

Unyttige metoder må fjernes

Helseutgiftene øker i takt med utvikling av prosedyrer og medikamenter som gir nye muligheter for diagnostikk og behandling. For å opprettholde et bærekraftig helsevesen må behandlingsregimer fjernes og erstattes når nye og bedre dokumenterte metoder kommer til. Her har helsevesenet en stor jobb å gjøre.

Berit Mørland

berit.mørland@nokc.no

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004 St. Olavs plass

0130 Oslo

og

Sekretariatet

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering
i helsetjenesten

Helsetilbud handler om rettigheter, verdier, likhet – og nødvendigvis også prioritering. Det siste kan virke vanskelig i et samfunn som vårt, hvor «vi bør ha råd til» det meste (1). En av de største pådriverne i de moderne samfunnens økning i helsebudsjetten er utvikling av nye medikamenter, utstyr og prosedyrer som fører til økte muligheter for diagnostikk og behandling (2). Valg knyttet til hvordan man anvender de samlede helseressursene er vanskelige, men samtidig uunnngåelige. Det er 25 år siden initiativet til den første utredningen om prioritering i helsevesenet ble tatt i Norge. Lønning I-rapporten kom i 1987. Ti år senere kom Lønning II-rapporten *Prioritering på ny*, der det var utarbeidet nye retningslinjer for prioriteringer i helsevesenet (3). I den er det påpekt tre kriterier som må være oppfylt for at et tiltak skal bli gitt prioritet:

- tilstanden er alvorlig nok
- behandlingen har en forventet nytte
- kostnadene ved behandlingen står i et rimelig forhold til nytten.

De tre prioritiseringskriteriene som ble formulert av Lønning II-utvalget ble i 2000 inkludert i forskriftene til pasientrettighetsloven (4). Det er stor enighet og forståelse for disse kriteriene. Men det er også enighet om at vi ikke har fått gjort god nok nytte av kriteriene i praksis.

Noe inn – noe ut?

Behandlingsregimer bør fjernes hvis de gir liten klinisk nytte eller uheldige bivirkninger. Målsetningen er primært en omfordeling av ressurser til en mer effektiv og fortsatt bærekraftig helsetjeneste. Utfordringene er imid-

lertid at de «gamle» metodene fortsatt er i bruk og krever ressurser, selv om ny kunnskap og ny metodologi er etablert (5). Å fjerne metoder er enklere der det foreligger uheldige bivirkninger enn der pasientene «bare» utsettes for unødvendig eller mindre effektiv behandling. Oppfatninger som at «noen kan kanskje fortsatt ha nytte av det» og «det gjør vel ingen skade», er vanlig. Det har vært et økende fokus på systematisk vurdering av nye metoder som ønskes innført i helsevesenet, hvor klinisk effekt, bivirkninger og kostnadseffektivitet vurderes. Eksisterende metoder har ikke alltid vært gjenstand for like systematisk vurdering, noe som også gjør det vanskelig å dokumentere og begrunne hvorfor de ikke lenger bør være i bruk. Helseforvaltningen i flere land har problemstillingen med å fjerne utdaterte eller unødvendige metoder på sin dagsorden. En systematisk (re-)vurdering også av den «gamle» metoden synes å være løsningen. Det har til og med vært foreslått en fast aldersbestemt gjennomgang av metoder i helsevesenet en viss tid etter innføring, som «datostempling» av matvarer (6).

Internasjonale erfaringer

Internasjonalt er det gjennomført flere prosjekter på utfasing av gamle metoder. I Storbritannia ble National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) i 2006 utfordret av helseministeren til å identifisere og fjerne ineffektive prosedyrer. NICE gjorde en pilotstudie der klinikere innen mange fagområder ble bedt om å identifisere unødvendige prosedyrer over et visst kostnadsnivå for samfunnet. Det var særlig unødvendig bruk av antibiotika og diagnostiske tester som ble identifisert. Resultatet av vurderingene ble innarbeidet i NICEs retningslinjer. Etter 2006 har instituttet fått i mandatet at man ved vurdering av nye metoder (NICE guidance) og utarbeiding av retningslinjer (NICE guidelines) alltid skal identifisere hva som eventuelt kan erstattes (7).

USA har et mindre helhetlig helsevesen og strever med å forbedre dette. I den forbindelse uttalte president Barack Obama i en tale at det å fjerne unødvendige meto-

der var nødvendig for å finansiere to tredeler av de antatt 900 milliarder dollar som et utvidet helsetilbud vil koste over en tiårsperiode. Han baserte seg da muligens på en studie fra 1990 (8). Allerede da hevdet man at innføringen av ny teknologi og samtidig (unødig) bruk av den eksisterende utgjorde halvparten av økningen i helsebudsjettet (8). I flere andre land fjerner man nå gamle metoder ved systematisk gjennomgang av fagområder (6). I Sverige er det utviklet en nasjonal modell der en liste av prioritiseringsforslag utarbeides innenfor hvert fagområde på grunnlag av vurdering av kostnad-nytte samt etiske og organisatoriske konsekvenser og klinisk erfaring, deretter diskuteres disse forslagene i en horisontal integrering mellom fagområder (9).

Hva er gjort i Norge?

I Norge har vi ikke overordnede rutiner for vurdering av hvilke eksisterende metoder som bør fjernes i helsetjenesten. Ulike aktører er involvert i beslutninger i forhold til innføring og utfasing av metoder i helsevesenet.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal styrke kunnskapsgrunnlaget for faglige beslutninger i helsetjenesten, blant annet ved å identifisere og oppsummere faglig dokumentasjon på effekt og kostnad-nytte av nye og etablerte metoder. Kunnskapssenteret har sammen med Helse Vest gjennomført en pilotstudie om et beslutningsstøtteverktøy for å registrere hva som kan erstattes og dermed kan fases ut ved innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten.

Statens legemiddelverk foretar jevnlig vurderinger av medisinsk likeverdige generika til listen over byttbare legemidler i apotek. Dette kan gi store besparelser når patentbeskyttelsen utgår for reseptbelagte legemidler. I samarbeid med Kunnskapssenteret vurderes også hele legemiddelgrupper for å sammenlikne effekt og sikkerhet. Hensikten er å undersøke om det finnes forskningsgrunnlag for å anbefale å velge ett preparat fremfor et annet (foretrukket legemiddel).



Illustrasjon Stein Løken

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten (10) ble etablert som et tiltak i den nasjonale helseplanen (2007–10). Det skulle tydeliggjøre de ansvarsbærende aktørenes rolle og ansvar i kvalitets- og prioritiseringsarbeid. Rådets 25 medlemmer utgjøres av ledere i sentral helseforvaltning, de regionale helseforetakene, kommunehelsesektoren samt representanter for profesjonsforeninger, brukerorganisasjoner og undervisningssektor. Ett av rådets fem mandatpunkter er å vurdere spørsmål knyttet til innføring av ny og kostbar teknologi. Dette punktet har hittil fått størst oppmerksomhet. Det har reist en diskusjon om behov for utfasing av eksisterende metoder som et middel til å frigi ressurser både i primær – og sekundærhelsetjenesten. I mange tilfeller har ikke gamle metoder den dokumentasjonen på kostnad-nytte som nå forventes av ny teknologi. Som et eksempel har rådet konkludert med at kirurgi ved sovn-apné er overforbruk av en prosedyre som ikke har tilstrekkelig dokumentasjon på effekt og sikkerhet. Dette førte til reduserte DRG-takster for prosedyren og over 30 % reduksjon i klinisk aktivitet i løpet av et år (informasjon fra Norsk pasientregister).

Ut fra behandlingen av mange konkrete enkeltaksjer har rådet tatt initiativ til et eget

nasjonalt system for vurderinger ved innføring av ny og kostbar teknologi i spesialisthelsetjenesten, slik det finnes i mange andre land.

Konklusjon

Systematiske vurderinger av etablerte metoder bør inngå som grunnlag for gode prioritiseringsprosesser i helsevesenet. I prinsippet bør slike vurderinger bygge på de samme kriteriene som benyttes for innføring av nye tiltak. Ved å øke bevisstheten på hva som bør ut kan man få en mer balansert flyt av teknologier i helsevesenet: Hva er medisinsk godt begrunnet og hva er kostnad-nytte-effektivt? Hva er komplementære metoder eller hva er substitutter og kan erstattes? Hva er overforbruk, eller direkte feil- og misbruk? Teknologien kan fortsatt være relevant, men indikasjonen kan være endret.

Slike vurderinger bør gjøres ved innføring av ny og kostbar teknologi i spesialisthelsetjenesten og når helsemyndigheter, foretak, profesjonsforeninger og andre utarbeider nye eller oppdaterer tidligere retningslinjer eller prosedyrer.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Nøkkeltallrapport for helsesektoren 2009. Oslo: Helsedirektoratet, 2010.
2. Daniels N, Sabin JE. Setting limits fairly: can we learn to share medical resources? Oxford: Oxford University Press, 2002.
3. Norges offentlige utredninger. Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. NOU 1997: 18.
4. Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63 (pasientrettighetsloven). Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1999. www.lovdata.no/all/l-19990702-063.html (31.3.2010).
5. Elsthaug AG, Moss JR, Littlejohns P et al. Identifying existing health care services that do not provide value for money. Med J Aust 2009;190: 269–73.
6. Joshi NP, Stahnsch FW, Noseworthy TW. Reassessment of health technologies: obsolescence and waste. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2009.
7. Hughes DA, Ferner RE. New drugs for old: disinvestment and NICE. BMJ 2010; 340: c572.
8. Banta HD, Thacker SB. The case for reassessment of health care technology. JAMA 1990; 264: 235–40.
9. PrioriteringsCentrum – Nationellt kunskapscentrum för prioritering inom vård och omsorg. Prioriteringer i Västerbottens läns landsting 2008. <http://e.lio.se/prioriteringscentrum> (31.3.2010).
10. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten. www.kvalitetogprioritering.no (31.3.2010).

Manuskriptet ble mottatt 5.2. 2010 og godkjent 8.4. 2010. Medisinsk redaktør Lars Frich.