

Åpne prosesser for prioritering

Gapet mellom behov og tilgjengelige ressurser innebærer at det alltid må foretas prioriteringer i helsevesenet. Måten prioriteringene gjøres på, er avgjørende for om disse vanskelige beslutningene i neste omgang oppfattes som legitime innenfor tjenestene og av befolkningen og pasientene.

Ånen Ringard

rin@kunnskapssenteret.no

Berit Mørland

John-Arne Røttingen

Nasjonalt kunnskapssenteret for helsetjenesten
Postboks 7004 St. Olavs plass
0130 Oslo

Debatten om prioritering i helsevesenet eller beslutninger om hvilke helsetjenester man ønsker eller eventuelt ikke ønsker å tilby befolkningen, har pågått mer eller mindre uavbrutt i Norge siden midten av 1980-årene. Det startet med en offentlig utredning i 1987 fra det såkalte Lønning I-utvalget (1). Ti år senere kom så den neste offentlige utredningen, Lønning II-utredningen (2), der tre allment aksepterte kriterier for prioritering ble utformet:

- tilstandens alvorlighetsgrad
- behandlingens effekt
- behandlingens kostnadseffektivitet

Disse er senere blitt inkorporert i pasientrettighetsloven fra 2001 med tilhørende forskrifter (3). I tillegg til prioriteringskriteriene anbefalte også Lønning II-utvalget økt åpenhet og sterkere institusjonalisering av prioriteringsprosessene. Derfor ble det i 2000 etablert et prioriteringsråd. I forbindelse med at mandatet ble revidert og nye rådsmedlemmer utnevnt i 2004, ble det også uttrykt at allmennheten måtte få bedre innsyn i beslutningsgrunnlaget. Prioriteringsrådet var i funksjon frem til 2006 (4).

Prioriteringsdebatten er således ikke ny i Norge. Den blusset opp igjen da helsedirektør Bjørn-Inge Larsen i Aftenposten 5. juni i år pekte på at man også i Norge må være forberedt på å si nei til nye behandlingstilbud fordi de blir for kostbare (5). Både før og etter dette har mange pekt på behovet for større åpenhet om prioriteringsprosjekt (6). Kan etableringen av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten være et bidrag til større åpenhet og mer eksplisitte valg?

Hva er en åpen og legitim prosedyre?

På samme måte som for prioriteringsbeslutninger kan det være uenighet om hva som

ligger i en åpen og legitim prosedyre for prioritering. I internasjonal litteratur er det utviklet en normativ tilnærming som over tid har vunnet anerkjennelse og generell aksept. Teorien, utviklet av Norman Daniels og Jim Sabin ved Harvard University, går under navnet «accountability for reasonableness» (6, 7). Utgangspunktet er at det i et samfunn vil kunne være rimelig uenighet om verdispørsmål. Ved slik uenighet vil *en god prosess* være den beste måten å løse legitim uenighet på. De stiller opp fire krav til hvordan en slik prosess bør utformes (ramme 1). I utgangspunktet er dette en normativ teori, men i det følgende vil den bli benyttet som målestokk for å vurdere saksbehandlingsprosedyrene til Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten.

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten

I Nasjonal helseplan (2007–2010) ble det pekt på at kvalitetsarbeid og prioriteringsarbeid henger sammen, og at styring og utvikling innenfor disse områdene må skje på nasjonalt nivå (4). Det ble derfor foreslått å opprette et nytt, overordnet organ med oppgaver innenfor kvalitet og prioritering. Etter at helseplanen var behandlet i Stortinget, besluttet Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å etablere et nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten fra 2007. Hensikten var blant annet å tydeliggjøre de ulike aktørenes roller og ansvar på området, bedre samarbeidingen mellom nivåene og å skape mer helhet og åpenhet. Disse ambisjonene er med i rådets mandat (8). Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten kan ses på som en videreføring av det tidligere Prioriteringsrådet.

Ifølge mandatet skal Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering være sammensatt av ledere fra virksomheter med ansvar for helsetjenester (inkludert utøvere), fra forvaltningen, fra brukerorganisasjoner og fra universiteter og høyskoler. I ramme 2 kan man se temaene som faller innenfor rådets arbeidsområde.

Rådet har en rådgivende funksjon om spørsmål knyttet til kvalitet og prioritering

i helsetjenesten. Det vil ikke kunne gi pålegg om hvordan den enkelte virksomhet skal følge opp eventuelle tilrådinger, men tidligere helse- og omsorgsminister har understreket en forventning om at helsetjenestens aktører følger opp vedtakene. Rådsarbeidet har eget sekretariat som ivaretas av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret).

Rådets arbeidsprosesser

I det følgende diskuteres Nasjonalt råds etablerte arbeidsform i forhold til hvert av de fire kriteriene i Daniels & Sabins teori (7).

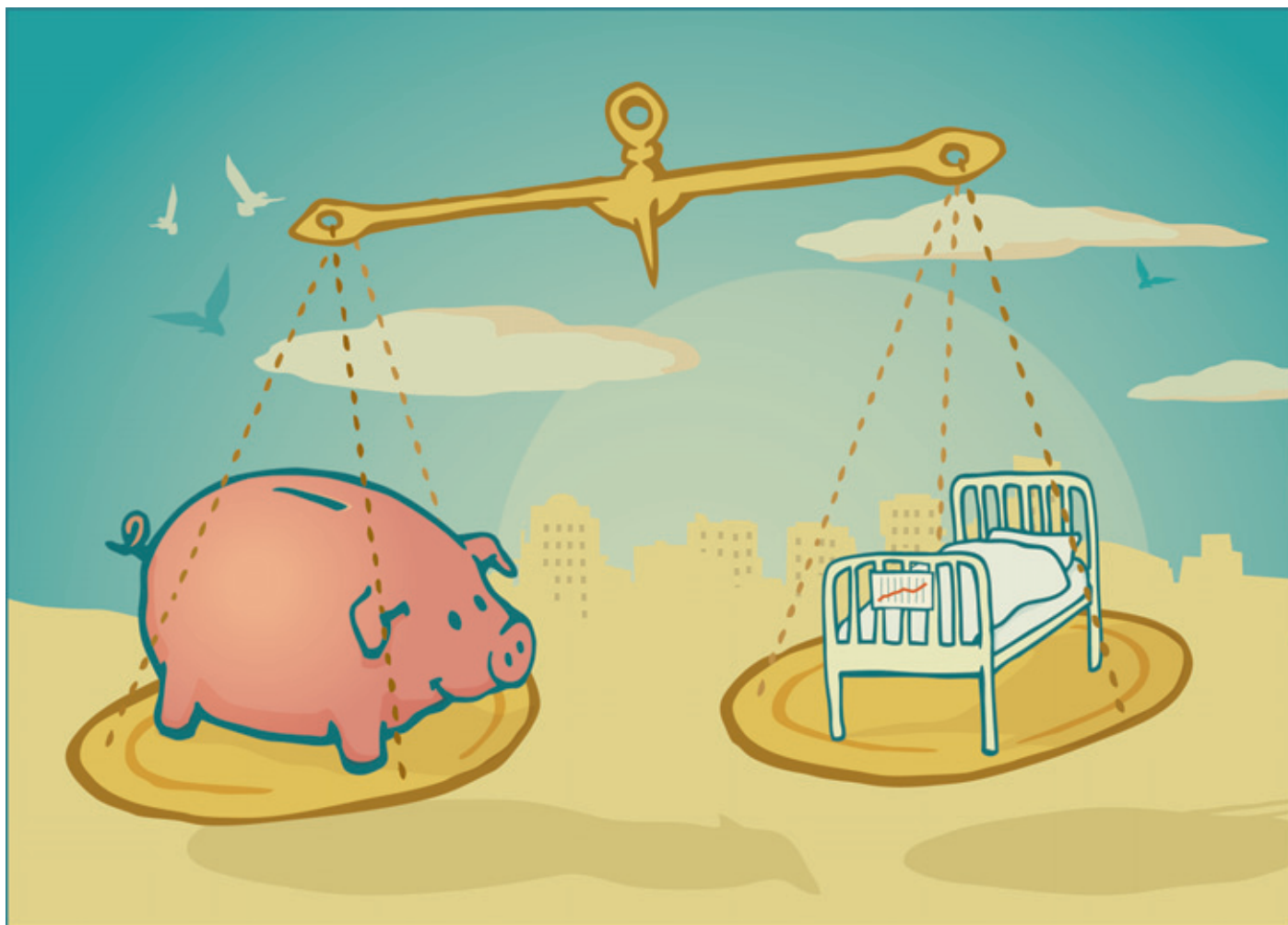
Åpenhet

I mandatet heter det at i utgangspunktet skal kun forvaltningsloven og offentlighetsloven gjelde. Videre understrekes det at «rådets uttalelser er offentlige med mindre annet følger av lovbestemt taushetsplikt». Disse nokså sparsomme føringene gjorde at medlemmene valgte å sette av tid til

Ramme 1

Prosedyre for prioritering, basert på Daniels & Sabin (7)

- *Åpenhet.* Prioriteringsbeslutninger skal være offentlige, og begrunnelsene skal være offentlig tilgjengelig
- *Relevans.* Begrunnelsene skal være relevante, dvs. at de må hvile på faglig dokumentasjon og grunner/prinsipper som alle berørte parter kan akseptere som relevante for å foreta denne typen beslutninger
- *Klageadgang og korreksjon.* Det bør eksistere mekanismer for klager og kritikk av avgjørelser der det er uenighet om beslutningene, herunder også mulighet til å revidere beslutninger i lys av ny dokumentasjon eller nye argumenter
- *Regulering og institusjonalisering.* Det bør være offentlig eller frivillig regulering av de mekanismer og prosedyrer som sikrer at kravene 1–3 blir oppfylt



Illustrasjon Stein Løken

å meisle ut rådets arbeidsform i løpet av de første møtene. Blant annet ble det bestemt at rådets uttalelser skulle være offentlige og at møtene skulle være åpne for de som måtte ønske å høre diskusjonene.

Hovedargumentet var at man ville unngå spekulasjoner om hva som ble diskutert og hvilke argumenter som ble lagt til grunn for anbefalingene. Diskusjonen ble avsluttet med behandlingen av saken «Hva blir saker og hvordan skal de behandles?» 8. oktober 2007 (9). I forlengelsen av dette ble det også besluttet å etablere egne nettsider. Der skulle man legge ut foreslåtte saker (vignetter), samtlige saksdokumenter, rådets anbefalinger og møtereferater. Rådet vedtok også at saker man ikke ønsket å behandle, skulle publiseres sammen med en kort begrunnelse. Sekretariatet har en målsetting om at alle saksdokumenter skal være tilgjengelig ca. tre uker før hvert møte. For å sikre åpenhet rundt sitt arbeid har rådet også invitert nasjonale eksperter for å belyse aktuelle saker.

Relevans

Gjennom rådets arbeidsform søker man å sikre at de mest relevante og viktigste temaene til enhver tid står på dagsorden.

Dette gjøres ved at alle forslag til nye saker belyses ved hjelp av et kort problemnotat (vignette), som rådsmedlemmene så i plenum beslutter om skal drøftes videre. I prioriteringssaker er det de generelle kriteriene, alvorlighet, effektivitet og kostnadseffektivitet som ligger til grunn for diskusjoner og anbefalinger (3).

Rådet har også vært opptatt av at diskusjonene skal baseres på best mulig tilgjengelig kunnskap. Særlig har dette vært viktig i spørsmål knyttet til innføring av ny teknologi, legemidler, medisinskteknisk utstyr og prosedyrer. I slike saker har rådet fått utarbeidet medisinske metodevurderinger som inneholder dokumentasjon om tiltakets medisinske effekt, sikkerhet og om nytten står i et rimelig forhold til tiltakets effekt. I tillegg vil metodevurderingene ofte inneholde etiske vurderinger og analyse av organisatoriske konsekvenser av å ta en ny teknologi i bruk. På denne måten søker man å tilfredsstille rådets ønske om at også motforestillinger og mulige dilemmaer ved sakene skal være belyst.

Et eksempel på en sak der det ble fremlagt en så omfattende dokumentasjon, var i spørsmålet om man skulle innføre profylaktisk vaksine mot humant papillomvirus

(HPV) i det nasjonale barnevaksinasjonsprogrammet (10). Rådet behandlet denne saken i to møter i 2007/2008, og flertallet anbefalte innføring av vaksinen. Denne anbefalingen ble senere fulgt opp av regjeringen og Stortinget gjennom de ordinære budsjettprosessene høsten 2008.

Klageadgang og korreksjon

Nasjonalt råd er fortsatt en relativt ny konstruksjon. At det knytter seg uenighet til en sak også etter at saken har vært drøftet av rådet, er helt vanlig. Et eksempel er at diskusjonene rundt innføring av HPV-vaksine fortsatte i andre fora lenge etter at rådet hadde avsluttet sin behandling våren 2008. Et annet eksempel er kateterbasert implantasjon av hjerteklaffer. Etter rådets behandling av denne saken ønsket fagmiljøene en ny prosess i de regionale helseforetakene, og konklusjonen her ble i tråd med rådets anbefaling. Klager er også mottatt fra Legemiddelindustriforeningen i en sak om bruk av et medikament uten markedsføringstillatelse for aldersrelatert maculadegenerasjon.

Det finnes altså flere eksempler på at klager er mottatt og håndtert av rådet. Det har så langt ikke vært eksempler på saker som

Ramme 2

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenestens arbeidsområder

- Uakseptable forskjeller i tjenestetilbudet på tvers av fagområder, geografi eller sosiale grupper
- Innføring av ny og kostbar teknologi/ legemidler i sykehus
- Fordeling og bruk av nasjonale kompetansesentre og landsfunksjoner/ fler-regionale funksjoner
- Utvikling av nasjonale retningslinjer på særlige områder for å ivareta et likeverdig helsetilbud av god faglig kvalitet
- Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner, herunder behandlingsformer som påvirker kvalitet, arbeidsdeling og dermed prioritering, ressurs- og kompetansefordeling mellom de ulike nivåene i helsetjenesten

formelt er blitt fremmet på nytt for å reversere en tidligere beslutning. Det er imidlertid ikke noe i veien for at dette kan skje i fremtiden. Snarere er det slik at dersom det fremkommer ny dokumentasjon som setter spørsmålstegn ved tidligere anbefalinger, og ingen andre handler på grunnlag av den

nye informasjonen, så vil en ny rådsbehandling være en hensiktsmessig tilnærming.

Regulering og institusjonalisering

Etableringen av rådet er i seg selv en institusjonalisering av prioriteringsprosessen. I tillegg understreker rådets mandat og arbeidsprosesser at åpenhet, relevans og mulighet for klager også er til stede. Hvis vi utvider det fjerde kravet til at *alle relevante* saker skal underkastes en systematisk vurdering og prioritering, tilfredsstilles ikke dette kravet per i dag. Det er således intet krav om at én bestemt type saker alltid skal behandles av rådet, eller at medlemmene må fremme bestemte saker for rådet. Dersom det er problemstillinger medlemmenes organisasjoner ønsker å håndtere innenfor egne rekke, er det fortsatt fullt mulig. Det diskuteres imidlertid om man systematisk bør forelegge visse saker for rådet, som innføring av ny kostbar teknologi, nasjonale screeningprogrammer og vaksiner eller vurdering av sykdomsgrupper for etablering av nasjonale helseregistre.

Oppsummering

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering er med sitt drøyt tre år lange virke fortsatt en ny aktør innenfor det norske helsevesenet. Rådets ambisjon var allerede fra begynnelsen av å etablere en så åpen arbeidsprosess som mulig omkring sine anbefalinger. Om man har lykket med denne ambisjonen, må imidlertid være opp til andre å vurdere.

Oppgitte interessekonflikter: Alle forfatterne er medlemmer av sekretariatet i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten.

Litteratur

1. Norges offentlige utredninger. Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste. NOU 1987: 23. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1987.
2. Norges offentlige utredninger. Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. NOU 1997: 18. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1997.
3. LOV 1999-07-02 nr. 63. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). www.lovdato.no/all/hl-19990702-063.html [14.10.2010].
4. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helseplan (2007-2010). Særtrykk av st.prp.nr.1 (2006-2007) kapittel 6. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, 2006.
5. Hornburg TB, Westerveld J. Noen må få nei i Helse-Norge. Aftenposten 5.6.2010.
6. Johanson KA, Miljeteig I, Norheim OF. Høystkostnadsmedisin – mangler vi åpne og legitime prosedyrer for prioritering? Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 17-20.
7. Daniels N, Sabin JE. Setting limits fairly. Learning to share resources for health. 2. utg. London: Oxford University Press, 2008.
8. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten. Mandat. www.kvalitetogprioritering.no/R%C3%A5det/Mandat [2.5.2010].
9. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten. Hva blir saker og hvordan skal de behandles? www.kvalitetogprioritering.no/Saker/12149.cms [2.5.2010].
10. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten. Innføring av HPV-vaksine i det nasjonale vaksinasjonsprogrammet. www.kvalitetogprioritering.no/Saker/12152.cms [4.5.2010].

Manuskriptet ble mottatt 27.5. 2010 og godkjent 16.9. 2010. Medisinsk redaktør Anne Kveim Lie.