



Norsk overlegeforening

DEN NORSKE LEGEFORENING

Den norske legeforening

her.

Deres ref.:

Vår ref.: CG/LMF

Dato: 16.04.2019

Høring – NOU 2018:16 Det viktigste først (Blankholm- utvalget)

Det vises til brev fra Legeforeningen datert 26. februar 2019.

Styret i Norsk overlegeforening (Of) behandlet saken i styremøtet 10. april 2019. Styret vedtok følgende uttalelse:

Vi takker for anledningen til å komme med innspill.

Blankholmutvalget foreslår i hovedtrekk å anvende de samme mekanismene og prinsippene som Magnussen-gruppen foreslo å anvende i spesialisthelsetjenesten, og som ble vedtatt gjennom Stortingets behandling av prioriteringsmeldingen. Of har gitt høringsinnspill i disse sakene, samt til høringsbrevet med forslag til lov- og forskriftsfesting. Norsk overlegeforening viser til disse innspillene (vedlagt).

Innledningsvis vil Of trekke frem noen av de etiske dilemmaene som prioriteringsspørsmål reiser, og som i begrenset grad er drøftet i utvalgets ellers så omfattende rapport.

Vi kan skille mellom tre hovedformer for etikk; nytteetikk, pliktetikk og dydsetikk.

Nytteetikken vektlegger de samlede konsekvensene av en handling, og kan gi begrunnelse for å velge handlinger hvor det ytes ulik hjelp til ulike individer, fordi den samlede nytten av den hjelpen som tilstås vil være ulik. Vi kan velge å prioritere ressursene til den trengende hvor vi får mest nytte for ressursinnsatsen. Ressurskriteriet foreslått av Magnussen-gruppen, med bruk av QALY som utfallsmål, er basert på et slikt etisk tankesett.

I pliktetikk vektlegges våre plikter. Det kan omfatte formelle og uformelle plikter. I de vedtatte prioriteringskriteriene kan vi kanskje i noen grad gjenfinne pliktetikken i alvorlighetskriteriet og inndelingen i helsetapsklasser; vi plikter å hjelpe de som er hardest rammet i større grad enn de som har mindre plager.

Dydsetikk kan ikke skilles skarpt fra pliktetikk, men i dydsetikken er det våre dyder, altså våre gode moralske egenskaper som er norm, egenskaper som godhet, kjærlighet og barmhjertighet. Mens pliktetikken tar utgangspunkt i våre plikter, vektlegger dydsetikken handlinger ut ifra om

de er i overenstemmelse med individets dyder. De tre etiske hovedformene inngår naturligvis i vurderinger i en rekke sammenhenger i samfunnet, men i særlig grad i helse- og omsorgstjenestene. De utgjør altså deler av vår samfunnsorden

Blankholm-utvalget viderefører i hovedsak de etiske avveiningene som ble trukket frem av Norheim-utvalget og Magnussen-gruppen. Etter Ofs syn er dette uheldig. Fordi de etiske avveiningene var mangelfulle i disse arbeidene, men også fordi de etiske problemstillingene blir særlig påtrengende når en utilitaristisk – altså nytteetisk – tilnærming anvendes i pleie- og omsorgstjenestene. Som i de tidligere arbeidene blir hensyn som kan henføres til pliktetikk og dydsetikk avskrevet innledningsvis, ved å konstatere at vi ikke kan hjelpe alle som er i behov av hjelp. Of anser at dette er et premiss som i større grad bør underlegges drøfting. Hvis premisset er gyldig bør det gjøres en drøfting av hvilke konsekvenser en slik regelbinding til nytteetikk vil ha. Vil pasientene, de ansatte og samfunnet forøvrig forsone seg med og akseptere en innretning hvor alvorlig syke pasienter avskjæres fra helsehjelp som de ellers kunne hatt tilgang til, men som ut i fra en teoretisk avveining vil skape et for stort ressursbehov til at det kan være bærekraftig på sikt? Hvis dette ikke forstås, hva vil konsekvensene være? Etter Ofs syn er dette helt avgjørende spørsmål som bør vektlegges i fastsettelsen av prioriteringskriteriene. Hvis vi fastsetter kriterier som ikke forstås eller aksepteres, vil dette svekke oppslutningen til våre felles helsetjenester. Etter Ofs syn er disse utviklingstrekkene allerede tydelige. Innretningen av tilgang til helsetjenestene kan også danne norm på andre samfunnsområder, og det kan derfor hevdes at dette er en grunnleggende problemstilling knyttet til hvordan vi skal innrette velferdsstaten inn i framtiden.

Norheim-utvalgets forslag til overordnet prinsipp ble videreført av Magnussen-gruppen og lagt til grunn i Prioriteringsmeldingen; at et tiltak skal innføres hvis tiltaket ikke har dårligere effekt (kost/nytte) enn de tiltakene som allerede er innført. Norheim gav et anslag for gjennomsnittlig kostnad – alternativkostnad – for tiltak i helsetjenesten basert på en enkelt forskningsartikkel fra England. 1 Studien er omstridt, og både Norheim-utvalget og Magnussen-gruppen understreket gjentatte ganger at den faktiske alternativ-kostnaden i norsk helsetjeneste måtte fastslås. 2 Blankholm-utvalget følger ikke opp disse henstillingene, og problematiserer heller ikke på annen måte anslaget på 275 000. Dette er uheldig. Of har tidligere gjort følgende merknader i forbindelse med forslagene til endringer i Pasient- og brukerrettighetsloven;

«Etter Of syn er alternativkostnad kun egnet til bruk i prioriteringsarbeidet i den grad den samstemmer med befolkningens betalingsvilje. Det bør gjøres nærmere undersøkelser av innbyggernes betalingsvilje, og det bør igangsettes et arbeid med sikte på å fastsette alternativkostnad i norsk helsetjeneste. I denne sammenheng bør også andre metoder for fastsettelse av grensekostnad framstilles, og det bør gjøres sammenligninger med betalingsvilje

¹ Claxton, K., Martin, S., Soares, M., Rice, N., Spackman, E., Hinde, S., Devlin, N., Smith, P.C. and Sculpher, M. (2013) Methods for the estimation of the NICE cost effectiveness threshold. CHE Research Paper 81. Revised report following referees' comments. York: Centre for Health Economics, University of York.

² Barnsley P., Towse A., Schaffer K., Sussex J. Critique of CHE Research Paper 81: Methods for the Estimation of the NICE Cost Effectiveness Threshold Office of Health Economics December 2013.

for helseeffekter i andre sektorer enn helse. Det vises i denne sammenheng til Helsedirektoratets anslag for QALY i øvrige sektorer»

Betraktningene er særlig relevante når mekanismen og betalingsgrensen foreslås innført i pleie- og omsorgssektoren. Kostnadene i kommunal pleie- og omsorg kan overskride den fastsatte alternativkostnaden med 5-10 ganger; en sykehjemsplass kan ha en kostnad på mer enn 2 millioner per QALY. Magnussen-gruppen drøftet denne problematikken kort, og anførte at her måtte verdighetshensyn komme til anvendelse. I pleie og omsorgssektoren vil denne type hensyn være relevant også i andre sammenhenger. Of vil tydeliggjøre dette med et eksempel:

Hvis en bruker over 75 har livskvalitet anslått til 30 % vil tiltaksgrensen for livsforlengende tiltak være 30 prosent av 275 000, altså 82 500 per år. Kostnadsgrensen per dag vil da være 226 kroner.

De aller fleste kommunale tiltak vil overstige denne grensen og da i prinsippet ikke være tilstrekkelig kostnadseffektive til at de kan innføres gitt at de foreslåtte kriteriene innføres. Det kan anføres at her vil verdighetshensyn måtte komme til betraktning. Men fordi dette i varierende grad vil gjelde flertallet av brukere i pleie- og omsorgstjenestene er det grunn til å reise spørsmål om metodikken og prinsippene i det hele tatt er egnet i denne sektoren.

Også andre grunnleggende etiske dilemmaer trer tydelig fram når metodikken skal anvendes i pleie- og omsorgssektoren;

Hvis en bruker (over 75) har sterkt nedsatt livskvalitet, som i eksempelet over til 30 prosent, vil tiltaksgrensen være 226 kroner per dag. For en annen bruker, som har 100 prosent livskvalitet vil derimot beløpet være det tredobbelte – 753 kroner per dag.

Vi kan altså forsvare å iverksette tiltak til en betydelig høyere kostnad til den friske brukeren, mens den sykeste ikke vil tilbys tiltaket, ikke fordi brukeren ikke vil ha nytte av det, men fordi brukeren ikke er verdt tiltaket, i det foreslåtte regimet. Dette utfordrer naturligvis både innbyggernes og de helseansattes rettferdighetssans, og kommer i konflikt med et prinsipp om likeverd.

Utvalget presiserer at mekanismen ikke skal føre til en nedprioritering av eldre. Of vil imidlertid bemerke at den grunnleggende mekanismen, med helsetapsklasser og hvor tiltaksgrensen er avhengig av tiltakets effekt målt i QALY i seg selv kan betraktes som en nedprioritering av eldre. Som vi har sett i eksempelet over vil livsforlengelse hos en bruker med lavere livskvalitet gi mindre helsegevinst og dermed ikke være berettiget til like høy ressursinnsats som til en bruker med høy livskvalitet. Videre vil inndelingen i helsetapsklasser ført til at helsetap tidligere i livet berettiger høyere ressursinnsats enn senere i livet. Eldre vil havne i den lavest prioriterte helsetapsklassen og vil også gjennomgående ha lavere livskvalitet enn yngre. Begge forholdene trekker altså i retning av en nedprioritering av eldre.

Utvalget redegjør for en rekke prioriteringssituasjoner i pleie og omsorgstjenestene og i fastlegepraksis. De påpeker at kunnskapsgrunnlaget for å fatte bedre strukturerte beslutninger er mangelfullt. Of deler denne vurderingen, og vil anmerke at dette også er tilfelle i spesialisthelsetjenesten, selv om grunnlaget der er noe bedre.

Til tross for mangelfullt grunnlag og til tross for at rammeverket for prioritering i pleie og omsorgstjenestene ikke er like tydelig som i spesialisthelsetjenesten treffes det altså en rekke prioriteringsbeslutninger i tjenestene. Dette fremstilles godt i rapporten. Vurderingene som gjøres er i stor grad basert på kvalitativ tilnærming og bruk av skjønnsbetraktninger. Hvis denne type vurderinger skal tilsidesettes til fordel for et annet system, som utvalget foreslår, bør det foreligge en rimelig grad av sikkerhet for at det nødvendige beslutningsgrunnlaget er etablert og at de foreslåtte kriteriene vil sikre en bedre prioriteringsmekanisme.

Det fremkommer av drøftingene innledningsvis at Of stiller seg kritisk til prinsippene fordi de i så sterk grad vektlegger nytteetikk og ikke ivaretar øvrige etiske hensyn godt nok. Videre er Of kritisk til beløpsgrensen for alternativkostnad, som er videreført fra de tidligere prioriteringsarbeidene. Of mener også at pleie og omsorgstjenestenes karakter gjør at denne type mekanismer er særskilt lite egnede. Til sist vil Of påpeke at beslutningsgrunnlaget for å anvende slike prinsipper ikke er tilstede, og neppe på noe tidspunkt vil kunne bli godt nok til at en slik mekanisme vil være mer egnet enn utøvelse av skjønn. Of går altså imot gruppens forslag. Of vil istede vise til betraktningene Magnussen-gruppen gjorde rundt verdighetshensyn, og som utvalget drøfter kort i kapittel 14. Of anbefaler at disse avveiningene legges til grunn for prioritering i pleie og omsorgssektoren.

Med vennlig hilsen
Norsk overlegeforening

Jon Helle (sign.)
leder