevurdering [SMM; nå Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten]), skisserer arbeidsform og prosess.

Dette prinsippet og denne arbeidsforma bør leggjast til grunn for all fagleg argumentasjon som dreier seg om bruk av medisinske metodar, inkludert ekspansjon av aktivitetar og ved innføring av nye metodar (sjå seinare). Dette vil gje større fokus på innhaldsstyring og kvaliteten av tenestene, og vil vere eit viktig tiltak i den langsiktige kulturbygginga i helseinstitusjonane våre. Iverksetting (implementering) er det svakaste punktet i ein tiltakskjede. Vi treng samlande initiativ her i tråd med det som er omtala i "*Sykehusreformen – noen eierperspektiv*".

⁶ Omgrepet *metode* som er den norske oversettinga av det engelske omgrepet *technolog*, omfattar alle dei metodane vi brukar for å forebygge, diagnostisere, behandle og rehabilitere, inkludert måten vi organiserer tenestene på.



System for handtering av nye metodar

Nye medisinske metodar (ny teknologi, inkludert organisering av tenestetilbodet) er årsak til ein betydeleg del av kostnadsauken i helsetenesta. Og vi treng nye metodar som fremjar helse, og nye metodar kjem. Befolkninga forventar og at nye tilbod vert tekne i bruk.

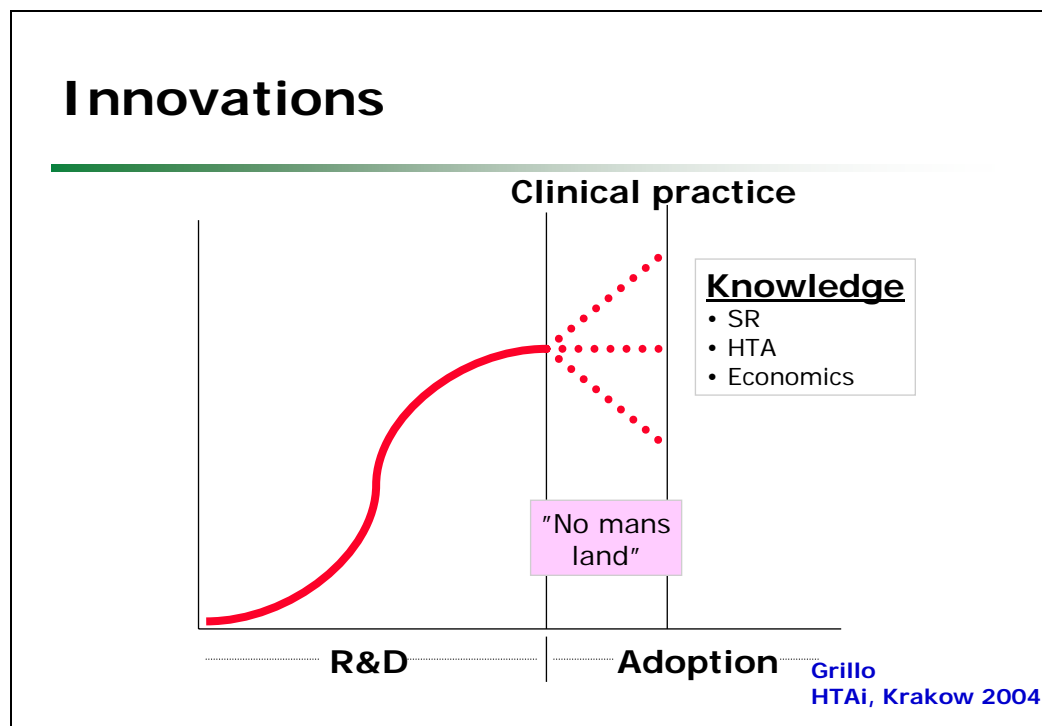
Omgrepet ny teknologi i den forstand at alt er genuint nytt, må likevel nyanseras. Det dreier seg om

- Genuint nye metodar (inkludert medikament)
- Ny bruk (endra indikasjonsområder) av ”gamle” metodar
- Ekspansjon og raffinering av eksisterande metodar
- Kombinasjonar av metodar (for eksempel stent og medikament ved hjartekar-sjukdom)
- Volumvekst som skuldast demografiske endringar
- Volumvekst som skuldast utvida indikasjonar.

Mykje av fokus i prioriteringsdebatten har vore retta mot såkalla ”høykostnadsmedisin”, mot det prestisjefylte og spektakulære. Ofte vert desse følgd av stor almen, fagleg og kommersiell interesse. Som lista over viser blir fokus feil dersom dette er det einaste fokus.

Prioriteringsdebatten må i større grad ha fokus på ”kvardagsmedisinen” og dei veletablerte medisinske rutine og praksis.

Styringsproblema i tenesta sjølv ved rask innføring av genuint nye metodar er velkjente, men vil ikkje verte omtala i detalj her. Det viktigaste er likevel det faktum at alt nytt representerer usikkerheit; usikkerheit om det nye er så effektivt og nyttig som det vert hevda initialt, usikkerheit om kven som skal ha eller vil profittere på tilbodet, og usikkerheit om dei negative verknadene (biverknadene). Den gode og sikre kunnskapen kjem først etter at metoden har vore i bruk ei tid. Dette er illustrert i figuren under.



Dette er grunnen til utsegna frå OECD (sjå s. 17): *"Ensuring timely access to the latest medical technologies requires strategies for coping with uncertainty"*.

Det finns mange vurderingar og analyser om drivkrefter knytta til innovasjon som er oppsummert i neste figur. Triaden ny teknologi, ein informert og aktiv pasient og profesjonell kultur er ein kraftfull driver av utviklinga i helsetenesta.

Drivers of innovation

- **Technology expansion (new is better than old)**
- **Patient empowerment / consumerism**
- **Decision psychology (cognitive limitation)**
 - wish to be up-to-date
 - unaware of end results / quality (perceived progress)
- **Culture**
 - to do good (innovation = progress)
 - to respond
 - active >> passive

Vi har i Norge ikkje gode nasjonale eller regionale system for å sikre oss at vi kan ta imot og gjere oss bruk av ”det nye” på ein god måte. Dermed vert og prioritering vanskeleg. Det må arbeidast meir med

- Eit betre kunnskapsgrunnlag når det gjeld effektar (nyttevurdering), ikkje minst raske og robuste system som kan vurdere det nye
- Eit raskare og meir robust system for prioriteringsdilemmaer, spesielt avveginga mellom alvorlegheit og og potensialet for nytte, etiske vurderingar, etc)
- Måtar å handtere usikkerheit på (tidsavgrensing for refusjon eller finansiering)
- Tydelegare ansvarsplassering ved bruk av det nye på føretaksleiinga og system som sikrar informasjon og samtykke frå pasientane
- Raskare ajourføring og betre tilpassing av finansieringsordningar.

Prioritering må ned på operativt nivå i helsetenesta. Det er kombinasjonen av ei fagleg kultur i tenesta sjølv, koplta til overordna nasjonale system som fastlegg prinsipp og tilnærmingar gjennom formelle prosessar og med ei institusjonell forankring, som kan vere ein farbar veg vidare. Her vil ein sjølvstøytte på normative avgrensingar, ikkje minst europeisk lovverk på legemiddelsida, men også det må kunne handterast.

Faglege retningslinjer⁷

Retningslinjer er av National Institute for Health and Clinical Excellence i England (NICE)⁸ definert slik (i fri oversetting):

”Kliniske retningslinjer er anbefalinger om hvilken behandling og oppfølging som vurderes som best tilpasset gitte pasienters spesifikke sykdommer og tilstander. Disse retningslinjene er baserte på beste dokumenterte kunnskap og forutsettes å være veiledende for klinisk praksis. At de er veiledende, betyr nettopp det og innebærer at retningslinjer ikke kan erstatte den enkelte klinikers øvrige kunnskaper og ferdigheter.”

I Noreg er det og satsa på faglege retningslinjer. Intuitivt er dette ei rett tilnærming, faglege retningslinjer uforma etter internasjonalt aksepterte retningslinjer er eit verkemiddel for å ma. å hindre variasjonar i praksis. Vi veit og at standardisering av behandling gjev betre helsegevinst. I tråd med behovet for å etablere ein fagleg kultur for kunnskapsbasert praksis, peikar bruken av retningslinjer seg ut som eit forsømt område. Det er derfor gode argument for å satse meir på arbeidet med faglege retningslinjer, enten iht.

- Spesifikke diagnosar (for eksempel kreft i endetarm)
- Spesifikke behandlingar (for eksempel hofteproteseoperasjonar)
- Spesifikke tilstandar (for eksempel smerteproblematikk), eller
- Spesifikke spesialitetar (for eksempel gynekologi)⁹

⁷ Synspunkta i dette kapittelet er påverka og forma av deltaking i det nasjonale arbeidet knytt til prioritering som er leia av Helse Nord RHF (Vorlandutvalet).

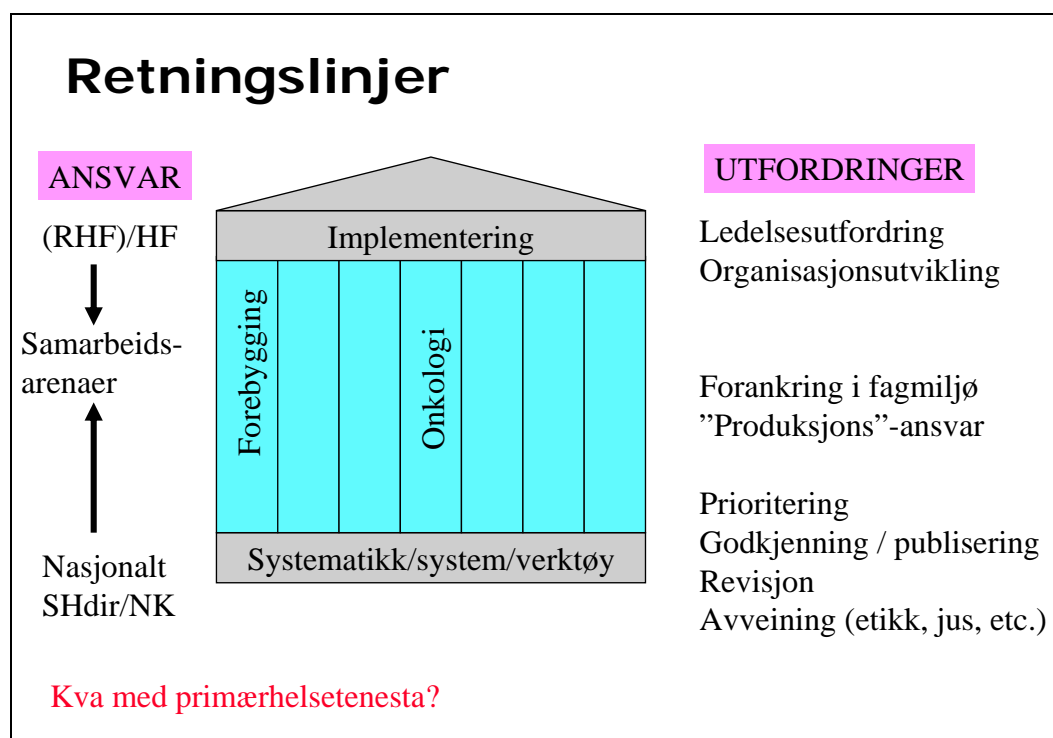
⁸ NICE (www.nice.org) er den internasjonale organisasjonen som med størst tyngde arbeid med retningslinjer og andre spørsmål knytta til kunnskapsgrunnlaget for medisinsk og annan helsefagleg praksis.

⁹ For spesifikke spesialitetar eller sjukdomsgrupper kan det utformast nasjonale rammeprogram (eksempel: kreftplan) etter mønster av det engelske National Service Frameworks-konseptet.

Ein refleksjon er at arbeidet med faglege retningslinjer til tross for stor verbal interesse, ikkje framstår med spesiell stor tyngde eller legitimitet. Feltet vert prega av mange innflytelsesrike aktørar; politiske myndigheiter, faglege myndigheitsorgan (direktorat), tenesteytarar (helseforetaka), universitet og høgskular, fagorganisasjonar, klinikarar og brukarorganisasjonar.

Det store antallet med ukoordinerte aktørar er ei betydeleg utfordring for arbeidet med faglege retningslinjer. Dei organisatorisk og funksjonelle bindeledda mellom dei organa som utarbeider retningslinjer og til implementering på foretaksnivå og i klinisk praksis må styrkast.

Neste figur gjev ei skjematisk skisse over ansvar og utfordringar i arbeidet med retningslinjer. Det bør ligge ein systematikk til grunn for utforming av retningslinjer. Dette bør sannsynlegvis vere eit nasjonalt ansvar. Implementering (innføring og omsetting i praksis) er derimot eit klårt HF-ansvar.



Men bindeleddet mellom desse to nivåa må med stor grad av sannsynligheit vere kompetanta nasjonale faglege fora og faglege prosessar. Det er naudsynt med fleire nasjonale initiativ med forankring i fagmiljøa sjølve som kan fungerere støttande både opp mot foretaka og opp mot sentrale myndigheiter. Desse må vere tilstrekkeleg spisskompetente og dynamiske til å ha legitimitet og gjennomslagskraft i fagmiljøa. Det er ikkje grunn til å tru at eit nasjonalt organ aleine kan drive slike prosessar dersom retningslinjearbeid skal ha noko betydning.

Det finns døme på større internasjonale satsingar på faglege retningslinjer. Her er spesielt Agency for Health Care Research and Quality sentralt med ein eigen nettstad for retningslinjer (National Guideline Clearinghouse¹⁰). Her finns i dag (02.01.2006) 1768

¹⁰ <http://www.guideline.gov/>

publiserte retningslinjer. Dessuten finn ein og linkar til andre kjelder/organisasjonar for retningslinjer som dei arbeider saman med, som for eksempel:

- [Agency for Healthcare Research and Quality](#)
- [AGREE Collaboration](#)
- [Centre for Evidence-Based Medicine NHS](#)
- [Conference on Guideline Standardization \(COGS\)](#)
- [German National Guideline Clearinghouse](#)
- [Guideline Elements Model \(GEM\)](#)
- [Guidelines International Network \(G-I-N\)](#)
- [International Network of Agencies for Health Technology Assessment \(INAHTA\) Health Technology Assessment \(HTA\) database](#)
- [National electronic Library of Health](#)
- [National Institute for Clinical Excellence \(NICE\)](#)
- [National Library of Medicine Health Services/Technology Assessment Text \(HSTAT\) database](#)
- [National Library of Medicine LocatorPlus](#)
- [National Library of Medicine PubMed/MEDLINE database](#)
- [New Zealand Guidelines Group \(NZGG\)](#)
- [Ontario Guidelines Advisory Committee \(GAC\)](#)
- [Scottish Intercollegiate Guidelines Network \(SIGN\)](#)
- [Task Force on Community Preventive Services](#)

Ei vurdering av desse initiativa er at dei har eit sterkt og tydeleg metodegrunnlag, og at fagprofesjonane er tungt inne i arbeidet (sjå for eksempel SIGN¹¹. Problemet med nokre av dess kjeldene er at dei er kommersielle eller har tilgangskontroll¹².

Det internasjonale kunnskapstilfanget kan sannsynlegvis utnyttas betre enn i dag. Her burde Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Nasjonalt helsebibliotek ta eit samlande og meir aktivt grep til beste for helsetenesta.

3. Mangel på data og informasjon om prioritering i praksis

Skal prioritering ha meining og kunne brukast for styringsformål, spesielt på overordna nivå (HOD, RHF og HF-nivå), må det finnast data eller informasjon tilgjengeleg som viser korleis prioritering skjer i praksis. Data- eller informasjonstilfanget må og omfatte private kommersielle leverandørar av helsetenester og avtalespesialistane.

Det er grunnlag for å hevde at helsetenesta har prioritert og prioriterer dei alvorleg sjuke på ein god måte. Hovedutfordringa er å få oversikt over det som kan kallast "rutineaktivitetar" i helsetenesta iht. prioriteringspraksis.

Vi veit at det er store variasjonar i tildeling av "rett til nødvendig helsehjelp" innan somatikk mellom dei 5 RHFa (frå 56% til 92%). Tilsvarande finn ein for psykisk helsevern hos vaksne

¹¹ SIGN = Scottish Intercollegiate Guidelines Network; <http://www.sign.ac.uk/>).

¹² F.eks. seier G-I-N (Guidelines International Network) på sin nettstad "The international GUIDELINE LIBRARY gives G-I-N Members the ability to search for and review guidelines, systematic reviews and evidence reports produced by G-I-N's member organisations. These are available only for G-I-N members". (<http://www.g-i-n.net/index.cfm?fuseaction=membersarea>).

variasjon frå 60-90% og innan psykisk helsevern for barn og ungdom frå 61-75%¹³. (variasjonen for barn og unge er kanskje innanfor eit variasjonsområde som er forståleg og akseptabelt; fullstendig likskap vil vere ein utopi).

Slike variasjonar kunne forståast dersom forskjellane i forbruks- eller behandlingsratene eller i kapasiteten i helsetenesta var stor. Det er nok ikkje tilfelle.

Det bør byggjast opp nasjonale og regionale system som sikrar rutinemessig og jamleg tilgang til data som seier noko om prioritering i praksis. Data som kjem lang tid i ettertid vil neppe vere nyttige dersom prioritering skal vere eit godt verkemiddel for styring av spesialisthelsetenesta. Dette bør sjåast på som ei viktig oppgåve iht. indikatorutviklinga i norsk helseteneste som ein del av ytelsesindikatorarane (performance indicators).

Informasjonssystemet/data bør utformast slik at rutineinformasjon er tilgjengeleg ”med eit tastetrykk”¹⁴. Slik rutineinformasjon og analyser må supplerast med meir ad hoc prega vurderingar og analyser knytta til gitte pasientgrupper etter diagnose eller prosedyre der spesielt kopling av ventelisteinformasjon og prioriteringskategori er interessant.

Data og meir detaljert informasjon er og naudsynt for å sikre seg at prioriteringsforskrifta og tildeling av ”rett til nødvendig helsehjelp” skjer på ein god måte mellom fagområda eller spesialitetane. Informasjon og data om prioritering i praksis på nasjonalt og RHF-nivå bør vere eit første skritt i utbygginga av eit betre informasjonssystem om norsk helseteneste. Slike data bør koplant mot praksisprofilar/forbruksrater, inkludert det å dokumentere forbruket av tenester til grupper, og til kvalitetsdata.

RHFa har i eit felles prosjekt arbeidd med å konkretisere ”sørge-for”-omgrepet¹⁵. Det vert i rapporten gjeve eksempel på korleis sørge-for-ansvaret kan operasjonaliserast, inkludert det å fremsje eit betre informasjonsgrunnlag om prioritering i praksis.

Eksempel frå Helse Bergen HF

Det er mogeleg å bygge opp slike informasjonssystem. Helse Bergen HF har utvikle eit system som sikrar rutinisert informasjon om ventelister og aktivitet knytt opp mot prioritering. Liknande system kan og bør byggjast opp på nasjonalt og regionalt nivå.

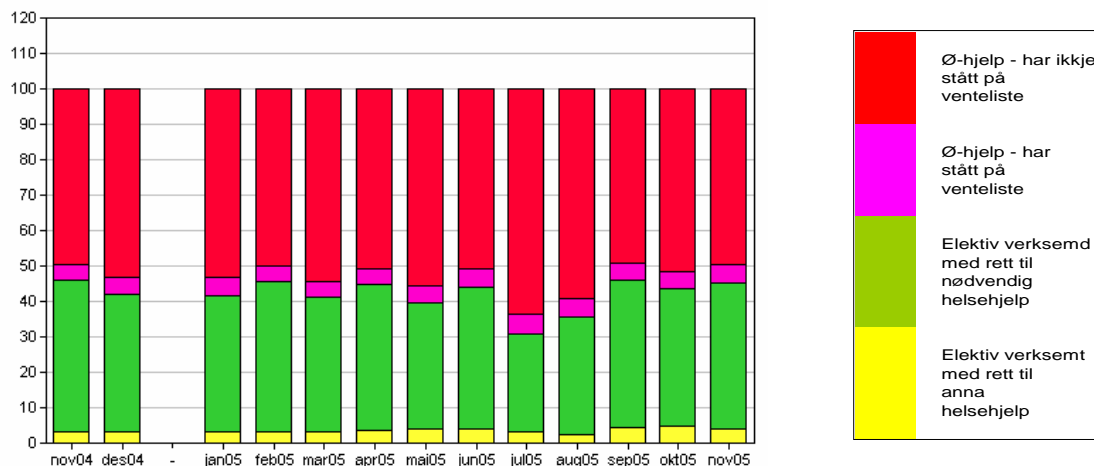
Den første figuren viser ventetidsfordeling i høve til prioriteringskategori og innleggelsesmåte. Den neste viser fordeling av pasientar etter prioriteringskategoriar fordelt på avdelingane.

¹³ Tal for 2. tertial 2005 frå SINTEF Helse (notat til HOD)

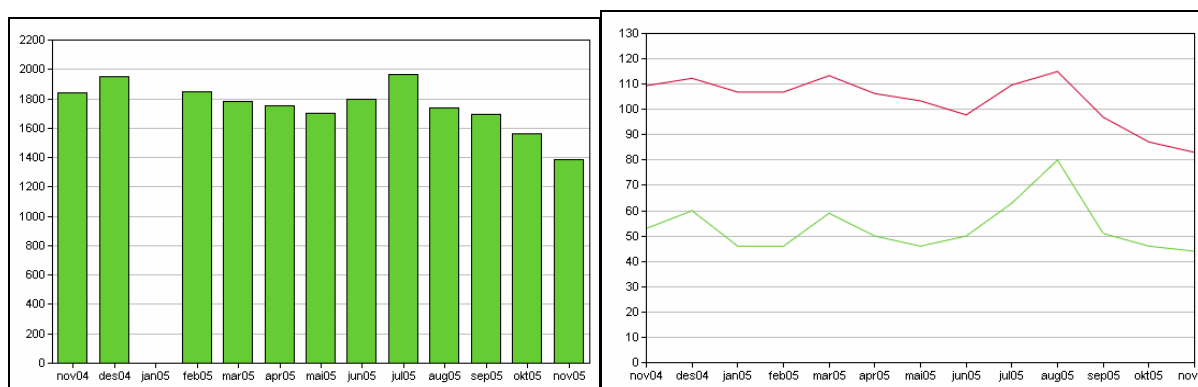
¹⁴ Forutsetningane for eit forbete system vil ikkje verte omtale. Eit personeintydig NPR vil vere ein viktig forutsetning, i tillegg til at det må skje endringar på registersida.

¹⁵ ”Sørge-for-ansvaret. Et innspill til klargjøring av begrep, oppgaver og metoder”. Rapport frå ei interregional arbeidsgruppe som AD-ane har vedteke å oversende HOD ultimo 2005.

Dei neste to figurane gjev eksempel på korleis informasjon om ventelister og ventetider i høve til prioriteringskategoriar kan utformast i eit rapporteringsformat til bruk for styret i Helse Bergen HF¹⁶



Figur 6. Nyhenviste som ventar på poliklinisk konsultasjon/dagbehandling per uttrekksdato primo desember 2005. Tidstrend for utviklinga av ventande og ventetider siste år. Ventetider i dagar er målt som gjennomsnitt (raud linje) og median (grøn linje).



Figur 7 Nyhenviste med rett til nødvendig helsehjelp som ventar på å bli innlagt per uttrekksdato primo desember 2005. Tidstrend for utviklinga av ventande og ventetider siste år. Ventetider i dagar er målt som gjennomsnitt (raud linje) og median (grøn linje).

Grunnlaget for ”rett prioritering”

I styringsdokumentet til dei regionale helseforetaka for 2004 vart det understreka at pasientane som vert tilviste til spesialisthelsetenesta skal vurderast og prioriterast etter prioriteringsforskrifta. Det skal vere ein enskapleg praksis for tildeling av rett til nødvendig helsehjelp. Dette ansvaret er og understreka i bestillerdokumentet for 2005.

¹⁶ <http://www.helse-bergen.no/NR/rdonlyres/eslt4trdvbcyqgv7pw65ao7ajo2e3egg7enbwx3437bt6ay7qu66rt6d2mh34c3pqf7qlt6sumu2uf/Styresak10405vedlegg.doc> (styresak 104/05)

Helse Sør RHF har arbeid med å operasjonalisere prioriteringsforskrifta for ulike fagområde i ein breid prosess. Tilsvarande har Helse Vest RHF utarbeida faglege veiledere for tildeling av rett til nødvendig helsehjelp for alle fagområde (med eit unntak). Prosessen i Helse Vest RHF har god forankring i fagmiljøa sjølve (bottom up). Arbeidet har vore leia av Ole Frithjof Norheim som har breid erfaring med prioriteringsspørsmål og medisinsk etikk (og som og er nestleiar i Nasjonalt råd for prioritering).

Arbeidet som har vore gjennomført i Helse Sør og Vest er følgt opp av eit tilsvarande initiativ mellom Helse Øst RHF, Sosial- og helsedirektoratet og Lægeforeningen i prosjektet "Rett prioritering". Rapporten frå dette arbeidet vart publisert 30. desember 2005 ("*Rett Prioritering i Helse Øst. Fastsetting av individuelle frister for rettighetspasienter*").

Over tid må det skje ei harmonisering mellom desse ulike initiativa i den grad det er sprik mellom dei slik at vi får eitt sett med nasjonale faglege retningslinjer for prioritering. Men retningslinjer er ikkje nok. Føresetnaden for å kome noko vidare er likevel at det ligg føre data som fortel noko om prioriteringspraksis og som tillet meir inngående analyser enn det vi har tilgang til i dag. Informasjonen må og vere tilgjengeleg slik at den kan brukast regelmessig i den ledelelmessige oppfølginga av verksemdene.

Eit problem som må handterast over tid, er arbeidet med *harmonisering* mellom fagområda. Dette vil vere eit omfattande arbeid og må skje i ein open prosess, sannsynlegvis på nasjonalt nivå.

IV. Epilog

Etter at arbeidet med dette notatet starta kom rapporten frå Agenda & Muusmann om føretaksreforma i Noreg ("*Evaluering av helseforetaksmodellens funksjonalitet*"). Sjølv om det ikkje inngår som ein del av mandatet, er det likevel relevant å peike på dei punkta i Agenda & Muusmann-rapporten som direkte kan knytast opp til ei tydelegare nasjonale satsing på arbeidet med kvalitet.

Dei relevante punkta er følgjande (for utdjujing og nærare argumentasjon vert det vist til rapporten):

- Grunnleggende vurdering at modellen er godt egnet for fremtidig styring og utvikling av spesialisthelsetjenesten
- Behov for justeringer
- RHF-ene bør tillegges ytterligere ansvar og oppgaver
- Myndighetsstyringen er uklart definert
- Gjennom den statlige overtagelse av eierskapet forsvant mye av begrunnelsen for fortsatt tett og utvidet myndighetsstyring
- Gjennom det statlige eierskap kan deler av myndighetsstyringen ivaretas direkte av det regionale nivå
- Ordningen med bestillerdokument anbefales videreført, men må spissere enn i dag ivareta innholdsstyringen
- SHdir's oppgaver i forhold til spesialisthelsetjenesten bør reduseres betraktelig
- RHF-ene kan i høy grad overta ansvaret for IKT, operasjonalisert prioritering, kvalitetsutvikling, kvalitetsindikatorer, avvikssystemer og faglige standarder
- Det bør vurderes å etablere et uavhengig og auditbasert nasjonalt kvalitetsorgan
- Det anbefales gjennom nasjonalt fastlagte krav å innføre akkreditering og sertifisering (logistikk- og prosess-standardisering)
- Valg av system bør være opp til RHF-ene
- Akkreditering og sertifisering kan tilrettelegges på en slik måte at de favner en betydelig del av myndighetskravene
- Det er åpenbart behov for å avklare roller og arbeidsdeling mellom HOD, SHdir og en rekke ulike eksterne organer (Nasjonalt Kunnskapssenter, Nasjonalt Prioriteringsråd og Folkehelseinstituttet)

Nokre refleksjonar

1. Forslaget om å vurdere et nasjonalt uavhengig organ som skal arbeide med kvalitet (og prioritering; mi tilføyning) i vid forstand bør følgjast opp. Dette nye organet bør arbeide med oppgåver som høyrer saman, som for eksempel

- Kvalitet med dei komponentane som er omtala i notatet "*Kvalitet i helsetenesta. Forståing og rammeverk*"¹⁷
- Prioritering

¹⁷ Notat til Helse- og omsorgsdepartementet januar 2006.

- Data, spesielt knytta til prioritering, utvikling av indikatorar (både kvalitets- og ytelsesindikatorar), inkludert det å utnytte eksisterande registre og datakjelder betre enn i dag.
- Medisinske kvalitetsregistre, ansvar som kompetanseorgan, men ikkje iht. drift eller analyse ut over avtalt omfang knytt til overordna ytelses-indikatorar.

Det vert lagt til grunn her at ein på nasjonalt nivå har dei økonomiske ressursane som trengs samla sett. Utfordringa vert å klargjere mandatet for arbeidet med større tydelighet enn i dag, få til ei meir målretta og forankra tilnærming til arbeidet, og å sikre nødvendig kompetanse ut over det som eksisterer i dag.

2. Kva slags føringar og kva slags innretning arbeidet i eit slikt nasjonalt organ skal ha ut over dei tematiske arbeidsområde som er nemde, bør likevel drøftast noko nærare. Slik Agenda & Mussmann-rapporten framstiller dette i rapporten, er det tydeleg å sjå at dei i stor grad har lagt den danske kvalitetsmodellen til grunn for forslaga sine.¹⁸

Det er spesielt bruken av verkemedel som akkreditering og sertifisering som bør drøftast nøye. Dei økonomiske konsekvensane ved innføring av slike system er så langt berre delvis kjende (ut over det at eit nasjonalt akkrediteringssystem vil kreve store driftskostnader). Det er og ein refleksjon at det på styringsnivå vert innført ordningar eller system utan vurderingar om dette verkar, dvs. har den effekten ein ønskjer. Slik sett er vurderingane frå WHO Health Evidence Network om manglande dokumentasjon for nytte interessante.

Det er ikkje logisk at ein på overordna nivå ma. krev bruk av kunnskapsbaserte retningslinjer i praksis, mens det same nivået innfører tiltak eller system med en nytteargumentasjon som andre kompetente organ (som for eksempel WHO i dette tilfellet) ikkje kjem fram til same konklusjonar. Vi treng ma. betre (oppsummert) kunnskap om

- Kva er nytteverdien av akkreditering og sertifisering i helsetenesta?
- Kva er nytteverdien av obligatorisk og nasjonalt (regionalt) skaderegister (jf. Hjort-rapporten)?
- Kva er verdien av ytelses- og kvalitetsindikatorar, i kva grad pregar dei val hos pasientar og befolkning?

Det finns kunnskap om slike spørsmål, for eksempel i form av ei systematisk litteraturoversikt om bruken av ytelsesindikatorar (sjå figurar) og eit fellesprosjekt ("scoping") mellom Nuffield Trust (England) og Rand Corporation, USA.

¹⁸ "Den Danske Kvalitetsmodell for Sundhedsvesenet", 2004 (www.kvalitetsmodel.dk).

REVIEW

The Public Release of Performance Data What Do We Expect to Gain? A Review of the Evidence

Martin N. Marshall, MSc, MD, FRCP
Paul G. Shekelle, MD, PhD
Sheila Leatherman, MSW
Robert H. Brook, MD, ScD

Context Information about the performance of hospitals, health professionals, and health care organizations has been made public in the United States for more than a decade. The expected gains of public disclosure have not been made clear, and both the benefits and potential risks have received minimal empirical investigation.

Objective To summarize the empirical evidence concerning public disclosure of performance data, relate the results to the potential gains, and identify areas requiring further research.

Data Sources A literature search was conducted on MEDLINE and EMBASE databases for articles published between January 1986 and October 1999 in peer-reviewed journals. Review of citations, public documents, and expert advice was conducted to identify studies not found in the electronic databases.

Study Selection Descriptive, observational, or experimental evaluations of US reporting systems were selected for inclusion.

Data Extraction Included studies were organized based on use of public data by consumers, purchasers, physicians, and hospitals; impact on quality of care outcomes; and costs.

Data Synthesis Seven US reporting systems have been the subject of published empirical evaluations. Descriptive and observational methods predominate. Consumers and purchasers rarely search out the information and do not understand or trust it; it has a small, although increasing, impact on their decision making. Physicians are skeptical about such data and only a small proportion makes use of it. Hospitals appear to be most responsive to the data. In a limited number of studies, the publication of performance data has been associated with an improvement in health outcomes.

Conclusions There are several potential gains from the public disclosure of performance data, but use of the information by provider organizations for quality improvement may be the most productive area for further research.

JAMA. 2000;283:1866-1874. www.jama.com

Author Affiliations: School of Postgraduate Medical and Health Sciences, University of Exeter, Exeter, England (Marshall and Brook); Program, Santa Monica (Dr Shekelle and Brook), Los Angeles (Dr Shekelle); Calif. Center for Health Care Policy and Evaluation, United Health Group, Milwaukee, Wis (Dr Leatherman); Judge Institute of Management, University of Cambridge, Cambridge, England (Dr Leatherman); and University of California, Los Angeles, Center for Health Services, Los Angeles (Dr Brook). Dr Marshall is now with the National Primary Care Research and Development Centre, University of Manchester, Manchester, England.

Corresponding Author and Reprints: Martin N. Marshall, MSc, MD, FRCP, Senior Research Fellow, National Primary Care Research and Development Centre, University of Manchester, Fifth Floor, Williamson Building, Oxford Road, Manchester M13 9PL, UK (e-mail: mnm@hullh1.f.gp.nor.manch.ac.uk).

©2000 American Medical Association. All rights reserved.

1866 JAMA, April 12, 2000—Vol 283, No 14

JAMA 2000;283:1866

RAND | Advanced Publication Search | View Abstracts | Microsoft Internet Explorer

File Edit View Favorites Tools Help

Address: <http://www.rand.org/cgi-bin/Abstracts/mf/getatbydoc.pl?doc=MR-1255>

RAND DOCUMENTS

Document No: MR-1255 **Year:** 2000 **Pages:** 137 **ISBN:** 083302891X

Title: Dying to Know: Public Release of Information About Quality of Health Care.

Author(s): Martin Marshall, Paul G. Shekelle, Sheila T. Leatherman, Robert H. Brook, John Wyn Owen

Cost: \$ 25.00

Keywords: Medical care Great Britain--Quality control; Medical care--Quality control; Consumer education Great Britain; Consumer education; Medical care Great Britain--Evaluation; Medical care--Evaluation

Abstract: Public disclosure of the comparative performance of health care providers is seen as one mechanism for improving quality of care and controlling health care costs. This report, the result of a collaboration between the Nuffield Trust in London and RAND, assesses the U.S. experience with publicly releasing health care performance data and offers guidelines for establishing public disclosure policy in the United Kingdom. Because the United States leads the world in reporting clinical information by hospital and by physician name, this report will be of interest to any country considering public release of performance data. Principal findings: Despite a rapidly expanding report card industry, U.S. physicians are skeptical about report cards, and consumers and purchasers rarely use them. Hospitals may respond to performance data with internal changes, especially in a competitive environment. Publishing comparative mortality data seems to improve outcomes, but the mechanism by which this happens is unclear. Key recommendations: Public disclosure should be viewed as an evolutionary process, becoming more sophisticated and comprehensive over time. Disclosure should be a tool to support all quality initiatives in the U.K. National Health Service. Provider organizations should be a key audience for performance information. Health professionals should be fully involved in the public disclosure process. Both process and outcome measures of quality should be published. Public disclosure should be accompanied by possible explanations for the variations reported.

[Online electronic version](#)

[Add This Item to Order List](#) [View/Change Order List](#) [Place Order](#)

[Return to previous page.](#)

Internet

Det at ein ikkje veit alt om kunnskapsstatus på feltet er likevel ikkje eit argument for å la vere å gjere noko på nasjonalt nivå. Men kunnskapsstatus bør likevel vere med for å gje arbeidet eit godt grunnlag og for at satsinga på kvalitet kan bli mest mogeleg målretta.

Arbeidet med prioritering må få ein synleg plass i dette arbeidet. Som eit ledd i dette bør oppgåve og rolle for Nasjonalt råd for prioritering drøftast.

3. Agenda & Muusmann-rapporten *kan* tolkast som ei top down-tilnærming til arbeidet med kvalitet og prioritering. På bakgrunn av det som er sagt tidlegare, kan ei slik top down-tilnærming innebere ein risiko for manglande forståing, aksept og innsats i tenesta sjølv.

Det er sjølvsagt viktig med forankring på toppnivå i eigarlinja, og ein forpliktelse i toppleiinga på underliggande nivå. Arbeidet med kvalitet og prioritering slik det er omtale her vil kreve langsiktig ledelsesfokus (jf. det engelske begrepet *Clinical Governance*), og eit langsiktig løp for kulturbygging og haldningsendring.

Det viktige her er erkjenninga av at dei ulike nivåa i helsetenesta har ulike behov og der verkemedel og tilnærmingar må tilpassast dei behova som finns på dei ulike nivåa. Tydelegheit i mål og målgrupper har så langt fått lite merksemd i norsk debatt. Med omtanke og refleksjon er det mogeleg å innfri mange behov.