

## NOTAT

Til: AD-møte  
Fra: Lars Vorland

### Rapport fra Nasjonal strategigruppe for prioritering – behandling i AD-møte 27.03.06

#### 1. Generelt om AD-møtets behandling av denne saken.

Endelig rapport fra Nasjonal strategigruppe for prioritering ble avgitt 5. februar d.å. I umiddelbart etterkant, under AD-møtet 13. februar ble rapporten presentert av gruppens leder, administrerende direktør i Helse Nord RHF. Etter en kort diskusjon av rapportens forslag, ble det enighet i AD-møtet om å utsette realitetsbehandling av forslagene til neste AD-møte den 27. mars. Dette ble begrunnet med behovet for internbehandling av rapporten i de enkelte regionale helseforetak. På grunnlag av slike interne drøftelser skulle så de enkelte RHFer i god tid før neste AD-møte formidle sine vurderinger og synspunkter til Helse Nord RHF, som fikk i oppdrag å fremme forslag om et felles saksframlegg med omforente forslag om tiltak.

Administrerende direktør i Helse Nord RHF konstaterer at det er kommet få tilbakemeldinger, og at noen av tilbakemeldingene er kommet så sent at arbeidet med å utarbeide en felles sak er blitt vanskeliggjort. Dertil kommer at innholdet i tilbakemeldingene fra Helse Øst og Helse Sør på vesentlige punkter bryter med forslagene i Strategigruppens rapport. Det er derfor ikke bare en tidsmessig, men også en substansiell og innholdsmessig utfordring å utarbeide en felles policy for de problemstillinger som er berørt i rapporten. Mot denne bakgrunn vurderes det i første omgang som hensiktsmessig å fremme en sak for AD-møte der målet må være at de fem ADene kommer fram til mest mulig omforente standpunkter i denne saken. En slik felles, omforent policy vil imidlertid bare ha mening og verdi dersom det er mulig å komme fram til enighet om vesentlige og substansielle sider ved de spørsmål rapporten reiser.

AD-møtet bør drøfte om det fremdeles er grunnlag og interesse for å utforme en felles sak for de respektive RHF-styrer. I så fall vil administrerende direktør i Helse Nord RHF, som saksansvarlig for denne saken, foreslå at en felles RHF-sak i hovedsak bygges rundt de samme premisser og vedtakspunkter som fremmes gjennom denne saken for AD-møtet.

AD-møtet bør også ta stilling til spørsmålet om form og tidspunkt for formell oversendelse av rapporten til Helse- og omsorgsdepartementet. Siden rapporten har vært offentlig tilgjengelig i 6 uker, er departementet allerede godt orientert om innholdet i rapporten. Spørsmålet er derfor mer hvilke ledsagende anbefalinger AD-møtet, eventuelt styrene i de regionale helseforetakene, vil vedlegge rapporten ved formell oversendelse.

Administrerende direktør i Helse Nord RHF vil gjøre oppmerksom på at departementet allerede er i gang med prosesser knyttet til vesentlige deler av det knippe av problemstillinger som knytter seg til kvalitet, prioritering og dokumentasjon av klinisk praksis. Foreløpige signaler tyder på at deler av disse problemstillinger vil adresseres gjennom det nasjonale helseplanarbeidet som nå starter. Administrerende direktør i Helse Nord RHF ser derfor en risiko for at en formell behandling gjennom samtlige RHF-styrer vil forsinke oversendelsen såpass mye, at de premisser og anbefalinger som ønskes formidlet, vil komme lenge etter at helseplanarbeidet i departementet er startet opp (Jfr brev fra HOD til RHFene med innkalling til møte 6.april). Det anbefales derfor at AD-møtet – i det minste som en foreløpig ekspedisjon - oversender departementet de vedtak som gjøres i denne saken, eventuelt med forbehold om at saken senere vil behandles av RHF-styrene.

## **2. Generelle vurderinger knyttet til rapporten og etterfølgende ”høringer”**

Det er grunn til å merke seg at rapporten fra Nasjonal strategigruppe for prioritering – en gruppe som er bredt sammensatt med medlemmer oppnevnt fra samtlige RHFer – er enstemmig på alle punkt. Dette gjelder både i forhold til situasjons- og problembeskrivelse, analyse av drivkrefter og forslag til tiltak. I de få skriftlige tilbakemeldinger som er gitt i forhold til rapportens innhold, er det heller ikke kommet noen innvendinger mot de problembeskrivelser eller analyser av prioriteringsutfordringen som er presentert i rapporten. Tre av de regionale helseforetakene gir i hovedsak full tilslutning til hele rekken av tiltak som foreslås. Helse Øst RHF stiller seg positiv til de fleste av tiltakene, men er skeptisk til at RHFene i egen regi etablerer et Nasjonalt senter for kvalitet og prioritering. På dette sistnevnte punkt får Helse Øst følge av Helse Sør RHF som for øvrig gir mer betinget støtte til de ulike forslag i rapporten. Det er likevel vanskelig å lese uttalelsene fra Helse Sør RHF som noen generell avstandtagen fra rapportens konklusjoner. Flere av kommentarene fra dette hold kan med fordel leses som mer detaljerende presiseringer som – innen en romslig og rimelig fortolkningsramme – ikke står i direkte motstrid til rapportens forslag. Der bør understrekes at Strategigruppens forslag er å forstå som overordnede og strategiske i sin form, og at de selvfølgelig gir rom for tilpasninger innen de enkelte regionale helseforetak.

## **3. Behovet for å samles om nasjonale løsninger.**

Når departementet som eier har gitt de fem regionale helseforetak oppdraget om *sammen* å utrede og foreslå tiltak på prioriteringsfeltet, er det ikke tilfeldig. Innen rammen av en nasjonal helsepolitikk basert på regional likeverdighet, er det ganske enkelt ikke mulig for vår eier å la hvert enkelt regionalt helseforetak løse prioriteringsutfordringen hver for seg. Derfor må de regionale helseforetakene samarbeide om å utforme de nasjonale rammene som skal ligge til grunn for prioriteringene innen hvert RHF og – for den saks skyld - hvert enkelt HF. I kraft av sin tilknytning til fagmiljøene, og dermed sin evne til å bygge formidlene broer mellom mikro- og makronivået, vil foretakssystemet ha særlige forutsetninger for å gi nasjonale rammer et innhold med relevans og legitimitet. Det er i dette perspektiv det er ønskelig at utformingen av nasjonale rammer skjer i samspill mellom foretakssystemet og forvaltningen. Når departementet har gitt de regionale helseforetakene oppdraget om i felleskap å utvikle tiltak i forhold til prioriteringsutfordringen, er det grunn til å anta at departementet langt på vei deler denne oppfatningen. Denne tillitserklæring som selve oppdraget innebærer, må følgelig gripes på en forpliktende måte av RHFene.

Foretakssystemets nære tilknytning til fagmiljøene og særlige forutsetninger for å formidle mellom mikro-, mesa- og makronivået, er også hovedbegrunnelsen for Strategigruppens forslag om å etablere et Nasjonalt senter for kvalitet og prioritering i regi av RHFene. Det gjentas og presiseres at dette forslaget ikke innebærer noen tung og stor konsentrasjon av ressurser til et miljø, og at en heller ikke har sett for seg dublering av funksjoner som allerede har fått sin nasjonale plassering og fungerer tilfredsstillende. Derimot blir det foreslått en begrenset senterfunksjon med brede nettverkstilknytninger til ulike fagmiljøer rundt om i landet, primært lokalisert ved universitetssykehusene/ universitetene. Siden et flertall av RHFer synes å gi tilslutning til dette forslaget, bør det ikke forkastes, men spilles inn og vurderes i forhold til alternative løsninger.

#### **4. Krav til alternative nasjonale løsninger**

I tråd med de premisser som er lagt til grunn i rapporten fra Strategigruppen, bør imidlertid også alternativer søkes gjennom løsninger som organisatorisk er lagt utenfor forvaltningen. Det alternativ som i så fall peker seg ut, er Kunnskapssenteret, noe som også konkret er foreslått i uttalelsen fra Helse Øst RHF. Dersom Kunnskapssenteret skal kunne fylle den rolle som Strategigruppen ville løse gjennom etablering av et Nasjonalt senter for kvalitet og prioritering, er det imidlertid noen forutsetninger som bør være på plass.

For det første bør Kunnskapssenterets uavhengighet av forvaltningen understrekes enda sterkere. Helse Øst har her gjennom sin uttalelse til Strategigruppens rapport konkret foreslått at Kunnskapssenteret omdannes til et NICE-lignende organ med eget styre. Hvordan et slikt eventuelt styre skal sammensettes og hvem som skal oppnevne styremedlemmer, er spørsmål som bør utredes nærmere.

For det andre bør Kunnskapssenteret knytte tettere faglige bånd til ledende fagmiljøer rundt om i landet, særlig i forhold til universitetssykehusene. Den nasjonale senterfunksjonen som Strategigruppen har foreslått for prioritering og kvalitet kan tenkes løst gjennom nettverksorganisering med utgangspunkt i Kunnskapssenteret. Gjennom å knytte til seg satellitter i andre ledende fagmiljøer, vil Kunnskapssenteret, i tillegg til å oppnå ønsket kapasitetsvekst, kunne trekke på betydelig spisskompetanse der denne finnes og gjøre den til en nasjonal ressurs. Nasjonale kompetansesentre bør generelt i større grad erkjenne at det finnes felter hvor de beste fagmiljøene er lokalisert utenfor Oslo og at disse bør gis oppgaver innen rammen av en nasjonal paraply. For de tunge fagmiljøene på Vestlandet, i Trøndelag og i Nord-Norge er dette vesentlige anliggender som det forventes forståelse og respekt for i Sør og Øst.

#### **5. Hvilke arenaer finnes for å fremme prioriteringssaken (og andre saker)?**

Flere av de spørsmål som er tatt opp i Strategigruppens rapport kan håndteres innen de enkelte regionale helseforetak. Andre spørsmål, særlig de som er knyttet til nasjonal organisering av feltene kvalitet og prioritering, forutsetter medvirkning og aksept fra eier, dvs departementet. De overordnede, nasjonale spørsmål om kvalitet og prioritering som er tatt opp i Strategigruppens rapport, er åpenbart viktige også for departementet, men det foreligger også en rekke andre relaterte innspill i form av rapporter og problemstillinger som i løpet av den siste tiden er brakt inn på departementets bord. Det gjelder f.eks NIBR-rapporten og Muusmann-rapporten om evaluering av foretaksreformen mv., rapporten fra SHdir om å etablere kliniske kvalitetsregistre og interne departementsrapporter om henholdsvis kvalitet og prioritering, bare for å nevne noen. Mange av disse rapportene dreier seg om oppgave- og ansvarsfordeling mellom ulike aktører (HOD, SHdir, Kunnskapssenteret, RHFene, de medisinske fakultetene mv), både i forhold til etablerte og nye oppgaver.

Det er grunn til å anta at departementet vil se disse ulike innspillene og utredningene i sammenheng og at det vil bli gjort et forsøk på å utvikle en helhetlig politikk for de feltene og problemstillingene som er berørt i de mange rapportene. I alle fall bør det forventes av departementet at det tas slike helhetlige og sammenhengende grep. I forlengelsen av dette resonnement bør det formuleres som en klar forventning fra de regionale helseforetakene om at prosessene forut for disse beslutningene åpnes for bred deltagelse, ikke minst fra de regionale helseforetakene. AD-møtet bør derfor stille dette som et krav eller en forventning.

Hvilke arenaer som eventuelt skal etableres eller åpnes for deltagelse og innspill i forhold til ovennevnte prosesser, vil primært være opp til departementet å avgjøre, men også her kan AD-møtet komme med innspill. Problemstillingen er om dette krever en særskilt organisert arena, eller om de nevnte tema (og særlig *kvalitet* og *prioritering*) kan tenkes håndtert innenfor en mer generelt organisert kontekst/arena. Det antas at en slik generell kontekst eller arena er under etablering i tilknytning til det nasjonale helseplanarbeidet som er under oppstart i departementets regi (Jfr brev fra HOD av 14.03.06, *Nasjonal helseplan (2007-2010) – informasjon om prosess og invitasjon til å komme med innspill*). Kanskje er også dette en arena som kan tenkes egnet for å finne gode institusjonelle løsninger for den nasjonale håndtering av det knippe av problemstillinger som knytter seg til kvalitet og prioritering i helsetjenesten? I den grad det måtte knytte seg ulike sett av aktører og interessenter, eventuelt ulik prioritet og hastegrad til ovennevnte relaterte, men likevel forskjellige tema og problemstillinger, kan det eventuelt være hensiktsmessig å differensiere arenaene, f.eks gjennom etablering av undergrupper<sup>1</sup>. Generelt bør imidlertid dette sammenhengende problemfeltet gripes an på en mest mulig helhetlig måte.

#### **Forslag til vedtak:**

1. AD-møtet gir sin tilslutning til den generelle problemforståelse og analyse av prioriteringsutfordringen som er lagt til grunn i rapporten fra Nasjonal strategigruppe for prioritering.
2. AD-møtet vil særlig uttrykke anerkjennelse for den måte rapporten kopler prioriteringsarbeidet til både kunnskapsbasert medisin og til arbeidet med kvalitet i helsetjenesten.
3. AD-møtet vil påpeke at flertallet av de foreslåtte tiltak kan iverksettes i regi av de regionale helseforetak. Den konkrete oppfølging og iverksetting av tiltak innen de enkelte RHFer bør ta utgangspunkt i rapportens tiltaksliste, men gjerne tilpasses spesifikke forutsetninger og status i de enkelte regioner. Det bør understrekes at det først og fremst er de mange kliniske hverdagsbeslutningene som er styrende for de faktiske prioriteringer.
4. AD-møtet vil samtidig oppfordre regionale helseforetak til innbyrdes samarbeid, erfaringsoverføring og felles prosjekter om utvikling av tiltak for å styrke arbeidet med kvalitet og prioritering, på områder hvor dette gjensidig oppleves som naturlig og nyttig. Dette gjelder ikke minst i forhold til de store behov for å utvikle pålitelige systemer for dokumentasjon av medisinsk praksis (med vekt på både kvalitets- og prioriteringsaspektet).

---

<sup>1</sup> Dette kan for eksempel være aktuelt for å håndtere rapporten fra SHdir og andre innspill omkring etablering av kliniske kvalitetsregistre. For å forankre og kvalitetssikre prosessene rundt en slik beslutning bør ikke bare foretakene, men også fakultetene og Forskningsrådet aktivt involveres.

5. AD-møtet ser behovet for å etablere nasjonale fagråd og faglige retningslinjer på utvalgte områder (Jfr de kriterier som er redegjort for i rapporten), men vil samtidig advare mot de transaksjonskostnader som følger av å gå for langt i denne retning (med for mange råd og for høyt antall faglige retningslinjer).
6. AD-møtet vil understreke betydningen av å utvikle en overgripende nasjonal infrastruktur for arbeidet med kvalitet og prioritering. Forslaget fra Strategigruppen om å etablere et Nasjonalt senter for kvalitet og prioritering i RHF-regi bør opprettholdes, men suppleres med forslag om mulige alternative løsninger. Kravene til en alternativ løsning må være a) at den organisatorisk legges utenfor forvaltningen og b) vektlegger nettverk og formalisert samarbeid (f.eks gjennom satellitter, bistillinger mv.) med ledende fagmiljøer (fortrinnsvis universitetssykehusene/fakultetene) rundt om i landet. Betydningen av at kompetansemiljøer utenfor Oslo også gis oppgaver innen dette felt bør vektlegges.
7. AD-møtet vil peke på Kunnskapssenteret som en aktuell alternativ løsning til å etablere et nasjonalt senter i RHF-regi. Forutsetningen for å støtte en slik løsning er at kravene i punkt 6. ovenfor tilfredstilles og at Kunnskapssenterets uavhengige stilling i forhold til forvaltningen understrekes enda sterkere. AD-møtet vil i denne sammenhengen vise til forslaget fra Helse Øst RHF om å utvikle Kunnskapssenteret til et NICE-lignende organ med eget styre, som interessant.
8. AD-møtet vil på vegne av de regionale helseforetakene anmode Helse- og omsorgsdepartementet om at det etableres arenaer som gjør det mulig for RHFene å være en aktiv og kompetent premissleverandør i forhold til forestående nasjonale beslutninger knyttet til tema som kvalitet, prioritering og dokumentasjon av klinisk praksis. Det vurderes som avgjørende for disse beslutningenes kvalitet og legitimitet, at prosessene forut for disse beslutninger åpner for faglige innspill fra kompetente og berørte fagmiljøer.
9. AD-møtet vil, som en foreløpig ekspedisjon, oversende møtets vedtak i denne saken til Helse- og omsorgsdepartementet. Det tas forbehold om eventuell senere behandling av denne saken i de respektive RHF-styrer.