



Universitetet
i Stavanger

DET TEKNISK-NATURVITENSKAPELIGE FAKULTET

MASTEROPPGAVE

Studieprogram/spesialisering: Industriell Økonomi: - Prosjektledelse - Investering og finans	Vårsemesteret, 2017 Åpen
Forfatter: Andreas Tyrholm (signatur forfatter)
Fagansvarlig: Eirik Bjorheim Abrahamsen	
Tittel på masteroppgaven: Prioriteringskriterier i helsetjenesten – Om riktigheten av bruk av samme kriterier for prioritering på helsetjenestens fire nivåer Engelsk tittel: Criteria for prioritization in health care – on the use of the same criteria for prioritization on the four levels of the Norwegian health care system	
Studiepoeng: 30	
Emneord: Helse- og omsorgstjenesten Prioriteringsbeslutninger Beslutningsstøtte	Sidetall: 83 + vedlegg/annet: 18 + 3 lydfiler Stavanger, 15. juni 2017

Prioriteringskriterier i helsetjenesten – Om riktigheten av bruk av samme kriterier på helsetjenestens fire nivåer

Masteroppgave av

Andreas Tyrholm

Universitetet i Stavanger

2017

Forord

Denne masteroppgaven er mitt avsluttende arbeid i forbindelse med masterstudie i industriell økonomi med ingeniørfaglig fordypning i risikostyring og økonomisk spesialisering innen både prosjektledelse og investering og finans ved Universitetet i Stavanger. Mastergradsutdannelsen har gitt meg den kunnskapen jeg føler jeg har trengt for å være klar for å møte nye, komplekse utfordringer i arbeidslivet, i skjæringspunktet mellom teknologi og økonomi.

Da jeg startet arbeidet med masteroppgaven spurte jeg flere forelesere innenfor risikostyringsfaget om hvor de så for seg at fagfeltet hadde fokuset sitt fem til ti år frem i tid. Svaret jeg fikk var entydig: helsesektoren. Jeg fant dette både interessant og motiverende og valgte så å se på hvordan helsetjenesten gjennomfører sine prioriteringer, noe som kan ses på som deres måte å kontrollere sin egen risikoeksponering på.

Å velge å skrive en masteroppgave som i og for seg ikke bygger på noe jeg har lært gjennom studiene har både vært skremmende og lærerikt. Det har gått mye tid med til å sette seg inn i en helt annerledes sektor, med en annen måte å tenke på og det har utviklet min evne til å se sammenhengen mellom enkeltbeslutninger og det store bildet.

Arbeidet har vært krevende og først og fremst vil jeg takke min veileder, professor Eirik Bjørheim Abrahamsen, for konstruktive tilbakemeldinger på oppgavens oppbygning og innhold. Det har vært til stor nytte å få kritikk og tilbakemeldinger og det settes det stor pris på.

Videre ønsker jeg å takke intervjuobjekter som har stilt opp med inngående faglig kunnskap, både ansikt til ansikt og over telefon. Deres innsikt har vært til stor hjelp for å gi oppklaring i innviklede prosesser og for å belyse prosessene gjennom eksempler.

Jeg ønsker og å takke familien. Som yngstemann av fem så er det fort mange å takke, men det rettes en særlig takk til de som har stått meg nærmest gjennom hele oppveksten og som alltid er der. Veien har ikke vært den letteste og deres støtte har vært uunnværlig.

Til sist, men ikke minst, vil det rettes en spesiell takk til min bedre halvdel. Selv om du gjerne har merket at arbeidet med denne oppgaven har tatt mye av tiden og energien min har du vært der hele veien. Uten din støtte og ditt humør hadde ikke dette arbeidet latt seg gjennomføre og jeg setter umåtelig stor pris på at du alltid er der.

Sammendrag

Begrensede ressurser fører utelukkende til et behov for å prioritere hvordan ressursene skal benyttes. Helsetjenesten er intet unntak og med en befolkning som bare krever mer og mer av allerede begrensede ressurser oppstår det et behov for å øke utnyttelsesgraden og man må rettferdiggjøre bruken av ressursene i mye større grad enn tidligere. Prioritering av helse- og omsorgstjenester medfører at noen får mens andre ikke får og det må i så måte rettferdiggjøres hvordan og hvorfor noen prioriteres og andre ikke.

Regjeringen har gjennom Melding til Stortinget nummer 34 ”Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering” vedtatt at *nytte-, ressurs-, og alvorlighetskriteriet* skal legges til grunn for *alle* prioriteringsbeslutninger på *alle* fire nivåer presentert i meldingen. Nivåene presentert i meldingen er henholdsvis *klinisk nivå, gruppenivå, administrativt nivå og politisk nivå*. Om det er hensiktsmessig å benytte de samme kriteriene for prioritering på alle fire nivå har i liten grad blitt belyst og det er derfor et behov for et objektivt syn på beslutningsprosessenes oppbygning og om kriteriene for prioritering blir ivaretatt gjennom de ulike beslutningsprosessene på de fire nivåene.

Med behovet for et objektivt syn på beslutningsprosessene som grunnlag for arbeidet er det gjort en omfattende litteraturstudie og gjennomført flere intervjuer for å innhente informasjon og eksempler på hvordan prioriteringsbeslutningene gjennomføres på de ulike nivåene presentert i Meldingen til Stortinget. De fire nivåenes beslutningsprosesser presenteres etter tur før det gis eksempler på konkrete prioriteringsbeslutninger gjennomført på hvert av nivåene og det diskuteres hvordan nytte-, ressurs- og alvorlighetskriteriet kommer til uttrykk på hvert av nivåene.

Videre trekkes det paralleller mellom fagfeltet risikostyring, som det er opparbeidet kunnskap i gjennom masterstudiet, og helsemessige prioriteringer for å belyse at verktøy og tankemåter fra andre fagfelt kan egne seg godt til å bedre beslutningsprosessene i helse- og omsorgstjenesten. Det argumenteres for hvordan fokuset i beslutningsprosesser må være på mer enn kun forventningsverdier fra nytte-kostnadsanalyser og hvordan tankegangen ved implementering av ALARP-prinsippet kan benyttes for å redusere risikoeksponeringen i en helsemessig kontekst.

Diskusjonen ender opp i at det ikke entydig kan konkluderes med at det er hensiktsmessig å benytte de samme kriteriene for prioritering på alle de fire nivåene presentert i Meldingen til Stortinget. Det ses kun som hensiktsmessig å benytte de samme kriteriene dersom de blir ivaretatt gjennom alle beslutningsprosessene, hvilket de ikke blir.

Innholdsfortegnelse

Forord	i
Sammendrag	iii
Liste over figurer og tabeller.....	vi
1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Behov	2
1.3 Oppgavens formål.....	3
1.4 Avgrensninger.....	4
1.5 Oppgavens oppbygging.....	4
2 Metode.....	6
2.1 Litteraturstudier	6
2.1.1 Drøfting av benyttede kilder og kildekritikk	7
2.2 Intervju	8
2.2.1 Valg av intervjuobjekter	9
3 Beslutningsprosessen	11
3.1 Beslutningsprosessens oppbygning	11
3.2 Verktøy til bruk i beslutningsprosesser	14
3.2.1 Nytte-kostnadsanalyser	15
3.2.2 ALARP-prinsippet.....	16
3.3 Helsetjenestens oppbygning rundt beslutningsprosessen	19
3.3.1 Prioriteringsnivåene i helsetjenesten	19
3.3.2 Kriterier for prioritering benyttet i helsetjenesten.....	21
4 Resultater og diskusjon.....	29
4.1 Prioriteringsbeslutninger på hvert beslutningsnivå	29
4.1.1 Klinisk nivå	30
4.1.2 Gruppenivå	34
4.1.3 Administrativt nivå	38
4.1.4 Politisk nivå.....	42
4.2 Hvordan kriteriene kommer til uttrykk på de ulike nivåene.....	46
4.2.1 Nyttekriteriet.....	46
4.2.2 Ressurskriteriet.....	47
4.2.3 Alvorlighetskriteriet.....	48

4.2.4	Prioriteringskriteriene samlet sett.....	50
4.2.5	Neste steg: Prioriteringskriteriene brukt i kommunale helse- og omsorgstjenester	54
4.2.6	Oppsummering av hvordan kriteriene kommer til uttrykk.....	56
4.3	Bruk av tankegangen bak ALARP i en helsemessig kontekst	58
4.3.1	Den dynamiske tankegangen fra ALARP-prinsippet	58
4.3.2	Tankegangen til layered approach for implementering av ALARP	60
4.4	Medias fremstilling av helsetjenesten	62
5	Konklusjon.....	65
5.1	Utdyping av konklusjon.....	65
5.2	Forslag til videre arbeid.....	66
6	Bibliografi	68
	Vedleggliste.....	73

Liste over figurer og tabeller

Figur 1 - Beslutningsprosessen	111
Figur 2 - Beslutningsstøtte som bygger på forventet kostnad (EC, expected cost) per forventet nytte (EX, expected benefit)	Feil! Bokmerke ikke definert.3
Figur 3 - Beslutningsstøtte som bygger på forventet kostnad (EC, expected cost) per forventet nytte (EX, expected benefit), men som inkluderer usikkerhet (U) og kunnskapsnivå (K)	Feil! Bokmerke ikke definert.3
Figur 4 - Layered approach for implementering av ALARP og prinsippet om stort misforhold – adaptert fra annen figur (Aven, 2011)	18
Figur 5 - Oversikt over de fire prioriteringsnivåene presentert i Meld. St. 34	20
Figur 6 – Prosesskart for systemet Nye metoder (Helsedirektoratet, 2017)	35
Figur 7 - Fordeling av stortingsrepresentanter per parti for stortingsperioden 2013-2017 – adaptert fra annen figur (Stortinget, 2017)	43
Tabell 1 - Oversikt over beslutningsnivå, verktøy benyttet og konkret eksempel på en gjennomført prioriteringsbeslutning	30
Tabell 2 - Oversikt over ivaretagelsen av kriteriene for prioritering på de fire nivåene	57

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Det vil alltid være begrenset tilgang på ressurser og det ligger i vår natur å ønske og optimalisere bruken av de tilgjengelige ressursene. Samfunnets utvikling gjør at forbrukere både forventer og krever mer av allerede begrensede ressurser, hvilket medfører at utnyttelsesgraden må økes og bruken av ressursene må rettferdiggjøres i større grad enn tidligere. Om det skulle være antall kroner og øre til disposisjon, tilgjengelige personer til å gjennomføre et arbeid, benyttelse av tilgjengelig data på en mer optimal måte eller utnyttelse av andre ressurser, ønsker vi alltid å få det meste ut av dem. Den begrensede tilgangen vil utelukkende lede til et behov for å prioritere noe foran noe annet.

Helse- og omsorgssektoren er intet unntak. Det finnes en endelig mengde ressurser som må utnyttes på best mulig måte. Dette innebærer å avgjøre hvem som skal få behandling, hvem som ikke skal få behandling, samt kvaliteten på behandlingen som tilbys. Vårt demokratiske samfunn har dannet et mål om rettferdig fordeling av og lik tilgang på offentlig ressurser. Men med ressurser som ikke er tilstrekkelig til å gi alle all tilgjengelig utredning og behandling må det rettferdiggjøres *hvordan* og *hvorfor* noen prioriteres og andre ikke.

Å prioritere helsegoder kan i mange tilfeller være vanskelig, både rent faglig, men også fra et etisk ståsted. De Forente Nasjoner har vedtatt Verdenserklæringen for menneskerettigheter som legger grunnlaget for hvordan alle land skal opptre for å ivareta menneskeverdet (De Forente Nasjoner, 1948). Prioriteringer i den norske helse- og omsorgstjenesten skal støtte opp under Verdenserklæringen og bidra til at alle skal ha det samme behandlingstilbudet av lik kvalitet, uavhengig av hvor i landet man er bosatt. For å gjøre dette på en best mulig måte har Regjeringen et mål om å ”skape pasientenes helsetjeneste der alle skal ha trygghet for å få hjelp når de trenger det, bli ivaretatt og informert, oppleve og ha innflytelse, påvirkning og makt over egne valg” (HOD, 2016, s. 3).

Får å ivareta Verdenserklæringen og sikre rettferdig fordeling av helsegoder har den norske stat utviklet lovverk som skal sikre befolkningens rettigheter og det offentliges plikter. Lovverkets formål skal være ”å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd” (Lovdata, 2016).

1.2 Behov

Likegyldig om man liker det eller ei oppstår det et behov for å prioritere, og kravet om at det skal være lik og rettferdig tilgang på helsetjenester av samme kvalitet for alle har medført at Regjeringen har utarbeidet noen prinsipper som skal ligge til grunn for prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Jussen fastsetter de rettigheter og plikter som finnes mellom befolkningen og helsetjenesten, men den regulerer i liten grad hvordan prioritering skal gjennomføres i praksis.

Prioritering av hvem som skal få og hvem som ikke skal få en behandling vil i mange tilfeller være vanskelig. Det er derfor viktig å sikre at det er konsistens i like beslutningssituasjoner slik at man ikke diskriminerer eller bedriver utilsiktet forskjellsbehandling. Videre er det viktig å sikre at det er transparens i beslutningsprosessen for å bidra til at selv om noen blir prioritert foran andre vil det være forståelse for hvordan man har kommet frem til beslutningen. I tillegg er det ønskelig å ha så objektive prosesser som mulig slik at utfallene av prioriteringen ikke bærer preg av beslutningstakerens subjektive meninger. Prinsippene som skal ligge til grunn for prioriteringsbeslutninger skal i så måte bygge opp under og sikre konsistens, transparens og objektivitet i beslutningsprosessene i helsetjenesten.

Tilrådingen fra Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement (HOD) ”Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering” (heretter Meld. St. 34) ble godkjent i statsråd 3. Juni 2016 og presenterer regjeringens prinsipper. Prinsippene skal danne grunnlaget i prioriteringsbeslutninger, først og fremst ”i spesialisthelsetjenesten, for legemidler finansiert over folketrygden og for fastlegens samhandling med spesialisthelsetjenesten” (HOD, 2016, s. 11).

Regjeringen har vedtatt at nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet skal være de tre kriteriene som skal danne grunnlaget for prioriteringsbeslutninger i helsetjenesten. Meld. St. 34 sier eksplisitt at kriteriene først og fremst skal gjelde for enkelte deler av helsetjenesten, men det sies også at:

”Prinsippene for prioritering skal gjelde i hele helsetjenesten. De vil være grunnlaget for regelverk, faglige beslutningsverktøy og ha en etisk veiledende rolle. Valg av prinsipper for prioritering blir lagt til grunn for hvordan den enkelte pasient blir møtt. De vil også gi føringer for hvordan verdiene skal omsettes i det daglige i spesialisthelsetjenesten, hos fastlegene og hos de som tar beslutninger om nye metoder og legemidler skal tas i bruk.” (HOD, 2016, s. 4).

I så måte er det ønskelig at de de samme tre kriteriene skal være grunnlaget for *alle prioriteringsbeslutninger* på *alle nivå* i hele helsetjenesten, helt fra klinisk nivå gjennom gruppenivå og administrativt nivå, opp til politisk nivå.

Ved å benytte de samme kriteriene som grunnlag for alle prioriteringsbeslutninger i hele helsetjenesten vil man bidra til å sikre både konsistens, transparens og objektivitet i beslutningsprosessene. Om det er hensiktsmessig å benytte de samme kriteriene for prioritering på alle fire nivå har i liten grad blitt belyst og det er derfor et behov for et objektivt syn på beslutningsprosessenes oppbygning.

1.3 Oppgavens formål

“Departementet støtter Norheimsutvalgets og Magnussengruppens vurdering om at de samme prioriteringskriteriene bør gjelde for hele helsetjenesten. Departementet mener videre at det både er naturlig og ønskelig at prosessen som leder frem til prioriteringer er ulik på de ulike nivåene i helsetjenesten” – Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement (HOD, 2016, s. 65).

Prioriteringer medfører at noen får, mens andre ikke får. Å legge felles prinsipper til grunn i prioriteringsbeslutninger skal bidra til å gi transparente og konsistente beslutningsprosesser. Selv når enkelte blir prioritert og andre nedprioritert vil være forståelse i hvordan og hvorfor den aktuelle prioriteringen er blitt utført slik som den har.

Formålet med denne masteroppgaven er å avdekke om det er hensiktsmessig å benytte de samme kriteriene for prioritering i alle beslutningssituasjoner på alle fire beslutningsnivåene presentert i ”Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering”. Og ivaretas de vedtatte kriteriene for prioritering gjennom de ulike beslutningsprosessene på de fire prioriteringsnivåene?

1.4 Avgrensninger

Ved prioriteringer innen helse- og omsorgstjenesten vil det i mange tilfeller forekomme forhold som er helt unike for den enkelte beslutningen. Et eksempel på et slikt hensyn er det etiske problemet ved livsforlengende behandling av pasienter som ikke kan helbredes. Andre viktige hensyn som Norheimsutvalget og Lønning II-utvalget pekte på i deres respektive Norges offentlige utredninger (heretter NOUer) som vil være aktuelle i enkelte, men ikke alle, beslutningssituasjoner er alder, sjeldenhet, tilgang på dokumentert effekt hos små pasientgrupper og så videre (HOD, 2016).

Ønsket med denne masteroppgaven er å ha et utenforstående og objektivt syn på beslutningsprosesser i den norske helse- og omsorgstjenesten. Prioriteringskriteriene som benyttes i beslutningsprosessene i den norske helse- og omsorgstjenesten er lite beskrevet i annen litteratur enn NOUer og nå gjennom Meld. St. 34. Det menes derfor at det er nødvendig å ha et overordnet blikk på selve beslutningsprosessenes oppbygning.

På bakgrunn av dette vil denne oppgaven derfor begrense seg til å se på hvordan nytte-, ressurs-, og alvorlighetskriteriet blir ivaretatt i beslutningssituasjoner og om det er hensiktsmessig å benytte de samme kriteriene i alle prioriteringsbeslutninger på de fire nivåene presentert i Meld. St. 34. I tillegg belyser meldingen hvordan prioriteringer gjennomføres i andre land, men det avgrenses til å se den norske helse- og omsorgstjenesten. Det begrenses også til å kun benytte ett eksempel per beslutningsnivå for å belyse faktiske prioriteringsbeslutninger da det menes å være tilstrekkelig for oppgavens formål.

Naturlig nok vil diskusjonen enkelte plasser strekke seg utover oppgavens avgrensning for å belyse andre viktige aspekter. En slik digresjon er eksempelvis hvordan kriteriene benyttes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, et nivå som foreløpig ikke er et av nivåene regjeringen har pålagt å benytte kriteriene for prioritering presentert i Meld. St. 34, men som er under utredning for om og eventuelt hvordan kriteriene for prioritering kan tas i bruk.

1.5 Oppgavens oppbygging

Hovedfokuset i denne masteroppgaven er helse- og omsorgsmessige prioriteringsbeslutninger og den bygges derfor opp rundt beslutningsprosessene. Dette kapitlet har presentert behovet for at en slik oppgave som dette skrives og oppgavens formål, mens kapittel 2 vil ta for seg

metodene som er benyttet for å belyse problemstillingen. Kapittel 3 vil så ta for deg teorien rundt beslutningsprosessen, verktøy som benyttes i beslutningsprosesser for å utarbeide beslutningsstøtte og helsetjenestens oppbygning rundt beslutningsprosessene. Kapittel 4 vil presentere beslutningsprosessene på de fire prioriteringsnivåene før det diskuteres hvordan kriteriene blir ivaretatt gjennom beslutningsprosessene på de ulike nivåene. Det blir diskutert hvordan tankegangene bak ALARP-prinsippet kan benyttes i helsemessige prioriteringsbeslutninger før det diskuteres hvor enkelt media kan påvirke fremstillingen av utfallene av prioriteringsbeslutninger. Til slutt vil kapittel 5 presentere konklusjonen på problemstillingen og det vises til videre arbeid med denne masteroppgaven som grunnlag.

2 Metode

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener det formålet hører med i arsenalet av metoder” – Vilhelm Aubert, sosiolog (Aubert, 1985, s. 196).

For å kunne besvare problemstillingen har det vært nødvendig å benytte noen metoder for å kunne gjennomføre et analysearbeid. Oppgaven er i stor grad kvalitativt basert ved at den ikke bygger på et datasett, men har fokus på offentlige dokumenter og regjeringens uttalelser gjennom disse dokumentene. Utvalget av metoder benyttet i forbindelse med denne masteroppgaven har på grunnlag av oppgavens karakter blitt gjort blant de kvalitative metodene.

Ved at denne masteroppgaves problemstilling sikter mot å belyse beslutningsprosesser for en hel offentlig sektor og ikke et konkret problem menes det at de metodene som er valgt for å gjennomføre analysearbeidet dekker problemstillingen på en god måte. Det vedkjennes at flere andre metoder kunne vært benyttet, men det har blitt konkludert med at utvalget som er gjort er adekvat og i så måte gir oppgaven god validitet og reliabilitet. Kapitlet vil ta for seg litteraturstudier og intervju som metode og begrunne hvorfor de er med på å belyse og besvare problemstillingen.

2.1 Litteraturstudier

Litteratur sies å være grunnlaget for den kunnskapen en oppgave skal ta sitt utgangspunkt i. Valget av hvilken litteratur som tas med og hvilken litteratur som utelates må i så måte begrunnes (Dalland & Tygstad, 2012). De kommende avsnittene vil argumentere for hvorfor den benyttede litteraturen er valgt ut og hvorfor annen litteratur er valgt bort.

Formålet med å gjennomføre en litteraturstudie var i utgangspunktet å danne seg et bilde av beslutningsprosessene i helsetjenesten. Hvordan blir prioriteringsbeslutningene gjennomført på helsetjenestens ulike nivåer og hva regulerer prosessene var sentrale spørsmål som måtte besvares før arbeidet kunne starte for fullt. Arbeidet med masteroppgaven ble innledet med å studere det offentlige dokumentet ”Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering” grundig før valg av problemstilling. Meldingen bygger på flere andre offentlige

dokumenter som også ble gjennomgått for å bygge et sterkere faglig kunnskapsgrunnlag og legge føringer for videre arbeid.

Når det faglige grunnlaget var dannet ble det mye klarere hvilken annen informasjon som måtte innhentes. Hva som var ønskelig å belyse i diskusjonen kom tydeligere frem og arbeidet med å finne den relevante litteraturen for å generere teoridelen ble i så måte konkretisert. En god del av litteraturen som ble brukt til å understøtte teorien i kapittel 3 har vært kjent fra tidligere i studieløpet. Bakgrunnen for dette var vissheten om at oppgaven skulle trekke paralleller mellom helsetjenesten og generelle teorier og tankeganger fra risikostyringsfaget, et fag det har blitt tilegnet kunnskap om gjennom forelesninger, pensumlitteratur og forskningsartikler publisert av vitenskapelig ansatte ved Universitetet i Stavanger og eksterne institusjoner.

Likevel ble det gjennomført et omfattende søk i litteraturen på de aktuelle områdene for å verifisere kvaliteten på det som har blitt presentert gjennom forelesninger og pensumlitteratur. Resultatet av søkene var at mye av den allerede kjente litteraturen belyste de aktuelle temaene for teoridelen på en meget tilfredsstillende måte. I tillegg ble den verifisert av andre kilder som bøker, forskningsartikler og nettsider.

Det endelige valget falt på å benytte en blanding av tidligere kjent litteratur og annen litteratur fremskaffet gjennom litteratursøket der de respektivt var best til å belyse den aktuelle teorien. Valget av litteraturkildene for å støtte opp under teorien gir i så måte denne masteroppgaven sterk validitet og reliabilitet.

2.1.1 Drøfting av benyttede kilder og kildekritikk

Med tilgang på uendelig med informasjon gjennom internett er valget av kilder gjort på bakgrunn av relevans i forhold til problemstillingen og diskusjonen. Grunndokumentet denne oppgaven bygger på er det nyest publiserte offentlig dokument fra regjeringen og Helse- og omsorgsdepartementet som stortinget har vedtatt og med det som grunnlag antas det at meninger og synspunkter presentert i dokumentet er valide frem til nye dokumenter blir publisert. Av de offentlige dokumentene benyttet i denne oppgaven er de fleste allment tilgjengelige via www.regjeringen.no. Enkelte av de offentlige utredningene som er benyttet er hentet fra Nasjonalbiblioteket da de ikke er publisert via regjeringen.

I tillegg til offentlige dokumenter er det benyttet lovverk som kan bli oppdatert eller endret for å tilpasse seg en helse- og omsorgstjeneste i konstant utvikling, hvilket gjør at oppgaven kan

trengte tilpasninger eller bli irrelevant dersom det skjer vesentlige endringer. Det ønskes å presisere at arbeidet som er gjennomført er gjort etter den informasjon som er offentlig tilgjengelig per skrivende stund og på denne måten sikrer oppgavens validitet og reliabilitet, men det vedkjennes at gyldigheten av denne oppgaven potensielt kan forsvinne med nye publikasjoner eller lovendringer.

Når det kommer til annen litteratur enn de offentlige dokumentene og lovverket som er benyttet så følger mye av argumentasjonen fra kapittelet over. Det er valgt å i hovedsak benytte Store norske leksikon og Store medisinske leksikon for konkrete definisjoner da dette er anerkjente kilder. Andre digitale kilder er valgt på bakgrunn av eksempelet de illustrerer eller kvaliteten de uttrykker teorien med. Det vedkjennes at det finnes ulemper med disse kildene, blant annet at de kan endres eller fjernes uten videre, hvilket kan medføre at viktige poeng eller eksempler i oppgaven ikke har noen noe feste i faktiske hendelser eller teori. Valget av digitale kilder er således gjort ved å plukke ut nyhetsartikler fra store nasjonale redaksjoner og å i stor grad velge forskningsartikler tilgjengelig via Google Scholar for å i størst mulig grad sikre oppgavens validitet og reliabilitet.

Kilder i form av bøker er valgt etter konsultasjon med bibliotekarer på universitetsbiblioteket ved Universitetet i Stavanger og gjennom søk i databaser på aktuelle tema. I størst mulig grad har de nyeste publikasjonene innen temaene blitt valgt som referanser, men også eldre kilder har vært aktuelle der de har vært originalkildene til senere publikasjoner.

2.2 Intervju

Intervju kan foregå i mange former og settinger, men den overordnede hensikten med å gjennomføre et intervju er at man ønsker en persons eller en gruppe personers uttalelse eller meninger om et tema. Denne oppgaven er sterkt kvalitativt basert gjennom at det innhentes mange opplysninger om få undersøkelsesobjekter, nemlig de fire prioriteringsnivåene i helse- og omsorgstjenesten. Ønsket med denne masteroppgaven var ikke å gjennomføre dyptgående analyse av ett enkelt prioriteringsnivå, men å få et objektivt syn på alle helsetjenestens prioriteringsbeslutninger i én og samme oppgave. I den forbindelse har det vært naturlig å velge å gjennomføre flere kvalitative intervju for å belyse beslutningsprosessene på helsetjenestens fire prioriteringsnivå. Prioriteringer foregår på respektivt klinisk nivå, gruppenivå, administrativt nivå og politisk nivå og blir presentert mer inngående flere steder senere i oppgaven.

Olav Dalland, sosialpedagog og tidligere førsteamanuensis, sier om det kvalitative intervjuet at ”Intervjuet har som mål å innhente kvalitativ kunnskap, uttrykt med vanlig språk. Det forsøker ikke å kvantifisere” og at intervjuet skal gå i dybden på et enkelt felt og få frem nyanser av den situasjonen intervjuobjektet befinner seg i (Dalland, 2012). I forhold til det arbeidet som har blitt gjennomført i forbindelse med denne masteroppgaven er det plukket ut representative intervjuobjekter som kan belyse beslutningsprosesser på hvert av de fire prioriteringsnivåene Meld. St. 34 deler helse- og omsorgstjenesten inn i.

Formålet med å gjennomføre intervjuer har vært å fremskaffe spesifikke eksempler på prioriteringsbeslutninger som har blitt gjennomført på hvert prioriteringsnivå. Semistrukturert intervju, en form for intervju som brukes der det er ønskelig å komme gjennom brede temaer og det er naturlig å bytte om på spørsmålenes rekkefølge og formulering etter samtalens progresjon (Edwards & Holland, 2013), ble valgt som intervjuform da det i hovedsak var ønskelig å besvare følgende tre spørsmål:

- Et eksempel på en gjennomført beslutningsprosess på hvert av nivåene beskrevet i ”Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering” (spesifisert mot nivået intervjuobjektet hadde kjennskap til)
- Hva var beslutningen som ble fattet?
- Hvilke (om noen) verktøy har blitt benyttet for å utarbeide beslutningsstøtte til det aktuelle eksempelet?

Da det kun har blitt gjennomført semistrukturerte intervjuer i forbindelse med denne masteroppgaven er det valgt å ikke transkribere intervjuene til tekst, men det er lagt ved opptak av intervjuene som digitalt vedlegg ved levering (Vedlegg 3, 4 og 5). Dette valget er gjort på bakgrunn av at en transkribering av et slikt intervju ville gitt lite i forhold til oppgavens lesere, men legges ved for å sikre at arbeidet kan valideres.

2.2.1 Valg av intervjuobjekter

Valg av intervjuobjekter er essensielt for å sikre god validitet i oppgaven. Etter å ha studert Meld. St. 34 inngående ble det sett på som hensiktsmessig å intervju personer med spesifikk tilknytning til de fire prioriteringsnivåene presentert i meldingen for å få frem konkrete eksempler på prioriteringsbeslutninger. Det er i stor grad gjennomført et selvstendig arbeid for å komme i kontakt med personene som er intervjuet, men det vedkjennes og settes stor pris på veiledning om hvor arbeidet med å finne passende intervjuobjekter kunne starte. Ønsket med denne masteroppgaven er å forholde seg så objektiv som mulig til prioriteringsbeslutningene

på de fire prioriteringsnivåene. På grunnlag av dette har intervjuobjektene blitt valgt på bakgrunn av deres evne til å beskrive prosessene på de ulike nivåene på en objektiv måte og personene er valgt gjennom personlig nettverk og anbefalinger.

Arbeidet med å velge ut personer å intervjuer startet med å kontakte Institutt for helsefag ved Universitetet i Stavanger etter anbefaling fra oppgavens veileder. Solveig Hodne Riska, Universitetslektor i helserett, ble konsultert rundt prioriteringsbeslutninger på klinisk nivå. Gjennom intervjuet ble det oppfordret til å kontakte Helse vest for å få mer dyptgående informasjon om prosessene på gruppenivå. Etter kontakt med Helse vest ble det henvist til fagdirektør, Baard-Christian Schem og et intervju ble gjennomført rundt systemet "Nye metoder".

På administrativt nivå var det ønskelig å benytte et lokalt eksempel og gjennom relasjoner i privat nettverk ble prosjektdirektør for sykehusutbygging av Stavanger Universitetssykehus (prosjektnavn SUS2023), Kari Gro Johanson, kontaktet og intervjuet på området. Over til det politisk nivå har man det problemet at det ikke er mange personer som kan gi en politisk nøytral uttalelse. Det var derfor enda mer vesentlig å få gjennomført intervju med noen som kunne forholde seg objektive til politiske beslutningsprosesser. Helse- og omsorgsdepartementet ble kontaktet og gjennom telefonsamtale ble det avklart at det var ønskelig å besvare henvendelsen skriftlig. Endelig svar ligger som vedlegg (Vedlegg 1) og reflekterer i så måte Helse og omsorgsdepartementets offentlige svar på overnevnte spørsmål.

På bakgrunn av dette menes det at valget av intervjuobjekter bidrar til å understøtte oppgavens validitet i meget stor grad. Gjennom å reprodusere arbeidet som er gjort i forbindelse med denne masteroppgaven etter metodene som er beskrevet i dette kapitlet menes det at tilsvarende resultater, diskusjoner og slutninger kan trekkes og i så måte støtte opp under oppgavens reliabilitet.

3 Beslutningsprosessen

Dette kapittelet er bygget på selve beslutningsprosessen og inkluderer teori som skal benyttes i den kommende diskusjonen. Teorien som er presentert er relevant for å gjennomføre gode diskusjoner som vil peke mot den endelige konklusjonen på problemstillingen. Først presenteres beslutningsprosessens oppbygning, fra oppdaget beslutningsproblem, gjennom analyse og utarbeidelse av beslutningsstøtte, til ledelsesgjennomgang og endelig beslutning. Det vil så presenteres noen verktøy som kan benyttes gjennom analysen for å utarbeide beslutningsstøtte før helsetjenestens oppbygning rundt beslutningsprosessene blir utdypet.

3.1 Beslutningsprosessens oppbygning

De aller fleste prioriteringsbeslutninger følger normativ beslutningsteori og er i stor grad preget av å være logiske og rasjonelle (Sterri, 2014). Generelt oppstår et behov for å gjøre en prioriteringsbeslutning ved at det finnes et problem man ønsker å løse. Det finnes utallige prioriteringsbeslutninger, selv i våre daglige liv, og prioriteringer man står ovenfor med jevne mellomrom er eksempelvis hva man skal ha til middag, om man skal putte sparepenger i fond, aksjer, ha de på sparekonto eller investere de, hvor man skal reise på ferie, om man skal reise kollektivt til jobb eller kjøre bil og så videre.

Figur 1 er en forenklet versjon av andre vanlige illustrasjoner på beslutningsprosesser, men beskriver det samme innholdet. Figuren illustrerer saksgangen i en beslutningssituasjon fra problem til endelig beslutning.



Figur 1 - Beslutningsprosessen

Beslutningsprosessen starter ved at det oppstår et problem man er nødt til å løse. Dersom det ikke viser seg å være én innlysende løsning på problemet må beslutningsproblemet brytes ned til noe mer håndterlig og det gjennomføres analyser som generer ett eller flere løsningsforslag. Det er gjennom analysesteget man sikrer at beslutningsproblemet blir overført til

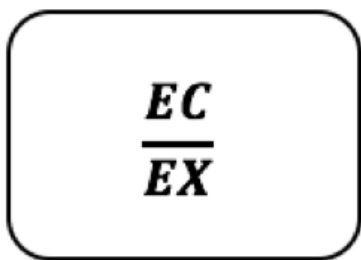
ledelsesgjennomgangen på en tilfredsstillende måte. Hvordan analysen gjennomføres og resultatene behandles før de legges frem for beslutningstakeren vil i så måte være helt avgjørende i beslutningsprosessen. Dårlige analyseverktøy, faglig upassende eller lite erfarne analytikere kan føre til at beslutningsstøtten som legges fram ikke tilstrekkelig reflekterer og inkluderer alle sider av det sanne beslutningsproblemet og på denne måten svekker beslutningens validitet.

For å avverge noe av denne problematikken er det viktig å innse at en analyse ikke skal gi en direkte beslutning, men generere beslutningsstøtte til beslutningstakeren. Hensikten med en analyse kan variere fra situasjon til situasjon, men vil som regel innebære å finne og belyse fordeler og ulemper med én løsning på problemet kontra en annen. Resultatet av analysen vil på denne måten presentere en anbefaling i forhold til de kriterier som er lagt til grunn i analysen og det er derfor viktig at analyseverktøyet ivaretar de underliggende kriteriene.

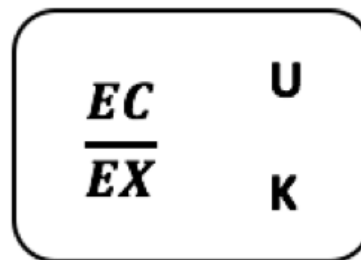
Utfallene av analysen blir videre prosessert og fremlagt som beslutningsstøtte under steget ”ledelsesgjennomgang” fra Figur 1. Å danne rutiner for gjennomgang av utfallene av analysen vil i mange tilfeller bidra til å kvalitetssikre analysen som er gjort i forhold til både validitet og reliabilitet. Ettersom beslutningstakeren er ikke nødvendigvis den som utarbeider beslutningsstøtten må det presiseres at vedkommende må være kritisk til dokumentasjonen som blir fremlagt og ikke oppfatte den som en direkte beslutning. En ledelsesgjennomgang og vurdering av beslutningsstøtten vil så generere den endelige beslutningen.

Ved å gjennomføre beslutninger etter prosessen beskrevet i Figur 1 vil man sikre validitet og reliabilitet i beslutningsprosessen. Dersom en ekstern person reflekterer rundt hvordan beslutningstakeren har kommet frem til beslutningen, vil en beslutning som følger en slik prosess gjøre det enkelt å oppfatte validiteten i beslutningen gjennom at den endelige beslutningen blir sett på som ”det gyldige” utfallet av prosessen. Bruk av en slik modell medfører i tillegg at man sikrer god reliabilitet gjennom at beslutningsprosessen er transparent og dermed også etterprøvbart.

”Riktige beslutninger krever god beslutningsstøtte” (HOD, 2016, s. 24). Men hva gjør man når det er usikkerhet knyttet til beslutningsproblemet og analysen som gjennomføres? Usikkerhet ved problemet eller analysen vil ikke forsvinne, men bli med videre inn i beslutningsstøtten og den endelige beslutningen. Beslutningstakeren som skal fatte beslutningen bør være kritisk til hva beslutningsstøtten faktisk klarer å reflektere og vedkommende må ha innsikt i om beslutningsstøtten reflekterer det reelle beslutningsproblemet i helhet eller om verktøyet som er benyttet i analysen begrenser beslutningsstøttens omfang.



Figur 2 - Beslutningsstøtte som bygger på forventet kostnad (EC, expected cost) per forventet nytte (EX, expected benefit)



Figur 3 - Beslutningsstøtte som bygger på forventet kostnad (EC, expected cost) per forventet nytte (EX, expected benefit), men som inkluderer usikkerhet (U) og kunnskapsnivå (K)

Figurene over viser to ulike grunnlag beslutningsstøtten kan bygge på. Rammen illustrerer selve beslutningsstøtten, mens formlene i rammen beskriver hva beslutningsstøtten bygger på (frame of reference). Figur 2 viser beslutningsstøtte som bygger på forventet kostnadsenhet per forventet nytte-enhet, et vanlig grunnlag benyttet i rene økonomiske prioriteringsbeslutninger. Man fattet beslutninger basert på om den forventede nytten man får igjen av investeringen er høyere enn den forventede kostnaden av investeringen.

Figur 3 er en utvidelse av Figur 2 som i tillegg til å bygge på forventet kostnadsenhet per forventet nytte-enhet også inkluderer både graden av usikkerhet og kunnskapsnivået rundt beslutningsproblemet. Den mer omfattende figuren illustrerer på den måten beslutningsstøtte som gir beslutningstakeren et bredere grunnlag å fatte beslutning på. Dette betyr at man kan velge løsninger på problemet som har høyere forventet kostnad enn den forventede nytten man får igjen av investeringen da usikkerheten og kunnskapsnivået gjør at man er mer ”villig” til å investere mer for å ta høyde for usikkerheten i beslutningsproblemet eller analysen.

I litteraturen argumenteres det for at man må være veldig varsom med å fatte beslutninger som bygger på forventningsverdier nettopp fordi de er forventningsverdier. Forventningsverdiene kan avvike stort fra det første estimatet gjennom at den forventede nytten faktisk kan være forhindring av tap av liv (eksempelvis) og man må derfor være veldig påpasselig med å vite hva beslutningsstøtten faktisk gjenspeiler (Abrahamsen, Aven, Vinnem, & Wiencke, 2004).

Beslutninger som fattes etter en type beslutningsstøtte slik Figur 3 viser, bidrar i større grad til å sikre validitet og reliabilitet i den endelige beslutningen. Gjennom å kontrollere og følge opp at alle verktøy som blir benyttet for å utarbeide beslutningsstøtte følger Figur 3 kan man optimalisere beslutningsprosessene i den enkelte beslutningskontekst og i størst mulig grad sikre at alle beslutningssituasjoner forholdes objektive.

Sett i lys av at beslutningsstøtten kan være utviklet på ulike frame of reference vil det kommende kapitlet presentere verktøy og tankemåter som brukes for å utarbeide beslutningsstøtte i generelle beslutningsprosesser før det i den senere diskusjonen fremkommer hvordan verktøyene kan benyttes i en helsemessig kontekst.

3.2 Verktøy til bruk i beslutningsprosesser

Det finnes utallige verktøy som kan benyttes for å utarbeide beslutningsstøtte. Valget av verktøy som blir belyst i denne masteroppgaven er gjort på bakgrunn av at det er ønskelig å trekke de frem i den kommende diskusjonen ved å belyse hvordan helse- og omsorgstjenesten kan være tjent med å ha kjennskap til verktøy som ikke nødvendigvis er utviklet for å passe helsemessige prioriteringsbeslutninger.

Fra forrige kapittel vet man at beslutningsstøtten kan bygge på ulike frame of reference der man enten fatter beslutninger basert kun på forventningsverdier, uten noe hensyn til usikkerhet og grad av kunnskap rundt beslutningsproblemet, eller fatter beslutninger der man legger stor vekt på usikkerheten og kunnskapsnivået beslutningsstøtten er utarbeidet på, uten noe vekt på forventningsverdiene. Man kan dermed si at beslutningsstøtten kan ha to ekstreme ytterpunkter: et ekstremt økonomisk perspektiv og et ekstremt risikoperspektiv. Etter det ekstreme økonomiske perspektivet investerer man kun i tiltak der det kan vises at den forventede nytten er større enn den forventede kostnaden, mens for det ekstreme risikoperspektivet vil den forventede kostnaden teoretisk sett aldri bli for stor og man investerer i tiltak så lenge de har forventet nytte.

Formlene Figur 2 og Figur 3 gir i utgangspunktet beslutningstakeren kun et inntrykk av forventet kostnadsenhet per forventet nytte-enhet. For å kunne benytte formelene fra figurene til å gi et svar i form av en tallverdi er man avhengig av å omsette alle faktorene i formelen til en sammenlignbar enhet. Det er naturlig å benytte kroner som enhet ettersom kostnaden alt måles i kroner. Hvordan og i hvor stor grad det er riktig å transformere alle faktorer over til kroner vil komme helt an på den enkelte beslutningssituasjonen og hvilket perspektiv man opererer etter. Følger man det ekstreme økonomiske perspektivet kan det argumenteres med at alt skal overføres til penger og forsvarer dette med at porteføljeteorien vil utligne variasjonene. Mens følger man det ekstreme sikkerhetsperspektivet vil man argumentere med at ingenting bør overføres til en sammenlignbar enhet da man mister noe gjennom transformasjonen.

Dette gir opphav til at hva som er riktig verktøy å benytte i beslutningsprosesser avhenger av hva slags beslutningsprosess man snakker om og hvilket perspektiv man forholder seg til. De fleste vil være enige i at det er hensiktsmessig å benytte den mer omfattende graden av beslutningsstøtte som Figur 3 viser. Denne bygger på en frame of reference som inkluderer usikkerhet og kunnskapsgraden rundt beslutningsproblemet, men det kan argumenteres med at det kan være vanskelig å få gjennomført analyser dersom man ikke tillater noen grad av transformasjon av faktorene til en sammenlignbar enhet. Men hvor mye vekt er det riktig å legge på usikkerheten i beslutningsprosessen? Og hvor i hvor stor grad skal man transformere de ulike faktorene over til samme enhet?

Disse spørsmålene har ingen fasitsvar og det kan argumenteres for at det kommer an på den enkelte beslutningsprosess. I så måte kan det ses at man ønsker å være dynamisk i hvor mye vekt man legger på usikkerheten og hvor stor grad av transformasjon som benyttes i analysearbeidet. De kommende kapitlene vil på en overordnet måte ta for seg verktøyet nytte-kostnadsanalyse, en analyse som i utgangspunktet ikke tar hensyn til usikkerhet, før tankegangen ved bruken av risikostyringsverktøyet ALARP blir presentert. Disse verktøyene trekkes over i en helsemessig kontekst i oppgavens diskusjonsdel.

3.2.1 Nytte-kostnadsanalyser

Nytte-kostnadsanalyser er analyser som på et eller annet vis gir beslutningstakeren informasjon om forventet nytteenhet per forventet kostnadsenhet. Analysen gjør det mulig å se hvor mye nytte man får for pengene og på den måten gradere tiltakene fra høyest forventet nytte per forventet kostnadsenhet til lavest forventet nytte per forventet kostnadsenhet. Verktøyet er på den måten veldig hendig å bruke der man ønsker å sammenligne flere ulike tiltak.

Figur 2 i kapittel 3.1 viser et eksempel på en kostnad-nyttebrøk, det motsvarende forholdet som en nytte-kostnadsbrøk ville vist. Sett i en helsemessig kontekst er det normalt å kvantifisere nytte som kvalitetsjusterte leveår, QALY, en måleenhet som vil bli mer inngående forklart senere i oppgaven. Man vil da uttrykke nytte-kostnadsbrøken som pasientens eller pasientgruppens forventede QALY-verdi av tiltaket per forventet kostnad av tiltaket som vurderes.

Sett fra et ekstremt økonomisk perspektiv vil en kunne si at kun de tiltakene som har en forventet nytte større enn forventet kostnad er lukrative å investere i. Man legger da ingen vekt på usikkerheten knyttet til analysen eller beslutningsproblemet og transformerer alle faktorer

over til tall slik at de kan brukes direkte i analysen. Beslutningen blir i så måte fattet kun på om den forventede nytten er større enn den forventede kostnaden av tiltaket.

3.2.2 ALARP-prinsippet

Som nevnt tidligere vil de aller flere si seg enig i at det er hensiktsmessig å ta hensyn til usikkerheten og kunnskapsnivået knyttet til beslutningsproblemet når beslutningen skal fattes. Det ekstreme sikkerhetsperspektivet tilsier at man uansett skal investere i et tiltak dersom det har forventet nytte, men skal man kunne gjennomføre aktiviteter er ikke dette rasjonelt. Etter dette perspektivet vil man ikke transformere noen av faktorene over til en sammenlignbar enhet, men i praktiske beslutningssituasjoner er man som oftest tjent med å ikke være alt for streng ved bruken av perspektivet.

Fra fagfeltet risikostyring kan det ekstreme sikkerhetsperspektivet ses som at man vil investere penger i et risikoreducerende tiltak så lenge tiltaket har forventet nytte. Så lenge det er nytte i form av risikoreduksjon ved investering i tiltaket investerer man i det. I praksis betyr dette at man investerer i risikoreducerende tiltak til risikoen er nøytralisert eller at man lar være å utføre aktiviteten da den anses å være risikofylt. Av dette ser man fort at det ikke er reelt å være helt tro mot det ekstreme risikoperspektivet i beslutningsprosesser da man vil ende opp med å ikke kunne gjennomføre noen aktiviteter.

Videre kan man se på de to ekstreme perspektivene som to ytterpunkter som kan være gyldige i enkelte beslutningsprosesser, men som ikke er passende på generell basis som grunnlag for prioriteringsbeslutninger. ALARP-prinsippet introduserer en mellomting mellom de to ekstreme perspektivene og kan benyttes som en måte å ta hensyn til usikkerheten og kunnskapsnivået i ulik grad og tilsvarende kunne variere transformasjonsgraden av påvirkningsfaktorene ut fra ulike beslutningssituasjoner. For å belyse bruken av ALARP som verktøy vil det i den kommende presentasjonen bli brukt beslutninger med det formål å redusere risikoeksponeringen, dette da verktøyet stammer fra fagfeltet risikostyring.

ALARP er forkortelse for "as low as reasonable practicable" og prinsippet refererer til at det er ønskelig å redusere risikoen så lenge det er "praktisk" å gjøre det. Prinsippet sier at man vektet nytten av å investere i et risikoreducerende tiltak mot ulempene eller kostnaden av tiltaket (Aven, 2015, s. 31). Helt rasjonelt tenkt, likt en ren økonomisk optimaliseringssituasjon, vil dette bety at man mener å ha et tolerabelt risikonivå når nytten av å investere én krone til i risikoreducerende tiltak er like stor som nytten man får igjen av kronen investert i det

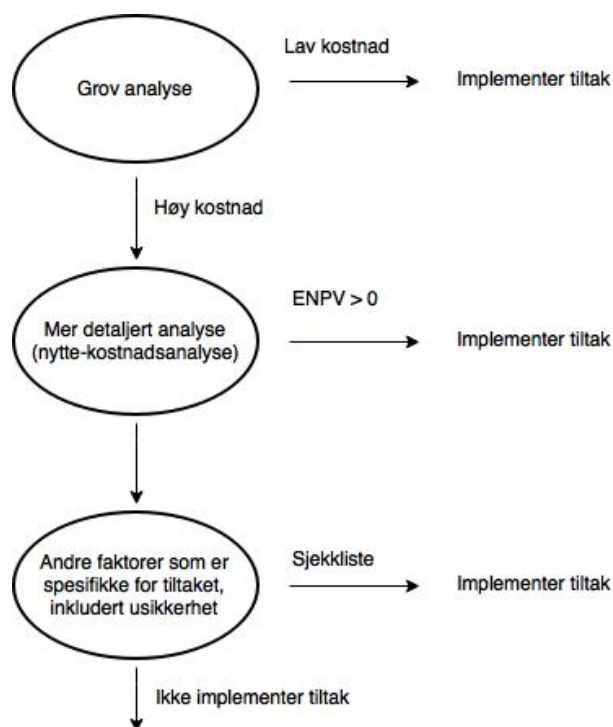
risikoreduserende tiltaket (marginal kostnad er lik marginal nytte). Her er alle faktorene transformert over til en sammenlignbar enhet, kroner.

Tankegangen bak ALARP bygger på forsiktighetsprinsippet som sier at dersom det er usikkerhet når beslutninger fattes skal forsiktighet være den avgjørende faktoren (Aven & Vinnem, 2007). I tillegg er prinsippet om stort misforhold underliggende ved bruken av ALARP og sier at et risikoreduserende tiltak bør implementeres så lenge det ikke kan demonstreres at det er et stort misforhold mellom kostnaden og nytten av tiltaket (Aven, 2015). På denne måten endres oppfatningen fra rent statisk å vekte nytten av penger mot nytten av tiltaket, til at man er villig til å investere i tiltak som potensielt gir mindre nytte i retur enn den nytten av pengene som investeres i tiltaket, slik Figur 3 viser til i Kapittel 3.1. Ved å bygge på forsiktighetsprinsippet og prinsippet om stort misforhold sikrer ALARP-tankegangen at man har et kontinuerlig fokus på å redusere risikonivået.

Videre forstår man at hva som oppfattes som ”praktisk” risikonivå vil være avhengig hvilke preferanser man har ovenfor risiko, både i form av om man er en risikoavers eller risikoelskende person av natur, eller at man er påvirket av omgivelsene sine. Hvilke preferanser beslutningstakeren har ovenfor risiko og hva vedkommende definerer som stort misforhold mellom kostnad og nytte vil dermed i stor grad være med å påvirke hvilke risikoreduserende tiltak som implementeres.

Beskrivelsen av bruken av verktøyet kan så ses å kunne inkludere de to ekstreme perspektivene presentert tidligere, det ekstreme økonomiske perspektivet og det ekstreme sikkerhetsperspektivet. Dette er en vanlig måte å beskrive hvordan bruken av ALARP kan variere utfra hvem som benytter verktøyet. Sett fra et ekstremt økonomisk perspektiv fatter man beslutninger kun basert på forventningsverdier, mens i et ekstremt risikoperspektiv vil beslutningene kun legge forsiktighetsprinsippet til grunn.

Den ulike bruken av forsiktighetsprinsippet og hvordan usikkerhet håndteres gjennom bruken av verktøyet har gitt opphav til ”layered approach” for implementering av ALARP. Figuren under er adaptert fra ”Quantitative risk assessment – The scientific platform” (Aven, 2011) og vil benyttes senere under diskusjonen i kapittel 4.3.2.



Figur 2 - Layered approach for implementering av ALARP og prinsippet om stort misforhold – adaptert fra annen figur (Aven, 2011)

I artikkelen ”On the appropriateness of using the ALARP principle in safety management” konkluderes det med at ALARP-prinsippet kun er riktig å benytte dersom ”stort misforhold” tolkes ulikt for ulike beslutningssituasjoner og at hva som defineres som ”stort misforhold” ikke kan være en statisk verdi (Abrahamsen & Abrahamsen, 2015). I så måte menes det at tankemåten bak verktøyet kan adapteres i ulike beslutningssituasjoner der det er ønskelig å inkludere usikkerhet og kunnskapsnivå i ulik grad og man i ulik grad ønsker å transformere påvirkningsfaktorene til samme enhet. Der det er stor usikkerhet og lavt kunnskapsnivå må det i så måte bevises større misforhold mellom kostnad og nytte for å forkaste tiltaket enn der det er lite usikkerhet og høyt kunnskapsnivå. Videre vil det være naturlig at ved lite usikkerhet og god kunnskap rundt beslutningsproblemet kan man tillate større grad av transformasjon av de påvirkende faktorene så lenge transformasjonen ivaretar det faktoren skal representere på en god måte.

Denne dynamiske bruken gjør at tankemåten til prinsippet kan generaliseres og er egnet for å overføres til andre fagområder. I kapittel 4.3 vil det diskuteres bruken av tankegangen til ALARP-prinsippet i en helsemessig kontekst.

3.3 Helsetjenestens oppbygning rundt beslutningsprosessen

Prioriteringsbeslutninger fattes over alt og helsetjenesten er som nevnt intet unntak. Kapittel 3.1 har beskrevet beslutningsprosessen generelt – fra avdekket problem til endelig beslutning. Etter at problemet er avdekket skal analysesteget sikre at de kriteriene som skal ligge til grunn i analysen ivaretas og blir gjenspeilet i beslutningsgrunnlaget. Dette kapitlet vil videreføre den generelle beslutningsteorien over i helse- og omsorgstjenestens prioriteringsbeslutninger.

Denne masteroppgaven skal belyse om det er hensiktsmessig å benytte de samme kriterier som grunnlag i alle beslutningsprosesser på de fire nivåene presentert i Meld. St. 34. Hvordan prioriteringsbeslutningene gjennomføres vil være ulike på helsetjenesten ulike nivå, men på generell basis er den overordnede hensikten med prioritering å forvalte samfunnets ressurser på en best mulig måte. Eksempelvis er det lett å se for seg at økonomiske ressurser spart i helsesektoren enkelt kan overføres til andre samfunnsmessige ressurskrevende områder.

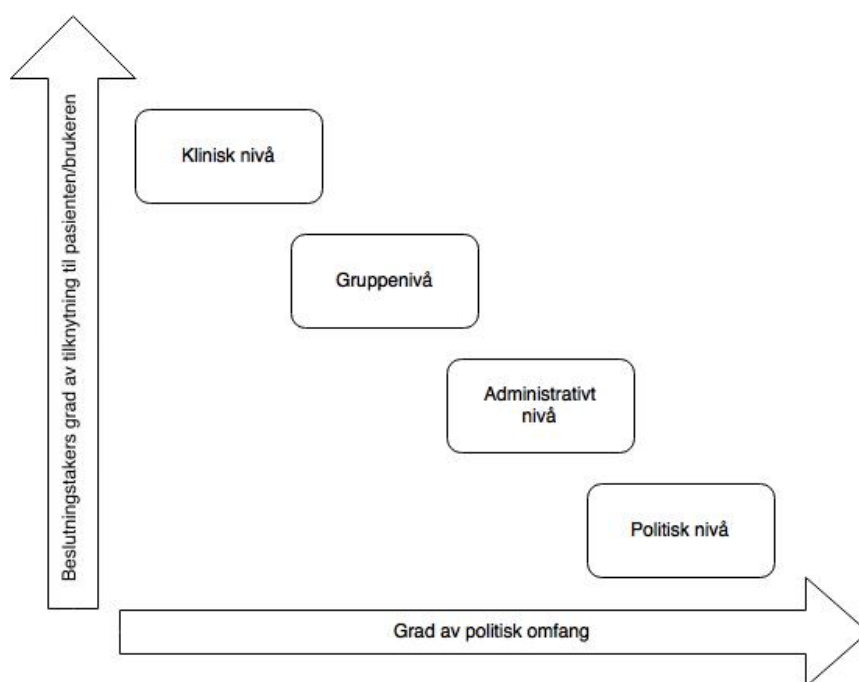
Det å prioritere bruken av ressurser er helsetjenestens måte å minimere risikoeksponeringen sin på. Med dette menes det å utnytte de begrensede ressursene på en slik måte at man får mest mulig helse fordelt over befolkningen for minst mulig beslag av ressurser. Ved å vurdere enkeltdiagnoser, avgjøre tilgjengelige utredning- og behandlingsmetoder i spesialisthelsetjenesten, planlegge nyinvesteringer eller politiske satsingsområder kan helsetjenesten redusere uforutsette utgifter totalt sett og på den måten kontrollere den systematiske risikoen og begrense den usystematiske risikoen for overforbruk ut over avsatte finansieringsrammer. I tillegg vil en konsistent, transparent og objektiv beslutningsprosess trolig redusere sannsynligheten for søksmål rettet mot helsevesenet på grunn av urettferdig behandling eller feilbehandling av pasienter.

Dette kapitlet vil først ta for seg helsetjenestens fire prioriteringsnivå for så å se nærmere på de tre prioriteringskriteriene og hvordan Regjeringen har vedtatt at de skal benyttes på de ulike nivåene. Til slutt belyses noen andre kriterier som har vært oppe til vurdering og diskusjon tidligere utredninger.

3.3.1 Prioriteringsnivåene i helsetjenesten

Gjennom Meld. St. 34 deler Departementet den norske helse- og omsorgstjenesten inn i følgende fire prioriteringsnivå: klinisk nivå, gruppenivå, administrativt nivå og politisk nivå.

(HOD, 2016). Figur 5 viser en oversikt over de fire nivåene og i hvor stor grad de er preget av pasient- og brukertilknytning og politisk omfang.



Figur 3 - Oversikt over de fire prioriteringsnivåene presentert i Meld. St. 34

Klinisk kan forstås som det som foregår ved sykesengen og omfatter pasientbehandling og praktisk medisin (Malt, 2014). Prioriteringer på klinisk nivå kjennetegnes på den måte ved at *”minst ett av de aktuelle tiltakene er rettet mot et enkeltindivid, minst ett av individene er kjent for beslutningstakeren, og tiltakene kan iverksettes raskt. Leger både i kommune- og spesialisthelsetjenesten tar slike beslutninger”* (Norheimsutvalget, 2014, s. 113).

Beslutninger på gruppenivå omhandler om en ny behandlingsmetode eller et legemiddel skal innføres som tilgjengelig metode i hele spesialisthelsetjenesten (Winther, 2016). Administrativt nivå innebærer prioriteringsbeslutninger fattet av ledere og styrer på ulike nivå i helsetjenesten og beslutningene omfatter gjerne løpende drift og budsjettfordelinger, mens på politisk nivå omfatter prioriteringene beslutninger gjort av politikere i regjeringen, på Stortinget, i kommunene og i fylkeskommunene (HOD, 2016).

De fire prioriteringsnivåene omfavner hele den offentlig styrte helsetjenesten og spenner fra fastlegens samhandling med pasienten, der beslutningstakeren er nært på pasienten eller brukeren, til politiske beslutninger der påvirkningen på pasienter eller brukere ikke fremkommer for beslutningstakeren. De kommende kapitlene vil presentere kriteriene for prioritering og hvordan de skal benyttes i ulike beslutningssituasjoner i helsetjenesten.

3.3.2 Kriterier for prioritering benyttet i helsetjenesten

Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement har helt siden 1987 utredet ulike problemstillinger rundt prioritering i helsetjenesten. Melding til Stortinget nummer 34 – ”Verdier i pasientene helsetjeneste – melding om prioritering” ble godkjent i statsråd og publisert 3. Juni 2016 og er det siste dokumentet som er utgitt og bygger på følgende Norges offentlige utredninger (NOUer):

- NOU 1987:23 – Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste (Lønning I-utvalget, 1987).
- NOU 1997:18 – Prioritering på ny – Gjennomgang av retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste (Lønning II-utvalget, 1997).
- NOU 2014:12 – Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten (Norheimsutvalget, 2014).
- Rapport: På ramme alvor – alvorlighet og prioriteringer (Magnussengruppen, 2015).

Meldingen er det nyeste og dermed det styrende dokumentet fra departementet og regjeringens side innenfor den norske helsetjenesten. Dokumentet sier at nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet skal legges til grunn for alle prioriteringsbeslutninger i helsetjenesten. Disse kriteriene og bruken av dem slik de blir fremstilling i Meld. St 34 vil bli presentert hver for seg i de kommende kapitlene.

3.3.2.1 *Nyttekriteriet*

Det Store norske leksikon definerer nytte som forbrukerens tilfredsstillelse av sine behov (Andresen, 2014). Nyttekriteriet til benyttelse i helse- og omsorgstjenesten er spesifisert til å si at et tiltaks prioritet skal øke i tråd med økning i den forventede nytten tiltaket skal gi (HOD, 2016). Kriteriet bygger på teorien om forventet nytte som sier at forbrukeren vil velge den kombinasjonen av goder som gir den største forventede nytten (Mongin, 1997).

I så måte må bruk av nyttekriteriet spesifiseres utfra ulike beslutningssituasjoner ettersom preferansene for hva nytte er endres fra nivå til nivå. Meld. St. 34 belyser hvordan

departementet har sagt man skal skille mellom bruk av nyttekriteriet på henholdsvis klinisk nivå og gruppenivå.

Nyttekriteriet til bruk på klinisk nivå

Meld. St. 34 sier at nyttekriteriet skal brukes kvalitativt på klinisk nivå. Kvalitativ er i Store norske leksikon definert som å ha med noe(n)s egenskaper eller kjennetegn å gjøre (Malt, 2015). På klinisk nivå konkretiserer helsetjenesten dette til å gjelde endring i helse ved å motta eller ikke motta utredningen eller behandlingen. Meldingen sier videre følgende om bruken av nyttekriteriet:

”Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at helsehjelpen kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for:

- Overlevelse eller redusert funksjonstap.
- Fysisk eller psykisk funksjonsforbedring.
- Reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag” (HOD, 2016, s. 12).

Nyttekriteriet til bruk i metodevurderinger på gruppenivå

På gruppenivået innstiller regjeringen seg på at nyttekriteriet skal brukes kvantitativt. Med kvantitativt forstås det at det gjelder en mengde eller et omfang (Gundersen, 2009; Sterri, 2014). Helt konkret sier departementet at nytten skal måles i gode leveår og at kvalitetsjusterte leveår (QALY) skal brukes som uttrykk for gode leveår (HOD, 2016). Dette er i tråd med det som har vært praktiserende praksis i helsetjenesten gjennom de tidligere nevnte utredningene og frem mot publiseringen av Meld. St. 34.

Kvalitetsjusterte leveår – Quality adjusted life years (QALY)

Denne masteroppgaven kunne basert seg på å kun se på riktigheten av bruk av QALY som verktøy i helsetjenesten. Dette er en problemstilling som er tatt opp av mange tidligere og det velges derfor å ikke gå i detaljer på verktøyets sterke og svake sider, men kun presentere

verktøyet og kort belyse enkelte utfordringer ved benyttelsen av det. Formålet med oppgaven er å se totaliteten for hele helsesektoren, men det velges å belyse verktøyet departementet har sagt at skal benyttes som uttrykk for gode leveår litt mer inngående.

QALY er en måleenhet på verdien av helseeffekter. Måleenheten ble innført på 1960 og 70-tallet som et resultat av at man ønsket å kunne sammenligne helseeffekter mellom ulike behandlinger fra forskjellige fagområder i helsetjenesten (Nord, 1999). Tidligere var det eksempelvis ingen måte å sammenligne nytteverdien én person fikk av å få en kneoperasjon i forhold til nytteverdien en annen person fikk etter å ha blitt operert for glaukom (grønn stær). QALY er en måte å løse dette problemet på og dermed kunne prioritere mellom ulike behandlinger fra ulike fagfelt.

Skalaen for QALY fungerer slik at et leveår uten noen form for sykdom eller smerte vil gi en QALY lik 1 mens død vil gi QALY lik 0. En person som havner i en ulykke og blir avhengig av bruk av rullestol resten av livet vil for eksempel kunne få redusert sin årlige QALY fra 1 til 0.8 for alle sine resterende leveår. Dette er den enkleste måten å benytte QALYer på, men det er også vanlig å inkludere det faktum at bedre helse i dag er verdt mer for pasienten og samfunnet enn bedre helse i fremtiden. Derfor er det normalt å diskontere fremtidige QALY-verdier til nåtid (Nord, 1999). Det finnes mange verktøy for å tildele nytteverdier til ulike tilstander og Norheimsutvalget nevner EQ-5D, SF-6D og AQoL som er noen av verktøyene som benyttes i norsk helsevesen og at EQ-5D er det mest brukte (Norheimsutvalget, 2014).

Riktigheten ved bruk av QALY som måleenhet på livskvalitet er i stor grad diskutert og mange har alt gjort det. Eksempelvis sier Bengt Jönsson i boken "Ten arguments for a societal perspective in the economic evaluation of medical innovations" at "Payer perspectives cannot be defined in a consistent way, and thus QALYs will not have a consistent definition either". I praksis betyr dette at hva som er "riktig" QALY-verdi vil variere ut ifra øyet som ser, på samme måte som at forskjellige personer vil ha ulik oppfatning av hva nytte er. Dette blir i noen grad tatt høyde for ved at algoritmene som benyttes for å sammenfatte en pasientgruppes QALY-verdier er basert på forskning og dokumentasjon på området og konvergerer dermed mot å bli en mer objektiv fagvurdering enn en subjektiv vurdering (Nord, 1999).

I en artikkel på Landsforeningen for hjerte- og lungesyke sin hjemmeside skrives følgende hentet fra Helsebarometeret 2015:

"Det kan virke kynisk eller teknokratisk å kvantifisere helsegevinster på denne måten, men alternativet kan være verre. Dersom helsevesenets hovedformål er å gi befolkningen flere leveår og bedre livskvalitet, vil QALY-gevinst og kostnad være et godt utgangspunkt for prioriteringsvurderinger hvor også andre hensyn blir ivarettatt.

Selv om QALYs stort sett gir et bedre beslutningsgrunnlag, er det viktig å huske at systemet kan gi uheldige konsekvenser for vurderingen av enkelte typer tiltak”. (Rand-Hendriksen & Augestad, 2016).

Helsesektoren vedkjenner seg at det er problemer med å benytte QALY, men at det er det verktøyet er det som er ”best practice” per i dag. Verktøyet har sine svakheter, men er man bevisst på svakhetene og tar hensyn til de i bruken av verktøyet vil det medføre at alle tilstander blir vurdert på likt grunnlag, omformet til en felles enhet og dermed kan sammenlignes på denne måte oppnår man nettopp det som er hovedformålet med innføringen av QALY, nettopp å kunne gjennomføre prioriteringer på tvers av fagfelt.

3.3.2.2 Ressurskriteriet

Ressurskriteriet presentert i Meld. St. 34 sier at et tiltaks prioritet skal øke desto mindre ressurser tiltaket legger beslag på (HOD, 2016). Formålet med dette kriteriet er å ivareta ønsket om å få mest mulig helse for minst mulig beslag av ressurser. Et tiltak som legger beslag på lite ressurser vil dermed bli vektet høyere enn et tiltak som legger beslag på mye ressurser.

At beslag på lite ressurser skal gi høyere prioritet kan opplagt ikke være det eneste kriteriet for prioritering. Dersom lite ressursbeslag hadde vært det avgjørende kriteriet ved prioritering kunne man potensielt kun innført tiltak som ga lite nytte og beregnet på lite alvorlige tilstander. Hvor mye ressurser som beslaglegges må derfor ses i forhold til hvor stor nytten av tiltaket som skal vurderes er og vektet i forhold til reduksjonen i alvorlighet ved innføring av tiltaket.

3.3.2.3 Alvorlighetskriteriet

Alvorlighetskriteriet sier at desto mer alvorlig en tilstand er eller kan bli dersom tiltaket uteblir, desto større prioritet skal tiltaket få (HOD, 2016). Det velges som eksempel å spesifikt trekke frem noen enkeltparagrafer i Pasient- og brukerrettighetsloven som viser der kriteriet er hjemlet i lov. §2-1 a. Rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste og §2-1 b. Rett til nødvendig hjelp fra spesialisthelsetjenesten gir pasienter og brukere rett til øyeblikkelig hjelp i akutte situasjoner og rett til nødvendig helsehjelp innenfor det faglig forsvarlighet tillater. §2-2. *Rett til vurdering* sier at pasienten har rett på raskere vurdering dersom det er mistanke om alvorlig eller livstruende skade (Lovdata, 2016).

Meld. St. 34 skiller også på hvordan man bruker alvorlighetskriteriet på henholdsvis klinisk nivå og gruppenivå. På klinisk nivå sier departementet:

”en tilstands alvorlighet skal vurderes ut fra:

- Risiko for død eller funksjonstap
- Graden av fysisk eller psykisk funksjonstap
- Smerte, fysisk eller psykisk ubehag

Både nåsituasjonen, varighet og tap av fremtidige leveår har betydning for graden av alvorlighet. Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med helsehjelp.” (HOD, 2016, s. 12).

På gruppenivå skal ”Alvorlighet kvantifiseres gjennom å måle hvor mange gode leveår som tapes ved fravær av den behandlingen som vurderes, dvs. absolutt prognosetap.” (HOD, 2016, s. 12).

Absolutt prognosetap

Absolutt prognosetap er ikke intuitivt begrep for de fleste, men i blir i Meld. St. 34 beskrevet som en måte å uttrykke fremtidig helsetap på (HOD, 2016). Magnussengruppen diskutere fire ulike tilnærminger for kvantifisering av alvorlighet; prognose, absolutt prognosetap, relativt prognosetap og helsetap over livsløpet. Prognose kan forstås som hvor mange gode leveår som gjenstår før død og helsetap over livsløpet er det totale helsetapet over en persons livsløp ”som følge av for tidlig død eller redusert livskvalitet i sykdomsperioden” (Magnussengruppen, 2015). Hverken prognose eller helsetap over livsløpet inkluderer spesifikt tilstandens alvorlighet og er derfor mindre egnet enn absolutt og relativt prognosetap til å kvantifisere alvorlighet.

De fire tilnærmingene ble diskutert mer inngående og argumentasjonen for å benytte absolutt prognosetap er:

”Absolutt prognosetap uttrykker antall gode leveår en pasientgruppe mister grunnet sin sykdom sammenliknet med gjennomsnittet i befolkningen med samme alder. Relativt prognosetap uttrykker andel av forventet levetid og livskvalitet man mister sammenliknet med gjennomsnittet i befolkningen med samme alder. Relativt og absolutt prognosetap skiller seg fra hverandre på to områder. Relativt prognosetap tar ikke hensyn til når i livet en kronisk sykdom inntreffer, og relativt prognosetap vurderer et midlertidig tap av gode leveår som mer alvorlig for eldre enn for yngre ... I tillegg

har også relativt prognosetap den egenskapen at små prognosetap som rammer sent i livet kan bli betraktet som like alvorlige som store tap som rammer tidlig i livet, siden de små tapene kan utgjøre en like stor andel av forventet gjenstående gode leveår. Etter arbeidsgruppens vurdering ville det være mer alvorlig å tape 20 av 40 gode framtidige leveår enn å tape ett av to gode framtidige leveår” (HOD, 2016, s. 94).

3.3.2.4 Sammenveiling av kriteriene på gruppenivå

Hvordan kriteriene veies sammen på gruppenivå er ikke direkte knyttet til oppgavens problemstilling. Likevel velges det å inkludere dette under beskrivelsen av helsetjenestens oppbygning rundt beslutningsprosessen da sammenveilingen viser viktige forhold som inkluderes i prioriteringsbeslutninger på gruppenivå og i så måte er med på å understøtte hvor god beslutningsprosessen på gruppenivå er i den kommende diskusjonen.

Meld. St. 34 legger departementets føringer for hvordan kriteriene skal veies mot hverandre i beslutningssituasjoner på gruppenivå. Generelt skal de tre kriteriene *alltid* veies opp mot hverandre. Dersom en tilstand sees å være alvorlig og jo høyere nytte pasienten eller brukeren har av tiltaket, desto høyere ressursbruk kan tillates. Likeledes kan stor nytte gi grunnlag for større ressursbruk selv om tilstanden ikke anses som å være veldig alvorlig.

I meldingen legges det også frem flere punkter som skal oppfylles ved prioriteringer på gruppenivå. Formålet er å legge klarere føringer for hvordan en skal gjennomføre metodevurderinger for å sikre lik vurdering av alle behandlingsmetoder og tiltak. Punktene under oppsummerer essensen av føringene som legges frem i Meld. St. 34 (HOD, 2016):

- Det skal beregnes en kostnad-effektbrøk som igjen skal vektet med alvorlighet.
- Tiltaket skal alltid vurderes opp mot alternativkostnaden satt til 275.000 ved å sammenligne kostnad-effektbrøken og alternativkostnaden.
 - o Hensikten er å kunne sammenligne tiltak på tvers i helsetjenesten og se at man ikke innfører tiltak som ikke tilfører mer nytte per krone, vektet for alvorlighet, enn de fortrenger. Penger som blir bruk på et tiltak gjør at det er mindre penger å bruke på andre tiltak.
- Skjønnsmessige vurderinger skal inngå i en totalvurdering ved innføring av tiltak, spesielt der man ikke er sikker på kvaliteten på og usikkerhet ved dokumentasjonen til tiltaket.

- ”Stor usikkerhet knyttet til dokumentasjon og beregningsmetoder skal, alt annet likt, gi lavere prioritet” (HOD, 2016, s. 125).
- Vurdering av tiltak rettet mot små pasientgrupper med alvorlige tilstander:
 - Er det vanskelig å få gjennomført kontrollerte studier av effekt kan lavere dokumentasjonskrav aksepteres.
- Særsomt små pasientgrupper med svært alvorlige tilstander, eksempelvis barn med medfødte genetiske sykdommer:
 - Ved lite tilgjengelig dokumentasjon av nytte kan likevel høyere ressursbruk aksepteres.

3.3.2.5 Andre kriterier

I beslutningssituasjoner som er så tett knyttet opp mot mennesker nytter det ikke å ha statiske beslutningsprosesser. Det er alltid ønskelig at beslutningsprosessene er så objektive, transparente og konsistente som mulig, men det må i tillegg være rom for å strekke seg innenfor beslutningsrammene. Når beslutningstakeren har gått gjennom beslutningsstøtten må det være handlingsrom for å fatte beslutninger som ikke nødvendigvis er det innlysende valget, men som kan være det beste for pasienten på sikt.

Norheimsutvalget ble i sitt mandat bedt om å vurdere om andre kriterier også skal ligge til grunn i prioriteringer. Det har blitt trukket frem både alder og sjeldenhet til vurdering som egne kriterier, samt om behandling i livets slutfase skal være egne kriterier i beslutningsprosessen (Norheimsutvalget, 2014). Regjeringens mening er i tråd med dagens praksis og sier at nytte-, ressurs- og alvorlighetskriteriet er tilstrekkelige og at de andre drøftede kriteriene ikke bør ha noen selvstendig rolle i prioriteringsbeslutninger (HOD, 2016).

For å likevel inkludere de aspekter som følger av andre kriterier som har vært oppe til vurdering sier Meld. St. 34 at den endelige vurderingen skal være en totalvurdering av de tre kriteriene for prioritering vektet mot hverandre og i tillegg inkludere skjønsmessige vurderinger. Dette gjelder særlig ved metodevurderinger på gruppenivå der det kan være usikkerhet knyttet til dokumentasjonens kvalitet og budsjettkonsekvenser ved innføring av nye tiltak (HOD, 2016). I tillegg vil det faglige skjønnnet stille sterkt ved vurderinger på klinisk nivå når prioriteringen gjelder møte mellom fastlege og pasient og dermed fastlegens henvisning og behandling av en enkeltpasient.

4 Resultater og diskusjon

Den foregående teorien om beslutningsprosessen, verktøy som benyttes i beslutningsprosessen og helsetjenestens oppbygning rundt beslutningsprosesser vil i dette kapittelet bli belyst gjennom mer konkretisert beskrivelse av beslutningsprosessen på hvert nivå. Resultatet av analysen av de ulike beslutningsprosessene vil bli utdypet med konkrete eksempler på prioriteringsbeslutninger for hvert nivå før det diskuteres hvordan og hvor godt nytte-, ressurs- og alvorlighetskriteriet kommer til uttrykk er på de fire beslutningsnivåene presentert i Meld. St. 34. Det diskuteres så hvordan kvantifiserte verdier av nytte- og ressurskriteriet sammenfattes i nytte-kostnadsanalyser på gruppenivå, administrativt nivå og politisk nivå og hvordan de benyttes i den endelige beslutningen.

Tankegangen om bruk av de samme kriteriene for prioritering trekkes så videre og det diskuteres om de samme kriteriene kan benyttes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten før det oppsummeres hvordan kriteriene for prioritering kommer til uttrykk på de ulike nivåene. Det viser seg at det er varierende hvor godt kriteriene for prioritering kommer til uttrykk og blir ivaretatt gjennom beslutningsprosessene. Ved å være dynamisk i beslutningsprosessen kan man løse noe av denne problematikken og det trekkes paralleller til hvordan dynamisk bruk av prinsippet om stort misforhold ved bruk av risikostyringsverktøyet ALARP, sett i en helsemessig kontekst, kan brukes som et verktøy i slike beslutningsprosesser. I tillegg vises det til paralleller mellom beslutningene i helse- og omsorgstjenesten og layered approach for implementering av ALARP.

Til slutt er det valgt å inkludere en diskusjon om hvordan media kan endre befolkningens oppfatning av helse- og omsorgsmessige prioriteringsbeslutninger gjennom hvordan nyhetssaker vinkles og at vinklingen gjerne er gjort på en slik måte at det skaper mest mulig oppmerksomhet.

4.1 Prioriteringsbeslutninger på hvert beslutningsnivå

Formålet med denne masteroppgaven er å se på ivaretagelsen av de underliggende kriteriene som regjeringen har sagt skal gjelde alle prioriteringsbeslutninger som blir fattet på alle nivå i hele helse- og omsorgstjenesten. For å belyse dette er det gjennomført intervjuer og innhentet eksempler på prioriteringsbeslutninger på hvert av de fire nivåene. Tabell 1 viser en skjematisk

oversikt over beslutningsnivå, eksempel på verktøy brukt for utarbeidelse av beslutningsstøtte og et eksempel på en prioriteringsbeslutning fattet på hvert nivå.

Tabell 1 - Oversikt over beslutningsnivå, verktøy benyttet og konkret eksempel på en gjennomført prioriteringsbeslutning

Underliggende kriterier	Nivå	Verktøy	Eksempel
<ul style="list-style-type: none"> - Nyttekriteriet - Ressurskriteriet - Alvorlighetskriteriet 	Klinisk	Veiledere	Henvisning til MR ved kneskade
	Gruppe	”Nye metoder” systemet	Styresak 049/14
	Administrativt	Veileder IS-1369	Nytt universitetssykehus i Stavanger – SUS2023
	Politisk	Politiske føringer gjennom styringsdokumenter	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Kapittel 4.1.1 til 4.14 beskriver resultatene fra analysene av beslutningsprosessene på de fire nivåene og illustrerer dem så med eksempler på prioriteringsbeslutninger. Det vil gjennomgående gjøres mindre diskusjoner før kapittel 4.2 tar opp tråden med hvordan kriteriene for prioritering kommer til uttrykk i de ulike beslutningsprosessene.

4.1.1 Klinisk nivå

Saksgangen i beslutningsprosessen på det kliniske nivå er i og for seg ikke vanskelig å forstå, men for utenforstående er den trolig ukjent. Det ble gjennomført et intervju med Solveig Hodne Riska, Universitetslektor i helserett ved Universitetet i Stavanger, for å avklare og tydeliggjøre hvordan beslutningsprosessen er bygd opp på klinisk nivå. Intervjuet ga blant annet klarhet i at det kun er på klinisk nivå og prioritering av henvisninger til spesialisthelsetjenesten hvor prioritering er hjemlet i lov (Riska, 2017). Det kommende kapittelet vil gjennomgående referere til lovverket for å vise hvordan beslutningsprosessen er utformet rundt de rettslige føringene, mens kapittel 4.1.1.2 vil belyse prosessen med et eksempel.

4.1.1.1 Fra møte med fastlege til endelig diagnose

Offentlige prioriteringer handler om å forvalte samfunnets ressurser på en best mulig måte. For å forsøke å finne balansen mellom forvaltningen av offentlige midler og oppfølging av helsehjelp til den enkelte innbygger er det utviklet lovverk som et av flere virkemidler. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) gir pasienter og brukere rettigheter ovenfor helsetjenesten. Ettersom én part har fått rettigheter finnes det en motsvarende part som har tilhørende plikter (Riska, 2017). Det offentlige forplikter seg til å yte helsehjelp etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven) (Lovdata, 2017) og Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (Spesialisthelsetjenesteloven) (Lovdata, 2016).

Pasient- og brukerrettighetsloven §2-1 a. Rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste, første ledd, gir pasienten rett til øyeblikkelig helsehjelp fra kommunen (Lovdata, 2016). Dersom en pasient oppsøker sitt legekontor i kommunen med et akutt problem er det opp til fastlegen (eller stedfortreder) å avgjøre om pasientens tilstand er et tilfelle som krever øyeblikkelig hjelp eller ikke. Pasienten har rett på øyeblikkelig helsehjelp når det er påtrengende nødvendig og det skal derfor ikke foretas noen behandlingsprioriteringer. Et legekontor har begrenset med ressurser, så ofte vil pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp bli direkte henvist til akuttmottak.

Når det er avdekket at en pasient ikke har behov for øyeblikkelig hjelp gjenstår det for fastlegen å avgjøre om det aktuelle tilfellet kan diagnostiseres og behandles direkte, eller om det er behov for henvisning til videre undersøkelser i spesialisthelsetjenesten. En fastlege møter mange pasienter med liknende symptomer som alle kan være med å peke i retning av å trenge en videre utredning i spesialisthelsetjenesten og det må derfor gjennomføres en vurdering av om pasienten kan få adekvat helsehjelp av fastlegen, eller om pasienten bør henvises til videre utredning i spesialisthelsetjenesten.

Dersom pasienten anses å trenge ytterligere undersøkelser henviser fastlegen til den aktuelle poliklinikken for videre utredning. På de ulike poliklinikkene sitter det spesialister som behandler de innsendte henvisningene. Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd har pasienten også rett til ”nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten” (Lovdata, 2016). Henvisningene viser fastlegens begrunnelse for henvisningen, men spesialisten gjennomfører en egen vurdering av pasienten. Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (heretter prioriteringsforskriften) (Lovdata, 2015) legger til grunn kriterier for hvordan vurderingen av

om det foreligger en rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten skal gjennomføres. Etter §2 følger det at:

”Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven §2-1b andre ledd, når:

- a) Pasienten ... kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
- b) De forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt”

Med bakgrunn i fastlegens henvisning og egen vurdering kan spesialisten avslå eller godkjenne den videre utredningen. Godkjenner spesialisten pasienten gjelder Prioriteringsforskriftens §2a hvor det følger at:

”Spesialisthelsetjenesten skal prioritere pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten ut fra alvorlighetskriteriet og hastegrad. I prioriteringen av pasienter skal det legges vekt på prognosetap med hensyn til livslengde og livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes” (Lovdata, 2015).

Som man ser av prioriteringen som gjøres på det kliniske nivået er det kun nytte og ressurskriteriet som legges til grunn når det avgjøres om en pasient skal få en utredning eller ikke. Dersom det blir avgjort at pasienten har rett på den aktuelle utredningen, legges så alvorlighetskriteriet til grunn for hvor fort utredningen skal skje. Dette følger av Prioriteringsforskriftens §2a som er nevnt over. Pasienten har i tillegg rettigheter etter Prioriteringsforskriftens §4 rett på å få tildelt frist ”for når faglig forsvarlighet krever at spesialisthelsetjenesten senest må yte helsehjelp til vedkommende pasient for å oppfylle pasientens rettighet” (Lovdata, 2015).

Lovverk kan være abstrakt å jobbe med direkte og for å skape ytterligere forståelse og operasjonalisering av kriteriene i prioriteringsforskriften har Helsedirektoratet utarbeidet veiledere innenfor 33 fagområder (Helsedirektoratet, 2016) som er ment å dekke 70-80% av alle henvisninger på klinisk nivå (Riska, 2017). Veiledere gir anbefalinger om rettighetsstatus og frister for oppstart av helsehjelpen. Det er spesialistene på poliklinikkene i spesialisthelsetjenesten som benytter seg av veilederne og det neste kapittelet vil ta for seg et konkret prioriteringseksempel.

Når en pasient har fått gjennomført en undersøkelse er det ingen garanti for at den etterspurte undersøkelsen gir pasienten en diagnose som direkte kan løses med en gitt behandling. Der dette er tilfelle er det vanlig at det er behov for ytterligere undersøkelser for å avklare problemet og kunne stille en diagnose. Har pasienten først har fått godkjent rett til nødvendig utredning (og dermed også behandling) i første omgang, gjennomføres det ingen ny vurdering for

ytterligere utredninger. Dette betyr i prinsippet at en pasient som har fått godkjent henvisning til en undersøkelse kan få gjennomført omfattende utredning før en diagnose kan stilles og behandling kan utføres uten at det foregår ytterligere prioriteringer annet enn hva spesialisten ved det regionale helseforetaket anser som faglig forsvarlig (Riska, 2017).

4.1.1.2 Henvisning til røntgen eller magnetisk resonanstomografi (MR) ved smerte i kne

Det finnes utallige eksempler som kunne vært benyttet for å belyse beslutningsprosessen på klinisk nivå i denne masteroppgaven. Hensikten her er å belyse saksgangen fra smerte inntreffer frem til endelig behandling og det er derfor valgt å ta for seg et eksempel som de fleste har et forhold til. Eksempelet som blir trukket frem i dette kapittelet vil være en pasient som oppsøker fastlegen sin med smerter i kneet og har et kne som får låsning fra tid til annen.

Fastlegen vil naturlig nok utføre ulike tester og gjøre seg opp antakelser rundt mulig diagnose ut ifra alder, kjønn, hvordan pasienten beskriver smertene og så videre. For enkelthetens skyld antas det videre at fastlegens undersøkelser og pasientens beskrivelser gjør at fastlegen opplever at dette kan tyde på bruskskader i kneet. Ettersom at det ikke er mulig å være helt sikker på hva som forårsaker problemet hos denne pasienten skriver fastlegen en henvisning til MR.

På ortopedisk poliklinikk sitter det spesialister som vurderer henvisningen fra fastlegen. Spesialisten kan slå opp i veilederen innenfor ortopedi – læren om bein, beinskader, beinsykdommer og deres behandlinger (Kvam, 2016) – som vil gi informasjon rundt vanlige henvisninger og sammenligne denne mot fastlegens beskrivelse av pasientens tilstand. I veilederen finnes det et eget avsnitt om denne type skader og ved mistanke om låsing sier veilederen følgende:

- ”Det er veiledende rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten
 - Aktuell helsehjelp i spesialisthelsetjenesten er utredning, konservativ behandling og kirurgisk behandling.
 - Veiledende frisk for oppstart av behandlingen er 4 uker.
 - Forhold som kan endre rettighetsstatus eller frist for start av helsehjelp er:
 - o Grav av smerte og funksjonssvikt.
 - o Manglene effekt av konservativ behandling.
 - o Samsvar mellom klinikk og objektive funn (oftest røntgen og MR).”
- (Helsedirektoratet, 2017).

I tillegg har veilederne med et eget avsnitt som begrunner retten til nødvendig helsehjelp og frist for start av helsehjelpen:

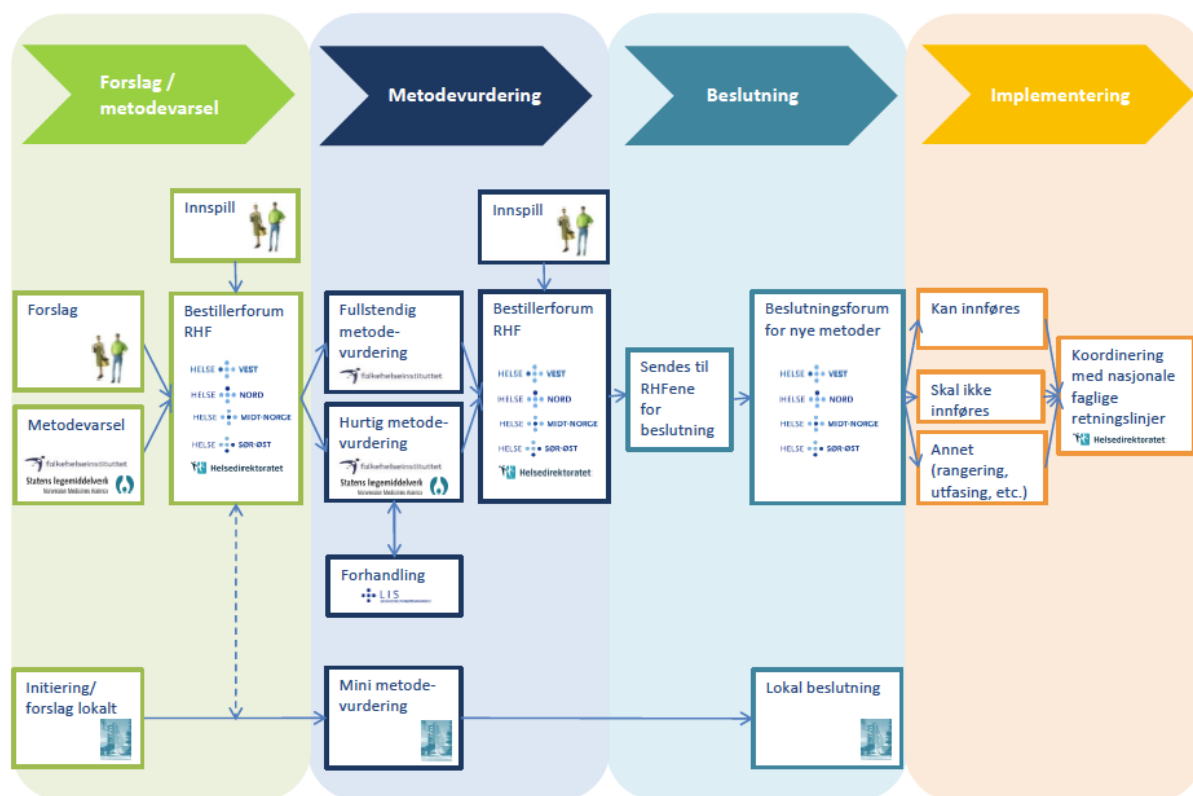
- ”Begrunnelse for rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten:
 - Helsehjelpen anses sannsynligvis å være nyttig.
 - Helsehjelpen anses sannsynligvis å være kostnadseffektiv.
- Begrunnelse for frist for oppstart av helsehjelp i spesialisthelsetjenesten:
 - Tilstanden anses sannsynligvis å være alvorlig.” (Helsedirektoratet, 2017).

På bakgrunn av henvisningen gjør ortopedien seg opp en mening om det er nyttig og kostnadseffektiv og ta røntgen eller MR av denne pasienten. Ortopeden kan enten godta henvisningen eller gjøre seg opp en mening om at dette tilfellet ikke er så kritisk at pasienten har rett på nødvendig helsehjelp og i stede henviser pasienten videre til et alternativt tiltak, eksempelvis fysioterapi i kommunen.

For eksempelets del antas det at fastlegens henvisning får gjennomslag hos ortopedien og det blir avgjort at pasienten har rett på helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten ved at vedkommende har forventet nytte av utredningen og utredningen anses å være kostnadseffektiv. Når pasienten så blir utredet ved røntgen eller MR vil utfallet av utredningen avgjøre hva som blir det neste steget i behandlingsprosessen. Vanlig prosedyre er at pasienten konsulterer med en spesialist ved ortopedisk poliklinikk om utfallet av utredningen og det presenteres ulike behandlingsalternativ før det fattes et valg om hva videre behandling skal være. Her er det pasienten, med faglig bistand fra spesialisten, som avgjør hva som skal gjøres videre. Uavhengig av hvilke behandlingsforslag spesialisten anbefaler skal det ikke gjennomføres noen ny prioritering for å avgjøre om pasienten skal få den aktuelle behandlingen. Det er kun spesialistens faglige skjønn som avgjør hvor fort behandlingen skal gjennomføres etter at pasienten har tatt et valg av behandlingsform.

4.1.2 Gruppenivå

Som beskrevet i kapittel 3.3.1 omhandler prioriteringsbeslutninger som blir tatt på gruppenivå om en ny behandlingsmetode eller et legemiddel skal innføres som tilgjengelig behandling i hele spesialisthelsetjenesten. Figur 6 er hentet fra nettsiden www.nyemetoder.no og viser et prosesskart for innføringen av nye metoder.



Figur 4 – Prosesskart for systemet Nye metoder (Helsedirektoratet, 2017)

Prosesskartet er utviklet etter vedtak i Styresak 049/14 for Helse vest regionalt helseforetak (RHF) om å innføre et felles verktøy for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten, men vedtaket gjelder alle de fire regionale helseforetakene i Norge (Helse nord, Helse midt, Helse vest og Helse sør-øst). Styresaken blir behandlet mer inngående i neste kapittel.

Det vedkjennes at Regjeringen Solberg i sin tiltredelseserklæring har slått fast at de vil ”legge ned de regionale helseforetakene når det er utformet en nasjonal helse- og sykehusplan” (Toppe, Nordås, Lundteigen, & Lien, 2017), men at dette i skrivende stund ikke er avklart. Hvor vidt dette vil påvirke prioriteringsprosessen på gruppenivå vites ikke, men det antas at Nye metoder-systemet videreføres i en eventuell ny modell. Denne masteroppgaven legger derfor dagens system for prioriteringer på gruppenivå til grunn for den kommende presentasjonen.

For denne masteroppgaven er hurtig og fullstendig metodevurdering mest relevant. Likevel kan det kort nevnes at mini-metodevurderinger en forenklet versjon av de andre metodevurderingene for å vurdere tiltak der det ”foreligger klinisk relevant usikkerhet eller faglig uenighet vedrørende effekt eller sikkerhet ved en ny metode eller når innføring av metoden reiser etiske spørsmål” (Folkehelseinstituttet, 2012).

Den følgende beskrivelsen gjelder hurtig og fullstendig metodevurdering og er en kombinasjon mellom fri oversettelse fra av systemet for innføring av Nye metoder på www.nyemetoder.no og kunnskap tilegnet gjennom intervjuet som blir videre blir beskrevet i neste kapittel:

- **Forslag/metodevarsel**

- En ny metode meldes inn til vurdering via skjema på www.nyemetoder.no. I prinsippet kan hvem som helst melde inn en ny metode til helsetjenesten, men i stor grad vil de som melder inn være legemiddelprodusenter eller andre interessenter i den aktuelle metoden.
- Bestillerforum, bestående av de fire fagdirektørene for de fire regionale helseforetakene i Norge og to representanter fra Helsedirektoratet, avgjør så om det er behov for en metodevurdering av den innsendte metoden.
- Én representant fra Statens Legemiddelverk og én representant fra Folkehelseinstituttet er observatører og kan komme med innspill til Bestillerforum.
- Hvis metoden krever en metodevurdering sender Bestillerforum en bestilling til Statens Legemiddelverk for utredning dersom metoden gjelder innføring av et nytt legemiddel, og likeledes til Folkehelseinstituttet dersom saken gjelder en ny behandlingsmetode.

- **Metodevurdering:**

- ”Metodevurdering er en systematisk vurdering av forskning om effekt og sikkerhet av tiltak for forebygging, diagnostisering, behandling, rehabilitering eller organisering av helsetjenester.” (Nye metoder, 2016).
- Når Bestillerforum har vedtatt at en ny metode skal til metodevurdering sender leverandøren(e) inn dokumentasjon til den respektive instans som arbeider med selve metodevurderingen og ferdigstiller den.
- Bestillerforum mottar så vurderingen fra instansen og danner en innstilling på metoden som vurderes og videresender den til det endelige beslutningsorganet.

- **Beslutning:**

- Beslutningsforum er beslutningsorganet på gruppenivå i helsetjenesten. Forumet består av de fire administrerende direktørene i de fire regionale helseforetakene i Norge. Beslutningsforum mottar Bestillerforums metodevurdering og innstilling på metoden.

- Beslutningsforum avgjør så om metoden skal innføres som tilgjengelig metode hele spesialisthelsetjenesten. Avhengig av utfallet forkastes metoden eller man går videre til implementering.
- **Implementering:**
 - Dersom metoden blir godkjent og går videre til implementering vil metoden enten være et tillegg blant allerede eksisterende behandlingsmetoder eller en erstatning av en allerede eksisterende metode.
 - Er metoden et tillegg til dagens behandlingsmetoder vil den bli lagt tilgjengelig for aktuelt personell i spesialisthelsetjenesten.
 - Dersom metoden erstatter en allerede eksisterende metode starter en ut- og innfasingsperiode i koordinasjon med de eksisterende faglige retningslinjene i samarbeid med HOD.

4.1.2.1 Styresak 049/14 – Etablering av nasjonalt system for innføring av nye metoder – de regionale helseforetakenes rolle og ansvar

For å få mer inngående innsikt i en konkret prioriteringsbeslutning på gruppenivå har det vært formålstjenlig å gjennomføre et intervju. Baard-Christian Schem, Fagdirektør i Helse vest RHF, ble kontaktet og intervjuet rundt slike prioriteringsbeslutninger. Intervjuet ga utdypende informasjon rundt selve beslutningsprosessen på gruppenivå og Schem henviste til Styresak 049/14 som konkretiserer de regionale helseforetakenes rolle og ansvar rundt systemet for innføring av nye metoder (Schem, 2017). Sakspapirene til styresaken ligger som vedlegg (Vedlegg 2) og de kommende avsnittene vil i stor grad bygge på disse sakspapirene og informasjon tilegnet gjennom intervjuet med Schem.

Prosesskartet fra kapittelet over viser prosessen som er utarbeidet etter vedtak i denne saken. Vedtaket sier at metodevurderinger skal inngå som en del av beslutningsgrunnlaget, skal bidra til riktig prioritering av samfunnets ressurser og legger pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften til grunn for prioriteringene. Meld. St. 34 presenterer de samme kriterier som både loven og forskriften, men Lov om pasient- og brukerrettigheter har følgende ordlyd på kriteriene:

- ”Prognosetap ved den aktuelle tilstand
- Effekt av metoden
- Kostnadseffektivitet ved bruk av metoden på aktuell indikasjon” (Lovdata, 2016)

Videre i styresaken legges det frem hvilke hensyn Beslutningsforum ikke skal ta i beslutninger om innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten og det presiseres at det er alvorlighet, effekt og kostnadseffektivitet som skal være de gjeldende kriteriene. Det trekkes spesielt frem at ved endelig beslutning skal Beslutningsforum være diagnosenøytral, aldersnøytral, nøytral hva gjelder pasientgruppens størrelse, vedkjenne at det er legitimt å ikke innføre effektiv, men lite kostnadseffektiv diagnostikk og behandling og utvise likebehandling på tvers av pasientgrupper og metoder.

Selve metodevurderingen av nye behandlingsmetoder eller legemidler følger beskrivelsen fra prosesskartet fra forrige kapittel. Et tiltak som meldes inn til som ny metode metodevurderes enten av Statens Legemiddelverk eller Folkehelseinstituttet, alt etter om saken gjelder en ny behandlingsmetode eller et legemiddel. Metodevurderingen og dokumentasjonen, inkludert Bestillerforums innstilling, legges så frem for Beslutningsforum som på grunnlag av om metoden oppfyller kriteriene om alvorlighet, effekt (nytte) og kostnadseffektivitet avgjør om metoden kvalifiserer til å bli innført som tilgjengelig metode i hele spesialisthelsetjenesten.

4.1.3 Administrativt nivå

Jo lenger man beveger seg vekk fra det kliniske nivået over mot det politiske nivået, desto vanskeligere er det å ha et reelt forhold til hva slags type prioriteringsbeslutninger som gjennomføres. Likevel har de fleste et forhold til hva administrative beslutningsprosesser innebærer da slike beslutninger fattes i alle typer bedrifter og i hovedsak omfatter løpende drift og budsjettfordelinger.

Meld. St. 34 skriver følgende om prioriteringer på administrativt nivå:

”Det er ingen rettslige eller styringsmessige føringer som pålegger det administrative nivået i helsetjenesten og den sentrale helseforvaltningen å legge prinsippene for prioritering til grunn for disse beslutningene. Det betyr imidlertid ikke at vurderinger av prioriteringskonsekvenser ikke inngår som grunnlag for beslutninger på administrativt nivå, men at det trolig er varierende systematikk til dette.” (HOD, 2016, s. 163).

Ledere og styrer på mange ulike nivå i helsetjenesten gjennomfører beslutninger som har prioriteringskonsekvenser. Dette gjelder blant annet, men begrenses ikke til, internt i Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedepartementet, de regionale helseforetakene og i kommunale bo-

og behandlingssentre. Beslutningene kan variere i alt fra valg av hvilke forhandlere en skal handle rekvisita fra til store budsjettfordelinger i de regionale helseforetakene.

Både på klinisk nivå og på gruppenivå er det naturlig å generalisere beslutningsprosessene gjennom at det finnes henholdsvis faglige veiledere og ”Nye metoder”-systemet som prosessene støtter seg på. Med så varierte prioriteringsbeslutninger innenfor samme prioriteringsnivå som på administrativt nivå er det ikke mulig å generalisere beslutningsprosessene på samme måte. Det vedkjennes i så måte at ett eksempel ikke nødvendigvis er representativt for alle prioriteringsbeslutninger på administrativt nivå, men det er gjort en vurdering av at det er tilstrekkelig med ett eksempel på en prioriteringsbeslutning, da formålet med å belyse prosessene er å se hvordan det administrative nivået ivaretar kriteriene HOD og regjeringen har sagt skal ligge til grunn.

I lys av dette har det i denne masteroppgaven vært ønskelig å benytte et eksempel på prioriteringsbeslutninger på administrativt nivå som personer som ikke er tilknyttet helsetjenesten har et forhold til. Gjennom arbeidet med valg av eksempel ble flere plausible alternativer vurdert og det ble konkludert med at eksempelet måtte være relativt stort i omfang for at eksterne skulle ha noe reelt forhold til det.

Valget endte med å benytte sykehusutbyggingen på Ullandhaug i Stavanger som eksempel. I den forbindelse ble det gjennom privat nettverk opprettet kontakt med prosjektdirektør for byggingen av nytt Stavanger Universitetssykehus (prosjektnavn SUS2023), Kari Gro Johanson, og det ble gjennomført et intervju rundt hvordan prioriteringer på administrativt nivå gjennomføres sett fra deres ståsted.

4.1.3.1 SUS2023 – Første byggetrinn av nytt universitetssykehus i Stavanger

SUS2023 er et prosjekt som har pågått siden 2011 og har fullført mange av fasene et prosjekt må gjennom. For offentlige byggeprosjekter finnes det flere retningslinjer, men ettersom sykehus er en veldig spesiell type bygg har Helsedirektoratet utviklet en egen veileder for slike prosjekter. ”Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter” deler prosjektet inn i forhold til fire milepæler der det fattes beslutninger om prosjektet skal gå videre. De fire milepælene er ”Grunnlag for oppstart av idéfasen (B1)”, ”Beslutninger ved enden av idéfasen (B2)”, ”Beslutninger ved enden av konseptfasen (B3)” og ”Beslutninger ved enden av forprosjektfasen (B4)”. I tillegg gjennomføres det en ekstern kvalitetssikring av konseptvalg (KSK) før beslutning B3 for å sikre at det beste konseptet blir valgt før ”...helseforetaket skal oversende

konseptrapporten, KSK-rapporten og sine vurderinger til departementet som grunnlag for styringsdialogen” i forhold til beslutning B3 (Helsedirektoratet, 2011).

For eksempelets del er det viktig å belyse hvorfor dette nå er en administrativ prioriteringsbeslutning og ikke en politisk beslutning. 11. Januar 2016 fattet helseministeren endelig vedtak om at nytt sykehus i Helse Stavanger HF skal ligge på Ullandhaug og i den forbindelse gikk SUS2023 over i forprosjektfasen (Helse Stavanger, 2017). Helseministeren og HOD skal implementere og gjennomføre den politikken stortinget vedtar og det er på den måten en politisk beslutning å godkjenne konseptfasen i slike vesentlige byggeprosjekter. Ettersom prosjektet har gjennomført idéfasen og konseptfasen og nå er over i forprosjektfasen er prosjektet Helse Stavanger HF (et av flere helseforetak i Helse vest RHF) sitt ansvar. Prosjektet har på den måten gått fra å være et politisk vedtak til å bli en administrativ gjennomføring. Forprosjektfasen vil bli fremmet for B4 beslutning 21. Juni 2017 i styremøtet til Helse vest RHF og dersom forprosjektet blir godkjent iverksettes selve gjennomføringen (Johanson, 2017).

Gjennom intervjuet med prosjektdirektør for SUS2023, Kari Gro Johanson (tidligere ansatt i ulike prosjektroller i Statoil), kom det frem at til forskjell fra andre offentlige byggprosjekter gjennomføres det kun én ekstern kvalitetssikring av prosjekteringen av sykehusprosjekt. Andre offentlige byggeprosjekter har to eksterne vurderinger, KS1 i forbindelse med avslutningen av konseptfasen og KS2 ved avslutningen av forprosjektfasen, henholdsvis ved beslutning B3 og B4 i veilederen, mens SUS2023 alt har vært gjennom sin eneste eksterne kvalitetskontroll rett før beslutning B3. Likevel påpekte Johanson at selv om det kun er én ekstern vurdering er prosjektet veldig godt gjennomarbeidet ved at det er mange som er involvert. Eksempelvis er mange grupper av ansatte som er med og vurderer hvordan utformingen av rommene skal se ut, hvor funksjoner skal ligge i forhold til hverandre og generell logistikk på sykehuset og totalt er det flere hundre ansatte som har vært med og kommet med innspill i alle fasene av prosjektet (Johanson, 2017).

Utbyggingen av nytt Stavanger Universitetssykehus er nå like før beslutning B4 og har dermed blitt godkjent ved alle de foregående milepælsbeslutningene. Det som gjenstår før gjennomføringsfasen iverksettes er en gjennomgang i styret i Helse Stavanger HF og i Helse vest RHF ved beslutning B4 (Helsedirektoratet, 2011). Dette medfører at det kun er rapportering opp til styrene og vedtak om videre fortsettelse som gjenstår før prosjektet settes i gang for fullt. Etter beslutningen B4 er det ikke lenger noen føringer fra Helsedirektoratet som må følges og det er opp til Helse Stavanger HF å gjennomføre og følge opp prosjektet i henhold til tid, kostnad og plan (Johanson, 2017). Likevel vil det som ved alle byggeprosjekter

rapporteres til styret, henholdsvis i Helse Stavanger HF, Helse vest RHF, til Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet. I tillegg gjennomføres prosjektet av Sykehusbygg HF (eid av de fire regionale helseforetakene), opprettet i 2014. Prosjektleder og flere personer i prosjektledelsen er nå ansatt i Sykehusbygg, og drar fordel av å kunne dele erfaringer og få gode råd fra andre sykehus som enten er under bygging eller har vært bygd i den senere tid, hvor Nye Østfoldsykehuset er det nyeste eksempelet (Johanson, 2017).

I forhold til dette eksempelet rundt beslutningsprosessen på administrativt nivå er det viktig å se at selv om veilederen ikke er mer enn 53 sider lang så er den veldig konkret i hva som skal leveres ved de ulike milepælsbeslutningene. Veilederen er bygget opp på en slik måte den sikrer tilstrekkelig gjennomarbeiding i prosjektets ulike faser. Ved å benytte en ekstern vurdering som kontrollerer at det beste konseptet blir valgt og at det i tillegg inkluderes helsepersonell som er med på å utvikle et optimalt bygg sikrer man at leveransen til hver beslutning er optimal. Leveransen vil i stor grad bestå av dokumentasjon som er blitt utviklet gjennom prosjektarbeidet og det er dette som er beslutningsstøtten ved de ulike beslutningene i prosjektet. Veilederens oppgave er å sikre kvaliteten på beslutningsstøtten og på den måte gjøre beslutningstakeren sikker i sin beslutning.

For oppgavens validitet og reliabilitet er det viktig å nevne at veilederen ”Tidligfaseplanlegging av sykehusbygg” er under revisjon av Sykehusbygg HF (Sykehusbygg HF, 2016) på bestilling fra Helsedirektoratet og at en nyere versjon av dokumentet trolig snart vil bli publisert. Det er ikke fått bekreftet dato på publikasjon av den nye veilederen, men gjennom intervjuet ble det informert om at det forventes noen endringer, blant annet at konseptfasen deles i to, der man i den første fasen velger byggetomt og i den andre fasen velger konsept (Johanson, 2017). Likevel forventes det at innholdet i veilederen i hovedsak forblir det samme og på den måten ikke påvirker innholdet i denne masteroppgaven i stor grad, men det vedkjennes at endringer kan forekomme.

Spesielle forhold med SUS2023

Det er helt spesielt at Helse vest har delegert ansvaret for planleggingen og utbyggingen av nytt sykehusbygg ned til Helse Stavanger HF som alene står ansvarlig som byggherre og for utbyggingen. I de andre regionene er de regionale helseforetakene, respektivt Helse nord, Helse midt og Helse sør-øst, som hovedregel er byggherre og dermed står ansvarlige for planleggingen og gjennomføringen av prosjekter. Eksempelvis vil et prosjekt i Helse sør-øst

som overskrider budsjetttrammene få de øvrige helseforetakene i Helse sør-øst til å være med å dekke overskridelsen (Johanson, 2017).

I tillegg er det interessant å belyse at ved utbygging av nye sykehus kun får man kun lån på 70% av investeringskostnadene ved utbyggingen gjennom bevilgning i statsbudsjettet og de resterende 30% må spares opp gjennom egen drift. SUS2023 har en totalramme på 8,43 milliarder norske kroner, hvilket medfører at det må settes av og spares ca. 2,5 milliarder norske kroner fra driften. Lånet fra HOD betales tilbake med renter og avdrag over 25 år (Johanson, 2017).

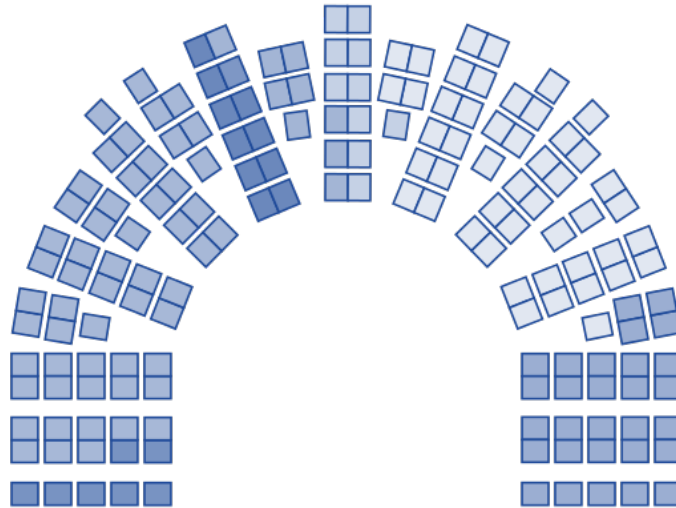
4.1.4 Politisk nivå

Prioriteringer på politisk nivå er de mest omfattende beslutningene som gjøres i den norske helse- og omsorgstjenesten. Meld. St. 34 skriver:

”Politiske beslutninger om fordeling av ressurser vil særlig komme til uttrykk gjennom Stortingets budsjett- og lovvedtak, vedtak fattet av kommunestyrene og gjennom innretning av helse- og omsorgsministerens styringsdokumenter til helseregionene” (s.57).

I tillegg er det en politisk prioriteringssak når stortinget må kobles inn i saker om å innføre nye legemidler som overskrider den såkalte bagatellgrensen som per nå er 25 millioner norske kroner (HOD, 2016).

For den alminnelige borger kan slike beslutninger virke litt fjerne og abstrakte, men de politiske prioriteringene kan påvirkes gjennom å stemme ved stortings- og kommunevalg. På den måten vil man bidra til å bestemme hvilke personer som skal være med å fatte de endelige beslutningene. Beslutningene som fattes vil naturlig nok bære noe preg av de politiske satsingsområdene til partiene som sitter i regjering og kombinasjonen av antall stortingsrepresentanter per parti. Figur 7 viser fordelingen av stortingsrepresentanter per parti for stortingsperioden 2013-2017. Fordelingen av mandater er som følgende (fra venstre på bildet): Sosialistisk Venstreparti (7), Arbeiderpartiet (55), Senterpartiet (10), Miljøpartiet De Grønne (1), Venstre (9), Kristelig Folkeparti (10), Høyre (48) og Fremskrittspartiet (29)



Figur 5 - Fordeling av stortingsrepresentanter per parti for stortingsperioden 2013-2017 – adaptert fra annen figur (Stortinget, 2017)

Hvordan beslutningsstøtten legges frem påvirker sakens vinkling, og hvilke fokusområder som er mest fremtredende i de ulike politiske beslutningssituasjonene vil være preget av hvilket parti beslutningstakerne tilhører. Ønsket med denne masteroppgaven er som kjent å forholde seg så objektiv som mulig. I den forbindelse er det valgt å ikke kontakte noen med spesifikk politisk tilknytning, men heller kontakte Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement for å få et mer generelt innblikk i politiske beslutningsprosesser. Korrespondansen startet per epost, oppfulgt av en telefonsamtale og endelig skriftlig svar per epost fra Are Forbord, avdelingsdirektør. Det fullstendige skriftlige svaret fra departementet ligger som vedlegg (Vedlegg 1).

Det kommende kapittelet vil ta for seg korrespondansen med HOD og belyse politiske beslutningsprosesser på generelt grunnlag, mens det senere vil belyses en konkret prioriteringsbeslutning om å særskilt prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

4.1.4.1 Generaliserte politiske beslutninger

Det finnes ingen måte å generalisere beslutningsprosessen på politisk nivå mer enn Meld. St. 34 alt gjør. Politiske beslutninger fattes i mange former, både statlig og kommunalt, og det å si at beslutningsprosessen er lik for alle prioriteringer vil ikke være rett. Likevel vil en kunne si at politiske beslutningsprosesser følger beslutningsmønsteret som beskrevet av Figur 1 i kapittel 3.1. Helse- og omsorgsmessige beslutninger av politisk karakter vil som andre

beslutningsprosesser starte med at det dukker opp et problem som må løses, eksempelvis strategiske eller budsjettmessige beslutninger.

Som nevnt innledningsvis i kapittelet omhandler prioriteringsbeslutningene på politisk nivå budsjett og lovvedtak fra stortinget, styringsdokumenter fra Helse- og omsorgsministeren og vedtak fattet i kommunen. Styringsdokumentene er de operasjonelle oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsministeren til de fire regionale helseforetakene og spesifiserer hvilke mål som forventes oppnådd det kommende året. Gjennom disse dokumentene stilles også de budsjetterte midlene fra stortinget til disposisjon.

Eksempelvis ble det budsjettert med 189 886 milliarder kroner til helse- og omsorgssektoren for budsjettåret 2017, en økning på 2,6% fra året før (Helse- og omsorgsdepartementet - Godkjent i statsråd, 2016, s. 23). Disse midlene blir så fordelt og disponert videre til de fire regionale helseforetakene gjennom styringsdokumentene.

Vi mennesker er grådig av natur og når alle ønsker seg det største kakestykket blir det politikernes oppgave å fordele de tilgjengelige midlene på en slik måte at man sikrer nasjonens vekst. Beløpet på nærmere 190 milliarder norske kroner for 2017 er dermed kommet frem gjennom vurderinger av blant annet behov for driftsmidler, antall årsverk, nyinvesteringer, forventet vekst, tidligere budsjett og regnskap, midler til forskning og utvikling og så videre. Alle disse faktorene, og flere til, påvirker hvordan politikerne forvalter og fordeler landets ressurser på en slik måte at man har rettferdig fordeling av ressurser i dag, og samtidig sikrer fremtidig trygghet og nasjonal vekst.

4.1.4.2 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Gjennom samtalen med departementet og oppfølgende skriftlig svar ser man, som forventet, at HOD legger stor vekt på innholdet i Meld. St. 34, et dokument de selv har utviklet. Det er i denne masteroppgaven valgt å trekke frem et eksempel som departementet selv nevner i korrespondansen (Vedlegg 1) og som i tillegg belyses i både Meld. St. 34 og i oppdragsdokumentene til alle de fire regionale helseforetakene.

Helsetjenesten skal være helhetlig og pasienten eller brukeren skal tilbys samme behandlingstilbud uansett hvor i landet personen bor. Helse- og omsorgsdepartementet har derfor besluttet at de samme styringsmålene skal gjelde hele helsetjenesten. I oppdragsdokumentene fra HOD spesifiseres følgende tre overordnede styringsmål for alle de fire regionale helseforetakene:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttningen.
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

Dette er de samme tre overordnede styringsmålene som ble benyttet i 2016 grunnet at de er langsiktige mål, men det blir naturlig nok benyttet andre delmål fra år til år. De komplette oppdragsdokumentene med mål og delmål fra år til år er offentlige dokumenter og kan leses på regjeringens nettsider (Regjeringen, 2016). Styringsmål nummer to nevnt over er det mest konkrete og trekkes i tillegg spesifikt frem i Meld. St. 34. Det er derfor valgt å benytte dette som eksempel på en prioriteringsbeslutning på politisk nivå.

I Meld. St. 34 vises det som eksempel på en politisk prioriteringsbeslutning at det ønskes større vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk (som har med kroppen å gjøre (Kåss, 2009)) på regionnivå. Det som skiller seg ut og gjør denne prioriteringen spesielt interessant er at det ikke er gjennomført noen formell analyse som skal ligge til grunn, hvilket departementet selv også påpeker i meldingen. Beslutningen er fattet på grunnlag av at pasientgruppen anses å være alvorlig stilt og at den kan ha god nytte av behandlinger som ikke legger beslag på store mengder ressurser. Det skrives i Meld. St. 34 at ”Blant de 25 sykdommene og skadene som gir mest helsetap, er syv innfor gruppen psykiske lidelser og ruslidelser, og til sammen utgjør disse 19 pst. av det totale helsetapet” (HOD, 2016). Det er altså gjort en avveining mellom kriteriene som skal ligge til grunn uten noen direkte analyse av ressursbruk eller nytte av å prioritere disse pasientgruppene eller deres alvorlighetsgrad.

En naturlig grunn til at det ikke har vært sett på som nødvendig å gjennomføre analyser kan være at psykisk helse og rusbehandling ikke har vært blant de største satsingsområdene og er grener av helsetjenesten som har behov for større fokus nå enn tidligere. Dette kan komme av at man i den senere tid har fått større forståelse for psykiske lidelse og problemer knyttet til rusavhengighet og dermed ønsker å gi disse pasientgruppene økt fokus. I en politisk prioriteringssituasjon ses rusavhengighet som et større problem i en samfunnsmessig kontekst og kan dermed tillegges større vekt enn andre samfunnsmessige problemer.

Politiske prioriteringer omhandler som kjent mye mer enn bare helsetjenesten, mens rusavhengighet og psykisk helse påvirker andre samfunnsmessige viktige aspekter som blant annet arbeidsledighet, behov for offentlig stønad, kriminalitet og sosial trivsel bland befolkningen. Disse faktorene er ikke direkte knyttet til helsetjenesten, men spiller inn når politikere gjør ressursmessige prioriteringer gjennom statsbudsjettet.

4.2 Hvordan kriteriene kommer til uttrykk på de ulike nivåene

Etter å ha belyst og kort diskutert resultatet av analysene av de fire nivåenes prioriteringsbeslutninger, gjennom beskrivelse av beslutningsprosessene og eksempler på faktiske prioriteringer, vil dette kapittelet diskutere hvordan de ulike kriteriene kommer til uttrykk i de ulike prioriteringsbeslutningene. Kvantifiseringen av nytte- og ressurskriteriet sammenfattes ved hjelp av nytte-kostnadsanalyser, et verktøy som er presentert tidligere i oppgaven, vil så diskuteres. Avslutningsvis trekkes tanken om bruk av de samme kriteriene på alle nivå over i den kommunale helse- og omsorgstjenesten før det oppsummeres hvordan kriteriene kommer til uttrykk på de fire nivåene presentert i Meld. St. 34.

4.2.1 Nyttekriteriet

Regjeringen sier at et tiltaks prioritet skal øke i tråd med økningen i den forventede nytten tiltaket skal gi (HOD, 2016). I teorien blir det presentert operasjonalisering av nyttekriteriet på klinisk nivå og gruppenivå og at det henholdsvis skilles mellom kvalitativ bruk på klinisk nivå og kvantitativ bruk på gruppenivå. Kvalitative vurderinger av hvordan man skal behandle en pasient eller bruker gjennomføres kontinuerlig på det kliniske nivået. Eksempelet med en pasient med smerter i kneet viser hvordan fastleger vurderer tilstanden til å være av en karakter som vedkommende ikke kan diagnostisere der og da og at det er forventet nytte i å henvise pasienten til videre undersøkelser ved ortopedisk poliklinikk. I tillegg viser eksempelet hvordan spesialisten i poliklinikken avdekker om det er behov for den henviste undersøkelsen gjennom å vurdere nytten av ulike utredningsalternativ. Dette viser på en god måte hvordan fastlegens vurdering av pasienten og ortopedens vurdering av behov for ytterligere utredning ivaretar nyttekriteriet på en meget tilfredsstillende måte.

Som tidligere nevnt har regjeringen sagt at for kvantifisering av nytte skal det benyttes kvalitetsjusterte leveår, QALY, som måleenhet. Riktigheten ved å kvantifisere nytte ved bruk av QALY er blitt diskutert i det foregående teorikapittelet og verktøyet har som kjent sine svakheter. Likevel har regjeringen vedtatt at det er dette verktøyet som skal benyttes til å uttrykke nytte ved prioriteringer på gruppenivå. Gjennom å velge ett spesifikt verktøy sikrer man at alle metodevurderinger gjennomføres på samme grunnlag og at metoder kan sammenlignes på tvers av størrelse og fagfelt. Nyttekriteriet ivaretas i så måte gjennom at

kvantifiseringen gjøres på samme måte i alle metodevurderinger på gruppenivå og dermed inngår som en del i den totale vurderingen.

Både på administrativt og politisk nivå kommer nytte til uttrykk gjennom behov for prioritering. Stavanger-regionen er i stadig vekst og det var et behov for et nytt sykehusbygg. Gjennom både politiske og administrative prosesser ble det funnet nytte i å gå til anskaffelse av et nytt sykehus. For å maksimere nytten av det nye sykehusbygget har det gjennomgående i prosjekteringen vært involvering av fagpersonell for å optimalisere bygningslogistikken, eksempelvis gjennom ulike avdelingers plassering i forhold til hverandre og den generelle utformingen av deres egen arbeidsplass. En arbeidsplass som er tilpasset det arbeidet som skal gjennomføres medfører at man får best mulig utnyttelse av bygget, høyest mulig effektivitet i arbeidet og dermed også nytte av det nye sykehusbygget.

Ved å gjøre avveininger mellom hvor mye offentlige midler som skal benyttes i hver sektor har politikerne som er valgt til å styre landet vårt konkludert med at det anses å være forventet nytte i å gi pasientgrupper med psykiske lidelser og rusavhengighet ekstra prioritet. Det er da gjort en vurdering av at det er forventet samfunnsmessig nytte i å legge særskilt fokus på disse pasientgruppene på regionnivå gjennom de politiske styringsdokumentene. Fra år til år vurderes det hvilke områder av helsetjenesten som har størst behov for vekst og styrking. Nyttekriteriet blir i så måte ivaretatt i form av å inkludere særskilte målområder og underordnede delmål i styringsdokumentene til de regionale helseforetakene for inneværende år.

4.2.2 Ressurskriteriet

Regjeringen har vedtatt at et tiltaks prioritet skal øke desto mindre ressurser tiltaket legger beslag på (HOD, 2016). Isolert sett innebærer dette at man på klinisk nivå ønsker å prøve alle de minst ressurskrevende tiltakene før man ser seg nødt til å benytte mer ressurskrevende tiltak. På høyere nivå kan ressurskriteriet isolert ses å favorisere de minst ressurskrevende behandlingsmetodene og legemidlene ved metodevurderinger på gruppenivå og at man er veldig var for å bruke ressursene på administrativt og politisk nivå. For å forhindre dette reguleres sektoren ved at jussen pålegger å yte helsehjelp til befolkningen og på den måten gjør det nødvendig å investere i drift og videreutvikling av den nasjonale helse- og omsorgstjenesten.

På klinisk nivå kommer ressurskriteriet til uttrykk gjennom fastlegers og spesialister i poliklinikkens valg av utredning- og behandlingsmetoder i samhandling med den enkelte

pasient. I eksempelet med smerte i kne nevnt tidligere vil en fastlege trolig velge å henvise pasienten til MR fremfor CT (computerized tomography), da MR er mindre ressurskrevende og i tillegg utsetter ikke MR pasienten for skadelig røntgenstråling slik som en CT-scan vil gjøre.

De høyere nivåene i helsetjenesten ivaretar ressurskriteriet ved at ressursbeslaget i form av tiltakets kostnad inngår som en større del av totalvurderingen. På gruppenivå er det kostnaden knyttet til innføringen av den nye behandlingsmetoden eller det nye legemiddelet som inkluderes. Fra eksempelet på prioriteringsbeslutning på administrativt er det besluttet at det er forsvarlig å benytte 8,43 milliarder norske kroner på utbyggingen av nytt universitetssykehus i Stavanger. Her har det blitt gjennomført vurderinger av ulike mulige løsninger i konseptfasen og ressursbeslag inngår da selvfølgelig som en vesentlig faktor i prioriteringen.

Politiske prioriteringsbeslutninger har utallige faktorer å ta hensyn til ved prioritering om hvordan ressursene skal benyttes. Ved å gjøre avveininger mellom hvor mye offentlige midler som skal benyttes i hver sektor har politikerne konkludert med at 190 milliarder norske kroner er nok til å drifte og utvikle den nasjonale helse- og omsorgstjenesten. Beløpet er fremkommet gjennom å sammenfatte informasjon om fra budsjetter for 2017 fra alle landets helseforetak, Helsedirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet og så videre.

4.2.3 Alvorlighetskriteriet

Alvorlighetskriteriet sier at desto mer alvorlig en tilstand er eller kan bli dersom tiltaket uteblir, desto større prioritet skal tiltaket få (HOD, 2016). Når vi går til fastlegen med et illebefinnende gjør vedkommende seg opp en vurdering om hvor alvorlig tilstanden er og om det er behov for akutt behandling. Er ikke tilstanden akutt gjennomføres vanlig diagnostisering og potensiell henvisning til spesialisthelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesten ivaretas alvorlighetskriteriet gjennom at Prioriteringsforskriften sier at når spesialisten har avdekket at pasienten har rett på utredningen eller behandlingen, skal alvorlighetsgraden avgjøre hvor fort pasienten har krav på oppstart av utredning eller behandling.

I metodevurderinger på gruppenivå sier Meld. St. 34 at alvorlighet skal kvantifiseres som tap av leveår ved fravær av behandlingen som vurderes, hvilket de kaller absolutt prognosetap (HOD, 2016). Alvorlighetskriteriet blir på den måten ivare tatt gjennom å bli omsatt til en kvantitativ verdi som kan brukes i den totale metodevurderingen. Her blir alvorlighetsgraden omformet til et tall som kan brukes til å skalere kostnads-effektbrøken for å inkludere at man

verdsetter tiltak som behandler eller forebygger eskalering til veldig alvorlige tilstander i større grad enn tiltak som ikke gjør det.

På administrativt nivå er det ikke tydelig å se hvordan alvorlighetskriteriet blir ivaretatt. Eksempelet som er valgt for å belyse prosessen i denne oppgaven har ingen direkte indikasjoner på hvordan alvorlighet blir ivaretatt, men det ses som en fordel at flere i prosjektledelsen er ansatt gjennom Sykehusbygg og dermed kan tilegne seg kunnskaper om problematiske faser i forprosjektet. På denne måten tar det administrative nivået hensyn til alvorlighet gjennom å lære av andres feil.

I tillegg er det naturlig å tenke seg at gjennom prosjekteringen blir det gjort vurderinger av hvilke avdelinger og poliklinikker som er nødvendig for å serve en hel by med komplette helsetjenester. Vurderinger av at vanlige henvendelser, eksempelvis bruddskader og blodpropp, er noe man er avhengig av å kunne behandle på alle sykehus gjør at det ville vært svært alvorlig dersom det nye universitetssykehuset ikke hadde tatt hensyn til at man måtte hatt avdeling for radiologi og akuttkirurgi.

Administrative prioriteringsbeslutninger sprer seg over et vidt spekter av ledere og styrer i hele helse- og omsorgstjenesten og det er viktig å nevne at det ikke alle administrative beslutninger er lik den som er valgt å trekke frem i denne masteroppgaven. Beslutninger om for eksempel hvor ofte man skal bytte ut kirurgiske instrumenter vil i mye større grad bære preg av å være gjort med stort hensyn til alvorligheten ved å vurdere konsekvensene som kan følge av slitt utstyr. Likevel er det ikke innlysende hvordan alvorlighetskriteriet skal ivaretas gjennom de veldig varierte beslutningsprosessene.

I så måte ses det ikke at alvorlighetskriteriet kommer tydelig til uttrykk gjennom beslutningsprosessene på det administrative nivået. Gjennom analysen av nivået virker det som om man velger å ta hensyn til alvorlighet på en implisitt og indirekte måte og det stilles derfor spørsmål med hvordan regjeringen tenker å kvalitetssikre ivaretagelsen av alvorlighetskriteriet i slike varierte prioriteringsbeslutninger.

Som tidligere nevnt er de politiske prioriteringsbeslutningene de mest omfattende som gjennomføres i Norge. Som også eksempelet benyttet for å belyse prosessen viser er det gjort en vurdering av at psykisk syke og rusavhengige er pasientgrupper som er særdeles alvorlig stilt. Vurderingen er gjort gjennom å vurdere tilstanden til å skape en samfunnsmessig påkjenning som er større for denne pasientgruppen enn andre pasientgrupper.

På denne måten inkluderer politiske prioriteringsbeslutninger alvorlighetskriteriet sett med et mye bredere perspektiv enn for de lavere nivåene. Det er naturlig at politiske prioriteringer må

ta eksterne hensyn utenfor helsetjenesten, men også benytte faktorer fra helsetjenesten i prioriteringer utenfor sektoren. Dette gjøres ved å se at alvorlighet ved psykisk sykdom og rusavhengighet påvirker andre deler av samfunnet og ikke bare pasienten. I så måte vil det å ha særskilt fokus på disse pasientgruppene bidra til å løse problemer utenfor helsesektoren som for eksempel å redusere kriminalitet, minske andelen rusmidler i omløp, redusere antallet rusede personer ute blant befolkningen og så videre.

4.2.4 Prioriteringskriteriene samlet sett

Gjennomgående i Meld. St. 34 er det tydelig at klinisk nivå og gruppenivå er de strengest regulerte nivåene i helse- og omsorgstjenesten. Gjennom spesifisering av hvordan kriteriene for prioritering skal benyttes regulerer stortinget og regjeringen i stor grad hvordan prioriteringsbeslutninger skal gjennomføres. Når man kommer opp på administrativt nivå er det ikke lenger lagt rettslige føringer for hvordan prioriteringene skal gjennomføres, kun veiledere og anbefalinger. Stortinget og regjeringen har heller ikke innført noen reguleringer på hvordan de selv skal gjennomføre prioriteringer, hvilket kommer til syne når prioriteringskriteriene vektet sammen for å fatte den endelige beslutningen.

På det kliniske nivået er det tydelig hvordan nytten vurderes mot kostnaden av tiltaket. I møtet med fastlegen stilles det enten en direkte diagnose eller så ses det at ytterligere utredning i spesialisthelsetjenesten gir mer nytte for pasienten enn at man ikke er villig til å ta kostnaden forbundet med utredningen. Dersom spesialisten sier seg enig i henvisningen fra fastlegen har pasienten rett på utredning og alvorlighetskriteriet trer inn og regulerer hvor fort oppstarten av utredning og behandling senest skal skje.

Over på gruppenivå er alle tre kriteriene kvantitative størrelser. Den forventede nytten av den nye behandlingsmetoden eller legemiddelet blir kvantifisert som QALYs. Meldingen sier at alvorlighet skal måles som absolutt prognosetap, en måleenhet som også er naturlig å oppgi i kvalitetsjusterte leveår, QALY, ved å kvantifisere endringen i fremtidig helse. Ressursene som går med til innføringen av en ny behandlingsmetode eller et legemiddel kan direkte oversettes til kostnaden ved innførselen av den nye metoden eller legemiddelet. Den totale vurderingen blir å sammenligne kostnads-effektbrøken, vektet for alvorlighet, mot alternativkostnaden som er satt til 275.000 norske kroner og på den måten avgjøre hvor mye man er villig til å betale for en gitt nytte og alvorlighet.

For å belyse hvordan kriteriene samlet sett kommer til syne på administrativt nivå velges det å ta utgangspunkt i eksempelet fra kapittel 4.1.3.1 ettersom beslutningene på det administrative nivået er så varierte. Veilederen for tidligfaseplanlegging av sykehusbygg er bygget opp som en sjekklister over hvilke prosesser og dokumenter som skal legges frem ved de fire beslutningsstegene under prosjekteringen. Dersom veilederen følges sikrer man at de fleste aspektene ved prosjekteringen være godt gjennomarbeidet og man sikrer at det ikke er mangler i prosjektet.

Det er komplisert å illustrere konkret hvor kriteriene for prioritering kommer til uttrykk på administrativt nivå og det derfor nødvendig å se prosessen i helhet, fra idéfasen til den eksterne kvalitetssikringen av konseptvalg (KSK) og beslutning B3. Beslutningene starter med å vurdere idéer, potensielle konsepter, om det finnes tilgjengelige midler for gjennomføringen og så videre. Det vurderes om det er nok tilgjengelige ressurser for å dekke behovet, som i dette tilfellet kan tolkes som å ha nok ressurser til å realisere nytten av et nytt sykehusbygg. Andre valg som gjennomføres er valg av optimal idé og konsept for å møte ressursrestriksjonene, før det gjennomføres en ekstern kvalitetssikring for å verifisere at løpende prioriteringer og valg som er gjort er til det beste for det endelige konseptvalget. Kvalitetssikringen gjør at vurderinger om nytte i forhold til kostnad er logiske, rasjonelle og ikke bærer preg av en subjektiv vurdering fra prosjektgruppens side og på den måten bidrar til å gi et optimalt prosjektgrunnlag.

Gjennom analysearbeidet av de administrative beslutningsprosessene i forbindelse med SUS2023 kan det ikke ses at alvorlighetskriteriet kommer til uttrykk noe spesielt sted. Hva som defineres som alvorlighet i en administrativ kontekst vil variere fra beslutning til beslutning og uten at det ligger noen konkrete føringer for hvordan alvorlighetskriteriet skal ivaretas vil det kun bli tatt indirekte hensyn til i prioriteringer av eksempelvis nødvendige spesialiserte enheter i det nye bygget. Likevel uttrykker styreleder i Helse Stavanger HF, Stener Kvinnsland, at han aldri har sett et så gjennomarbeidet forprosjekt som ved prosjekteringer av nytt sykehus på Ullandhaug (Tunge, 2017). Dette er med å bekrefte mistanken om at kriteriene for prioritering ikke har den samme tyngden for prioriteringer på administrativt nivå som på de lavere nivåene og at spesielt alvorlighetskriteriet kan gli gjennom som en indirekte del av beslutningsprosessen.

Videre over til det politiske nivået ser man at ressurskriteriet blir sett i sammenheng med nyttekriteriet ved at man avgjør at en gitt sum ressurser som skal være tilstrekkelig for å drifte den norske helsesektoren og sikre at sektoren leverer et så godt tilbud at man får tilsvarende nytte igjen for investeringen. Som diskutert i forrige kapittel tas det hensyn til alvorlighet gjennom eksempelvis å vurdere psykisk sykdom og rusavhengighet som spesielt alvorlige

tilstander og dermed gi dem prioritet gjennom styringsdokumentene til de fire regionale helseforetakene. På den måten ser man at det politiske nivået inkluderer alvorlighetskriteriet gjennom å plukke opp særskilt alvorlige tilfeller å legge fokus på dem gjennom delmål i styringsdokumentene. Det er spesielt at de overnevnte pasientgruppene er gitt ekstraordinær prioritering gjennom å være et av de tre overordnede styringsmålene i styringsdokumentene de iste to årene.

Gjennom å se nærmere på det politiske nivået kommer det tydelig frem at ved politiske prioriteringsbeslutninger er det ingen føringer for hvordan prioriteringene skal gjennomføres, hvilket medfører at kriteriene tolkes annerledes enn på de lavere nivåene. Politiske prioriteringsbeslutninger omfatter mye mer enn bare helsetjenesten og man må da se nyttegevinster av prioritering som en total vurdering av hvilken helsemessig nytte man får igjen ved å investere i helsetjenesten og andre gevinster i form av annen samfunnsmessige nytte av den samme investeringen.

Ved å investere penger i tiltak som redusere antall rusavhengige på landsbasis får man i tillegg til å redusere en alvorlig stilt pasientgruppe andre samfunnsmessige gevinster. Selv om man egentlig legger til grunn argumentet om at pasientgruppen er alvorlig stilt så vet man at man kan få stor forventet nytte fra andre sektorer i retur ved å bruke ressurser på slike tiltak. Man ser dermed på prioriteringsbeslutningene med helt andre øyne enn på de lavere nivåene, da det å legge fokus på enkelte pasientgrupper kan generere andre gevinster utenfor helsesektoren. Politiske prioriteringsbeslutninger er i så måte en avveining om å benytte ressurser på en slik måte at man reduserer alvorlige tilfeller samtidig som man tilfredsstiller de ulike sektorene og får størst samfunnsmessig nytte i retur, totalt sett.

4.2.4.1 Hvordan nyttekriteriet og ressurskriteriet benyttes sammen

På gruppenivå, administrativt og politisk nivå kvantifiseres kriteriene for å kunne skape sammenlignbare verdier. Det er vanlig at de kvantifiserte verdiene fra nyttekriteriet (QALY) og ressurskriteriet (kroneverdi) blir samlet til én samlet verdi gjennom å benytte nytte-kostnadsanalyser, et analyseverktøy presentert tidligere i oppgaven. Dette genererer en brøk som viser forventet QALY av tiltaket per forventet kostnadsenhet investert i tiltaket. Denne brøken kan så vektet med alvorligheten av tilstanden tiltaket er rettet mot og inngå som en del av de totale vurderingene.

I kapittel 3.3.2.4 vises det til at på gruppenivå spesifiserer Meld. St. 34 at nytte-kostnadsbrøken, vektet for alvorlighet, skal sammenlignes med den vedtatte alternativkostnaden på 275.000 norske kroner. Verken for administrativt og politisk nivå spesifiserer Meld. St. 34 direkte hvordan nytte-kostnadsanalysene skal gjennomføres og benyttes. Gjennom litteraturstudiene ble ”Økonomisk evaluering av helsetiltak – en veileder” (Helsedirektoratet, 2012) studert for å se hvordan Helsedirektoratet anbefaler helsetjenesten å gjennomføre økonomiske analyser. Veilederen kommer med flere anbefalinger, blant annet:

”I henhold til verdigrunnlaget bør analysen gi informasjon om helsetilstandens alvorlighet, tiltakenes nytte og kostnadseffektivitet. Det bør også gjøres rede for tiltakenes antatte fordelingsvirkninger og eventuelt andre prioriteringshensyn.” (Helsedirektoratet, 2012).

Veilederen for økonomiske evalueringer vil altså anbefale å ta hensyn til de tre kriteriene for prioritering presentert i Meld. St. 34.

For å videre regulere hvordan nytte-kostnadsanalyser skal gjennomføres i offentlig sektor er det gjennomført en utredning. NOU 1998:16 ”Nytte-kostnadsanalyser – Veiledning i bruk av lønnsomhetsvurderinger i offentlig sektor” setter ingen krav, men gir retningslinjer for hvordan nytte-kostnadsanalyser skal gjennomføres, ikke bare i helse- og omsorgstjenesten, men i hele den offentlige sektoren. Utredningen trekker frem landsomfattende tiltak for diagnostisering av brystkreft, vernet sysselsetning, miljøtiltak i Nordsjøen, behandling av papiravfall, veginvestering og valg av investeringstidspunkt som eksempler på offentlige nytte-kostnadsanalyser (Hervik, et al., 1998).

Eksemplene presentert i NOU 1998:16 følger i stor grad modellen Figur 3 presentert i kapittel 3.1 illustrerer og inkluderer både kunnskapsnivået og usikkerhet knyttet til beslutningsproblemet. Grunnen til dette er at NOUen veileder til bruk av en sjekklisterbasert fremgangsmåte for å være sikker på at man vurderer usikkerheten og kunnskapen på en strukturert måte. Ved å benytte en slik modell under utarbeidelsen av beslutningsstøtte forsikrer man seg om at beslutningsstøtten er så god som den kan få blitt i det enkelte beslutningsproblemet.

Selvfølgelig vil det være variasjoner i hvor god beslutningsstøtten blir avhengig av hvor godt man kan definere kunnskapsgrunnlaget og hvor mye tilgjengelig dokumentasjon man har. Dette kommer eksempelvis til uttrykk gjennom det tidligere nevnte eksempelet med at man godkjenner mindre dokumentasjon ved metodevurderinger av tiltak rettet mot barn med medfødte genetiske sykdommer.

Gjennom å benytte veiledningen for økonomisk evaluering av helsetiltak og kunnskapen NOU 1998:16 presenterer som grunnlag for nytte-kostnadsanalyser i helsetjenesten sikrer man at man gjennomfører konsistente analyser og gir beslutningsprosessen god reliabilitet. I tillegg sikrer man at beslutningene fattes på et beslutningsgrunnlag som ikke bare er utarbeidet på forventningsverdier, men har et bredere spenn slik det er beskrevet gjennom teorien i kapittel 3.1. Ved å gjennomføre utredninger og danne veiledere, i tillegg til meldinger til Stortinget, sikrer regjeringen at prioriteringsgrunnlaget er solid og forhindrer statiske beslutninger som er basert på forventningsverdier. Denne tankegangen belyses også under kapittel 4.3 som en formålstjenlig måte å bygge opp sjekklisten i det tredje steget av layered approach for implementering av ALARP.

4.2.5 Neste steg: Prioriteringskriteriene brukt i kommunale helse- og omsorgstjenester

Regjeringen sier i Meld. St. 34 at:

”Dagens prinsipper for prioritering, herunder prioriteringskriterier, har først og fremst vært innrettet mot prioritering i spesialisthelsetjenesten, for legemidler finansiert over folketrygden og for fastlegenes samhandling med spesialisthelsetjenesten. Regjeringer vil derfor sette ned et offentlig utvalg for å se nærmere på prioriteringsspørsmålene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og vurdere om og eventuelt hvordan prinsippene for prioritering foreslått i denne meldingen kan anvendes i den kommunale helse og omsorgstjenesten.” (HOD, 2016, s. 11).

Det har i forbindelse med denne masteroppgaven ikke blitt avklart når det nedsatte utvalget skal levere sin rapport på hvordan prioriteringskriteriene skal brukes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. En diskusjon som uansett bør tas i forbindelse med arbeidet denne gruppen skal gjennomføre er å analysere om det er fornuftig å gjennomføre arbeid på den måten det er tiltenkt fra regjeringens side.

Gjennom studie av Meld. St. 34 viste det seg at kriteriene for prioritering i utgangspunkt er laget for å passe klinisk nivå og gruppenivå i større grad enn de andre nivåene. Regjeringen velger så å sette ned et utvalg som skal se på hvordan kriterier, som i hovedsak er konstruert for å passe de lavere nivåene av helsetjenesten, skal kunne benyttes i kommunal sektor. Dette menes å være en bakvendt tankegang. Prinsippene for prioritering og derunder prioriteringskriteriene er utviklet for å være et verktøy som skal sikre gode prosesser ved

prioritering. Men her legger regjeringen opp til at en arbeidsgruppe skal tilpasse situasjonen til verktøyet og ikke tilpasse verktøyet til situasjonen. Satt litt på spissen så forsøkes det å finne ut hvordan man kan skru i en skrue med en hammer i stedet for å vurdere å bruke et annet verktøy.

Dette er dog en sannhet med modifikasjoner. Hvordan man tolker regjeringens utsagn avgjør hva man forstår av det som ønskes å bli formidlet. Måten man tolker ” vurdere om og eventuelt hvordan prinsippene for prioritering foreslått i denne meldingen kan anvendes i den kommunale helse og omsorgstjenesten” på avgjør hva man mener regjeringen ønsker at skal gjennomføres. Enten forstår man at regjeringen ønsker at verktøyet skal modifiseres eller så forstår man at det ønskes at den kommunale sektoren skal tilpasses verktøyet. I denne diskusjonen tolkes regjeringens uttalelse dertil at det ønskelig å se **om** prioriteringsspørsmålene lar seg tilpasses prinsippene, derunder prioriteringskriteriene, og **eventuelt hvordan** dette skal gjøres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og videre argumenteres det for hvorfor det menes at dette ikke er en korrekt fremgangsmåte.

Det menes at prioriteringsbeslutningene bør analyseres og at det så vurderes hvilke verktøy som kan benyttes for å skape de beste beslutningsprosessene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Gjennom å analysere prioriteringsbeslutningene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil man trolig oppdage at ikke alle prioriteringsbeslutningene vil kunne generaliseres. Det vedkjennes at den kommunale sektoren er relativt lik det kliniske nivået i den statlige delen av helsetjenesten ved at arbeidet i stor grad er tett på brukeren eller pasienten ved for eksempel eldreomsorg, rehabilitering, fysioterapi og så videre, og at måten kriteriene blir benyttet på dette kliniske nivået da trolig kan være overførbart til kommunal sektor.

Men i tillegg til prioriteringsbeslutninger som vil være relativt tilsvarende de som gjøres på det kliniske nivået gjennomføres det også administrative prioriteringsbeslutninger i kommunen. Som belyst i tidligere diskusjon kommer ikke prioriteringskriteriene til uttrykk i like stor grad på det administrative nivået som på de lavere nivåene. Om administrative prioriteringsbeslutninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal forsøkes å tilpasses kriterier som det har vist seg å ikke bli skikkelig ivarett på tilsvarende nivå i statlig helsetjeneste stilles det seg spørsmål ved. Det understrekes på nytt at det menes at verktøyet bør tilpasses situasjonen og ikke motsatt.

Videre vites det ikke hvor vidt det er tiltenkt at utvalget skal vurdere den kommunale helse- og omsorgstjenesten som ett prioriteringsnivå eller om vurderingen skal gjøres gjennom å skille mellom administrative og ikke-administrative prioriteringsbeslutninger (eller annet tilsvarende inndeling). Det menes at er nødvendig å skille nivåene og ytterligere vurdere hva slags kriterier som kan benyttes som verktøy for å ivareta sentrale aspekter ved prioriteringsbeslutninger

separat for hvert nivå. Dette gjelder spesielt på administrativt nivå da dagens prioriteringskriterier ikke kommer tilstrekkelig til uttrykk i den statlige helse- og omsorgstjenesten og at det forventes tilsvarende negative konsekvens for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

For det kliniske nivået vil beslutningene være relativt like i de to sektorene og det antas at dagens kriterier for prioritering kan overføres. Det understrekes likevel at det bør analyseres mer grundig om dette er tilfellet før det vedtas at kriteriene skal benyttes, dette for å forhindre slavisk bruk av kriterier for prioritering som ikke passer prioriteringsbeslutningene.

4.2.6 Oppsummering av hvordan kriteriene kommer til uttrykk

Av den foregående diskusjonen ser man at kriteriene for prioritering blir ulikt ivaretatt gjennom beslutningsprosessene på de ulike nivåene. Tabell 2 viser en oversikt over hvordan de ulike kriteriene kommer til uttrykk på de fire nivåene presentert i Meld. St. 34. Det er valgt å ikke ta med den kommunale delen av helse- og omsorgstjenesten i tabellen da den tidligere argumentasjonen belyser at det er uvisst hvordan kriteriene for prioritering vil passe kommunal sektor.

Tabell 2 - Oversikt over ivaretagelsen av kriteriene for prioritering på de fire nivåene

Nivå\Kriteriet	Nytte	Ressurs	Alvorlighet
Klinisk nivå	Lovverk spesifiserer at pasienten har rett på behandling dersom det er forventet nytte av behandlingen...	...så lenge kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt	Avgjør hvor fort oppstart av behandling skal skje etter vedtatt rett til behandling
Gruppenivå	Kvantifisering av nytten av metoden som vurderes i form av QALY	De totale kostnadene vurderes samlet og sammenfattes med nytten i en nytte-kostnadsbrøk	Nytte-kostnadsbrøken skaleres så etter alvorlighetsgrad
Administrativt nivå	Nytte oppstår gjennom behov for prioritering	De totale kostnadene ses i forhold til nytten investeringene generer	Ingen føringer: Svært variert grad og som regel indirekte
Politisk nivå	Nytte oppstår gjennom behov for prioritering	Avveininger gjennom å prioritere midler til ulike sektorer gjennom statsbudsjettet	Ingen føringer, men gjennomføres med et bredere perspektiv og tolkning av kriteriet

Av tabellen ser man at alle tre kriteriene blir godt ivaretatt for klinisk nivå og gruppenivå. For administrativt og politisk nivå er det i stor grad nytte-kostnadsanalyser som teller tyngst i den endelige beslutningssituasjonen. Det er ikke lagt noen føringer for hvordan noen av kriteriene for prioritering skal benyttes på disse to nivåene og det skinner tydelig gjennom at særlig alvorlighetskriteriet ikke blir skikkelig ivaretatt, spesielt på det administrative nivået.

Mangel på føringer og variasjonen i de ulike prioriteringsbeslutningene er mye av grunnen til at man ikke klarer å ivareta kriteriene like godt på alle nivåene. Det menes at helse- og omsorgstjenesten hadde vært tjent med å ha hatt større fokus på å benytte seg av dynamiske beslutningsprosesser for å i større utstrekning ivareta kriteriene og deres variasjon ved å variere perspektivet beslutningen fattes på. Det kommende kapittelet vil derfor introdusere hvordan den dynamiske tankegangen benyttet i risikostyringsverktøyet ALARP kan være til nytte for å skape bedre og mer fleksible beslutningsprosesser i helse- og omsorgstjenesten.

4.3 Bruk av tankegangen bak ALARP i en helsemessig kontekst

Tidligere i oppgaven ble verktøyet ALARP presentert som en måte å variere hvor mye vekt man legger på usikkerhet og kunnskapsnivå og graden av transformasjon av påvirkningsfaktorene over til en sammenlignbar enhet. Denne dynamiske tenkemåten er egentlig tiltenkt som en måte å kontrollere risiko på gjennom å legge vekt på prinsippet om stort misforhold. Som nevnt tidligere i kapittel 3.3 kan det å gjennomføre prioriteringsbeslutninger i helsetjenesten sees på som deres måte å kontrollere sin egen risikoeksponering på. Dermed menes det at en tilsvarende dynamisk tankemåte også kan være hensiktsmessig å benytte i prioriteringsbeslutninger i helse- og omsorgstjenesten.

Meldingen til Stortinget som refereres gjennomgående i denne masteroppgaven presenterer Helse- og omsorgsdepartementets, og dermed regjeringens, innstillinger på hvordan prioriteringer skal gjennomføres i helse- og omsorgstjenesten. Ved å adoptere den dynamiske tenkemåten ved bruken av ALARP-prinsippet over i helsetjenesten kan man sikre at man får transparente, konsistente og objektive beslutningsprosesser som bidrar til at prioriteringer og nedprioriteringer blir rettferdiggjort og man i størst mulig grad kan redusere sannsynligheten for uønskede hendelser som eksempelvis søksmål på grunn av urettferdig prioritering eller feilbehandling.

Gjennom mer dyptgående studie av Meld. St. 34 og analyser av de fire prioriteringsnivåene i helsetjenesten er det oppdaget paralleller mellom prioriteringsprosessene i helse- og omsorgstjenesten og den dynamiske bruken av prinsippet om stort misforhold i risikostyringsverktøyet ALARP. Det kommende kapittelet vil presentere parallellene som ble oppdaget før det blir gjort en sammenligning av hvordan helsetjenesten kunne ha benyttet seg av layered approach for implementering av ALARP som et verktøy for å sikre gode beslutningsprosesser og å i større grad kontrollere risikoeksponeringen sin.

4.3.1 Den dynamiske tankegangen fra ALARP-prinsippet

Prioriteringskriteriene skal danne grunnlaget beslutningene fattes på. Men med så varierte prioriteringsbeslutninger som det er på de ulike nivåene i helsetjenesten kan man ikke si at det kun er nytte-, ressurs-, og alvorlighetskriteriet som skal være de eneste faktorene man tar

hensyn til i alle beslutningsprosesser. Meld. St. 34 trekker spesielt frem at skjønn skal inngå som en del av totalvurderingen ved prioritering, med at skjønnnet ikke skal gis selvstendig vektning i beslutningsprosessen.

Fra det kliniske nivået vet vi at skjønnnet blir tatt hensyn til gjennom lovverkets presisering av at man skal behandles så lenge det kan vises ”faglig forsvarlig” fra spesialisten ståsted. Videre ser man at graden av hvor mye skjønn som utvises varierer mellom ulike beslutningssituasjoner og avtar etterhvert som man beveger seg fra det kliniske mot det politiske nivået.

Det er naturlig å benytte varierende grad av skjønnsmessige vurderinger på de fire prioriteringsnivåene. Samhandling mellom pasient og fastlege krever at fastlegen utviser stort skjønn ovenfor den enkelte pasient gjennom å ønske å hjelpe pasienten på best mulig måte. På politisk nivå utvises skjønn gjennom å gjøre totale samfunnsmessige avveininger mellom alle sektorer og da ha et stort fokus på å opprettholde og videreutvikle helse- og omsorgstjenester. På gruppenivå legges det gjennom Meld. St. 34 føringer om at skjønnsmessige vurderinger skal inngå som en del av totalvurderingen, spesielt der man ikke er sikker på kvaliteten og usikkerheten knyttet til dokumentasjonen, mens det på administrativt nivå er noe vagere hvordan skjønnsmessige vurderinger blir gjort. Skjønnnet på det administrative vil komme til uttrykk gjennom å være en faktor ved vurderinger som omhandler den daglige driften, eksempelvis gjennom oppsett av vaktplaner og liknende. Det politiske nivået utviser skjønn ved å gjøre totale samfunnsøkonomiske vurderinger gjennom statsbudsjettet.

Ved å se hvordan man anvender skjønn ulikt i ulike prioriteringsbeslutninger kan man trekke paralleller til hvordan man dynamisk bruker prinsippet om stort misforhold i bruken av ALARP-tankegangen. Når man i tillegg til de vedtatte kriteriene tar med skjønnsmessige vurderinger i totalvurderingen i prioriteringsbeslutningen vil stort direkte fokus på skjønn, som på det kliniske nivået, kunne ses som prioriteringer etter et ekstremt sikkerhetsperspektiv. Lite direkte fokus på skjønn, som på politisk nivå, vil i så måte kunne ses som prioriteringer gjort etter et ekstremt økonomisk perspektiv. Mer spesifikt kan man si at legene på det kliniske nivået opptrer etter et ekstremt sikkerhetsperspektiv med stort fokus på forsiktighetsprinsippet der det er bedre å henvise eller utrede pasientens tilstand en gang for mye enn en gang for lite. Mens på det politiske nivået, der graden av skjønn er mye mindre, fattes prioriteringsbeslutningen mer etter et ekstremt økonomisk perspektiv der det legges stort fokus på forventningsverdier fra nytte-kostnadsanalyser.

At graden av skjønn i prioriteringsbeslutningene avtar når man beveger seg fra klinisk til politisk nivå kommer naturlig nok av at man ikke har kapasitet til å trekke inn alle faktorer for alle pasienter på politisk nivå, og at det heller ikke er hensiktsmessig å gjøre dette i det store

bildet. Beslutningene vil på den måten gå fra å være gjort etter kvalitative vurderinger på klinisk nivå til å bevege seg mot å bli mer og mer kvantitative på gruppe, administrativt og politisk nivå. Denne forskyvningen vil være naturlig da man fatter beslutninger som påvirker større og større deler av helsetjenesten, jo høyere opp i systemet man kommer, og samtidig beveger seg lenger og lenger vekk fra å ha direkte påvirkning på den enkelte pasient eller bruker.

4.3.2 Tankegangen til layered approach for implementering av ALARP

Prioriteringsbeslutninger i helse og omsorgstjenesten er veldig forskjellige for de ulike prioriteringsnivåene. Som forrige kapittel belyser går beslutningene fra å være kvalitative på klinisk nivå til å bli mer og mer kvantitative etterhvert som man beveger seg mot de høyere nivåene. Hvis man ser totaliteten i helsetjenestens prioriteringsbeslutninger er det overordnede målet å kontrollere risikoeksponeringen. Det menes at helse- og omsorgstjenesten ville vært tjent med å ha kjennskap til layered approach i risikostyringsverktøyet ALARP som en måte å bli mer bevist på risikoeksponeringens sin og hvordan den kan kontrolleres.

Gjennom studie av Meld. St. 34 ble det oppdaget at de ulike beslutningsprosessene intern på hvert nivå kan ha ulikt omfang og det menes at det vil være hensiktsmessig å benytte et verktøy tilsvarende layered approach for implementering av ALARP for å kunne benytte samme verktøyet for alle prioriteringsbeslutninger innad på samme nivå. For å belyse hva som menes med dette er det valgt å ta utgangspunkt i beslutningsprosessen på gruppenivå da systemet Nye metoder skaper en naturlig oppdeling prioriteringsbeslutningene. Det presiseres likevel at et tilsvarende verktøy vil være anvendbart også på de andre nivåene, trolig med noen modifikasjoner for å tilpasses beslutningsnivået.

Prosesskartet presentert i kapittel 4.1.2 viser beslutningsprosessen på gruppenivå og man ser at det gjøres tre typer metodevurderinger; mini-metodevurderinger, hurtig metodevurdering og fullstendig metodevurdering. De tre metodevurderingene er gjort rede for tidligere og man ser at de ulike formene for metodevurdering øker i omfang fra mini-metodevurdering mot fullstendig metodevurdering.

De tre formene for metodevurdering kan så ses opp mot stegene i layered approach ved implementering av ALARP, slik Figur 4 i kapittel 3.2.2 viser. Figuren viser først en grov analyse der man omtrent implementerer tiltak slavisk dersom kostnaden anses som lav. Ved høyere kostnad gjøres det så mer detaljerte analyser for å vurdere om tiltaket skal implementeres. Dersom det ikke kan fattes noen beslutning om implementering etter

gjennomføringen av de mer omfattende analysene gjennomfører man så et tredje steg der tiltaket vurderes opp mot en sjekklister som stiller spørsmål rundt tiltakets karakter inkludert usikkerhet, omfang og så videre. Sjekklisten kan være bygget opp slik som NOU1998:16 beskriver i kapittel 4.2.4.1, for å ivareta og sikre at beslutningsstøtten bygger på et grunnlag tilsvarende det Figur 3 i kapittel 3.1 beskriver.

Gjennom dette kan man se sammenhengen mellom økningen i omfanget ved de tre stegene i layered approach og de tre gradene av metodevurdering. Mini-metodevurdering kan ses som å bare benytte det første steget fra figuren, mens der denne vurderingen konkluderer med å ikke implementere tiltaket fortsetter man så med å gjennomføre en hurtig metodevurdering. Dersom de mer omfattende analysene heller ikke kan konkludere med å implementere tiltaket gjøres det så en fullstendig metodevurdering og man tar således hensyn til alle tre stegene i Figur 4. Man ser på denne måten at jo mer omfattende metodevurderingen er, desto flere deler av layered approach-figuren benyttes. Gjennom å benytte et slikt verktøy i beslutningsprosesser i helse- og omsorgstjenesten sikrer man at man alltid gjennomfører omfattende nok analyser før man eventuelt avslår tiltaket.

Til forskjell fra slik layered approach er tiltenkt å brukes innen risikostyring, vil det i realiteten være Bestillerforum som avgjør hva slags metodevurdering som skal gjennomføres og dermed hvilke steg i layered approach-figuren som er aktuelt å benytte. Systemet Nye metoder er utviklet slik at spesialistene selv kan gjennomføre mini-metodevurderinger for å metodevurdere allerede eksisterende metoder til å gjelde andre bruksområder, mens Bestillerforum som mottar metodevarsler avgjør om det er nødvendig å gjennomføre en hurtig eller fullstendig metodevurdering.

Likevel menes det at selv om man i dag ikke benytter layered approach og ALARP-tankegangen direkte slik verktøyet er tiltenkt sett fra et risikoperspektiv, vil det være særdeles fruktbart å ha kjennskap til at et slikt risikostyringsverktøy finnes. Det menes at det kan være en nyttig tankegang å ikke avslå implementeringen av et tiltak før det er gjennomført en tilstrekkelig omfattende vurdering. Tankegangen kan så brukes som grunnlag for videreutviklingen av hvordan man styrer og veileder helsetjenestens prioriteringsbeslutninger på de ulike nivåene. Ved å benytte en slik tankegang sikrer man gode beslutningsprosesser og beslutningsstøtte som bygger på bredere frame of reference og på den måten kontrollerer sin egen risikoeksponering på best mulig måte.

Avslutningsvis vil det nevnes at det er ikke ønskelig å verken ta i bruk layered approach for implementering av ALARP eller den dynamiske tankegangen direkte, men at det menes at helse- og omsorgstjenesten kan være tjent med å vurdere å skape tilsvarende verktøy tilpasset

den helsemessige konteksten. Her er det tankegangene bak de eksterne verktøyene som er det det vesentlige å ta med seg og som nevnt flere plasser i denne oppgaven er det viktig å ikke tilpasse situasjonen til å passe verktøyet, men tilpasse verktøyet til situasjonen.

4.4 Medias fremstilling av helsetjenesten

Den kommende diskusjonen strekker seg noe utenfor hovedfokuset av hva problemstillingen skal dekke. Likevel menes det at det er en vesentlig diskusjon å ta i forhold til å belyse hvor enkelt media kan vinkle fremstillingen av utfallet av prioriteringsbeslutninger fra å være gode, veloverveide og korrekt gjennomførte, til nesten å fremstå som feilaktige. Diskusjonen er også med på å belyse at ettersom media kan vinkle saker på denne måten er det enda viktigere at helse- og omsorgstjenesten har gode, transparente og konsistente beslutningsprosesser som sikrer validitet og reliabilitet både internt og utad.

Med jevne mellomrom dukker helsetjenesten opp i media. Både med positive og negative tilfeller kommer frem, men det er gjerne de negative tilfellene som huskes. Alle har hørt diskusjonene rundt at det er for få sykehjems plasser, om noen som ikke får en medisin selv om den finnes i landet eller historier om noen som ikke har fått stilt en diagnose før de selv valgte å dra til utlandet for utredning ut av egen lomme. Men er virkelig den norske helsetjenesten så forferdelig som media ofte fremstiller dem?

Når man har to minutter på å legge frem en nyhetssak ender det med ”klipp og lim” for å få med det essensielle av nyheten. Tiden strekker ikke til for å få med et helt intervju som belyser alle sidene av nyhetssaken og man forstår da at det er enkelt å klippe til og forme innholdet slik at det får den ønskede vinklingen – ofte på en sånn måte at den gir mest medieoppmerksomhet. Etter å ha gjennomført en omfattende studie av hvordan prioriteringsprosessene fungerer på de ulike nivåene i helse- og omsorgstjenesten er det interessant å belyse hvordan medias fremstilling av utfallet av helsemessige prioriteringsbeslutninger kan være så forskjellig fra det som er realiteten. Som nevnt tidligere har ikke den alminnelige borger inngående innsikt i hvordan prioriteringer gjennomføres andre plasser enn på det kliniske nivået, og dette vet media å utnytte seg av for å skape oppmerksomhet.

Det finnes mange mediasaker som hadde belyst slike problemstillinger som nevnt innledningsvis i dette kapittelet og det er i denne masteroppgaven valgt å trekke frem immunterapi for behandling av pasienter med lungekreft som eksempel. Bakgrunnen for dette

er at det finnes mange eksempler på nyhetssaker om denne pasientgruppen og det har derfor blitt valgt ut noen relativt nylige nyhetssaker.

I Februar 2016 skrev TV2 en artikkel om Anne Marie Gislås som ikke fikk en ny medisin og selv måtte ”punge ut” for behandling ved privatsykehus da Beslutningsforum hadde vedtatt at den nye immunterapimedisinen var for dyr å innføre som tilgjengelig behandlingsmetode for ”ikke-småcellet” lungekreft (Eide, 2016). I November samme året skrev NRK Møre og Romsdal om kreftsyke Kathrin Kobbervik som håpet at ny medisin kunne forlenge livet hennes (Korsnes, 2016). Dagen etter artikkelen om Kathrin ble publisert vedtok Beslutningsforum at immunterapi skulle innføres som tilgjengelig behandlingsmetode for ikke-småcellet lungekreft, hvilket også ble en nyhetssak (Korsnes, 2016).

Eksempelet over viser en sak der Beslutningsforum i utgangspunktet har vurdert en behandling for å være for kostbar i forhold til hvilken nytte behandlingen gir og tilstandens alvorlighet. Det er ingen tvil om at dette er en alvorlig tilstand, men som kjent skal ikke det alene være avgjørende. I Kathrins tilfelle var ønsket om å få immunterapi kun for å forlenge livet. Forfatteren skriver i artikkelen at ” Ho har forsona seg med at ho ikkje blir gamal, men ynskjer å leve så lenge at yngstedottera på fire år skal huske henne.” (Korsnes, 2016).

Utenfra vil dette tilfellet se veldig alvorlig ut og pasienten ”fortjener” å få behandlingen, men man må alltid huske på at vi ikke har uendelige med ressurser. Si eksempelvis det koster det offentlige én million kroner for å forlenge live til Kathrin med tre måneder, men med relativt lav livskvalitet siden hennes krefttype er i det uhelbredelige stadiet. Den samme summen penger kunne vært brukt på å gjennomføre X antall MR-undersøkelser som kunne ledet til eksempelvis fem kneoperasjoner som vesentlig hadde økt disse pasientens livskvalitet i lang tid fremover. Ser prioriteringsbeslutningen fortsatt så feilaktig ut som den blir fremstilt som?

Sett fra et samfunnsmessig ståsted har det frem til vedtaket om innføring av denne typen immunterapimedisin i November i fjor ikke vært mulig å få i stand en avtale som gir en pris som kan forsvares i forhold til nytte og alvorlighet. Det er så kommet på plass en avtale som er god nok til at metoden kan godkjennes for de med ikke-småcellet lungekreft og immunterapimedisinen har derfor blitt innført som tilgjengelig behandlingsmetode i spesialisthelsetjenesten for denne pasientgruppen. Sagt med andre ord så tilfører tiltaket nå mer nytte enn det fortrenger, hvilket ikke har vært tilfellet ved tidligere vurderinger av medisinen. En av grunnene til dette kan være at produsentene tidligere har sendt inn metodevarsel for alle typer lungekreft, altså ikke spesifisert søknaden tilstrekkelig, og at resultatet dermed har blitt at den totale kostnaden har vært for stor. Det understrekes at det siste kun blir spekulasjoner og at denne metodevurderingen trolig har vært gjenstand for forhandlinger av legemiddelets pris. Det

er forståelig at et legemiddelselskap ønsker å få mest mulig igjen etter alt arbeidet med forskning, utvikling og testing av medisinen og på den måten metodemelder legemiddelet med en høy startpris for diskusjon.

Eksempelet over viser tydelig hvordan en metodevurdering på gruppenivå er gjennomført ved bruk av systemet for innføring av Nye metoder og at utfallet har vært å ikke innføre den nye medisinen. Således har det vært gjennomført hva som bare kan betegnes som en god prioriteringsbeslutning, men at den blir fremstilt som noe helt annet i media. Som nevnt vedkjennes det at denne diskusjonen er noe utenfor oppgavens problemstilling, men den viser på en god måte hvordan gode prioriteringer enkelt kan settes i feil lys.

5 Konklusjon

Formålet med denne masteroppgaven har vært å avdekke om det er hensiktsmessig å benytte de samme kriteriene for prioritering i alle beslutningssituasjoner på alle fire beslutningsnivåene presentert i ”Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering”. Og ivaretas de vedtatte kriteriene for prioritering gjennom de ulike beslutningsprosessene på de fire prioriteringsnivåene?

Om det er hensiktsmessig å benytte de samme kriteriene for prioritering i alle beslutningssituasjoner på de fire nivåene kan det ikke entydig konkluderes med. Det ses som hensiktsmessig å benytte de samme kriteriene for prioritering dersom de blir skikkelig ivaretatt gjennom alle beslutningsprosessene, men det er ikke hensiktsmessig å prøve og tilpasse prioriteringsbeslutningene til verktøyene.

Når det kommer til om de vedtatte kriteriene for prioritering blir ivaretatt på de fire nivåene er konklusjonen nei. Det er store variasjoner mellom ivaretagelsen av kriteriene for prioritering gjennom beslutningsprosessene der det er lagt føringer for bruken av kriteriene og ikke.

5.1 Utdyping av konklusjon

Det kan ikke entydig konkluderes med at det er hensiktsmessig å benytte de samme kriteriene for prioritering i alle beslutningssituasjoner på de fire beslutningsnivåene i helse- og omsorgstjenesten. I utgangspunktet menes det at det er hensiktsmessig å benytte de samme kriteriene ettersom det kan være med på å skape likhet i prioriteringsbeslutninger i helse- og omsorgstjenesten. Dette er som kjent også regjeringens ønske, men man må være observant på at man ikke prøver å forme beslutningssituasjonene til å passe verktøyet som benyttes for å ivareta kriteriene gjennom beslutningsprosessen.

Nytte-, ressurs- og alvorlighetskriteriet er nøye gjennomarbeidet og det kan argumenteres godt for hvordan og hvorfor de er dekkende i helsemessige prioriteringer. Men det å prøve å tilpasse beslutningssituasjonen til å passe disse kriteriene, basert på at kriteriene er godt argumentert for og er dekkende, er menes å være en bakvendt tankegang. For at det skal være hensiktsmessig å benytte de samme kriteriene for prioritering må det spesifiseres hvordan kriteriene skal inkluderes i beslutningsprosessen opp mot hvert enkelt nivå.

Dersom regjeringen skal stå ved det de har sagt om at de samme kriteriene skal benyttes i hele helsetjenesten må det utarbeides føringer for hvordan kriteriene for prioritering skal operasjonaliseres på administrativt og politisk nivå. Uten føringer for hvordan kriteriene skal inkluderes i den operative beslutningsprosessen kan det ikke konkluderes med at det er hensiktsmessig å benytte de samme kriteriene. Dette vil være uavhengig av hva kriteriene faktisk er – er det ikke mulig å operasjonalisere kriteriene har de ingen funksjon og bør utelates.

Mangel på føringer for hvordan kriteriene skal operasjonaliseres på administrativt og politisk nivå er også grunnen til at det konkluderes med at kriteriene ikke blir ivaretatt gjennom beslutningsprosessene. Resultatene i denne masteroppgaven peker tydelig mot at alvorlighetskriteriet ikke blir ivaretatt, spesielt på administrativt nivå, der alvorlighet i beste fall kan ses å bli inkludert på en indirekte måte i beslutningsprosessen. I tillegg ligger det ingen føringer for hvordan alvorlighet skal inkluderes i beslutningssituasjoner på politisk nivå, hvilket medfører en veldig annen tolkning og bruk av kriteriet enn på de lavere nivåene. Det understrekes at det menes at tolkningen og bruken av alvorlighetskriteriet på det politiske nivået er god, men at det bør lages føringer for å sikre at kriteriene alltid blir ivaretatt, i alle beslutningssituasjoner, og ikke bare inkluderes når det passer seg for beslutningstakeren.

De to delene av konklusjonen kan i så måte sammenfattes til: Slik systemet er i dag er det ikke hensiktsmessig å benytte de samme kriteriene i alle beslutningssituasjoner da kriteriene for prioriterings ikke blir skikkelig ivaretatt gjennom alle beslutningsprosessene.

5.2 Forslag til videre arbeid

Denne masteroppgaven har presentert prioriteringsprosesser i hele helse- og omsorgstjenesten ut fra inndelingen gjort i Meld. St. 34 og har konkludert med at det er problemer med å generalisere bruken av de samme kriteriene til å gjelde alle de fire nivåene. Med resultatene fra denne oppgaven som utgangspunkt menes det at det er grunnlag for å jobbe videre med flere problemstillinger.

Det er som kjent et behov for å utvikle føringer i form av veiledere eller tilsvarende for å konkretisere hvordan kriteriene for prioritering skal benyttes og hvordan de skal vektas mot hverandre på de resterende nivåene i helsetjenesten. Per nå trengs det føringer for kommunalt, administrativt og politisk nivå, men dersom regjeringen og stortinget ønsker at flere deler av helsetjenesten skal benytte de samme kriteriene for prioritering må det lages nye føringer for hvordan kriteriene skal ivaretas også her. Ved å få i stand et system for å sikre ivaretagelsen av

de kriteriene som skal ligge til grunn i prioriteringsbeslutninger vil man kunne konkludere med at det er hensiktsmessig å benytte de samme kriterier for prioritering på alle helsetjenestens nivåer. Man vil på den måten sikre rettferdighet i prioriteringene, lettere kunne være enda mer åpen om prioriteringsbeslutningene ovenfor befolkningen og på den måte øke både validiteten og reliabiliteten i helse- og omsorgstjenestens prioriteringsbeslutninger.

Det menes videre at det er et behov for å utrede om alvorlighetskriteriet faktisk er aktuelt å benytte på administrativt nivå. Dersom utfallet av en slik utredning taler for at alvorlighetskriteriet egner seg som et av prioriteringskriteriene må det spesifiseres hvordan man kan sikre at kriteriet blir benyttet og ivaretatt. Og dersom utfallet av utredningen taler mot bruken av alvorlighetskriteriet må man, om det viser seg nødvendig, avdekke om det finnes andre kriterier som kan benyttes for å ivareta de samme hensyn som alvorlighetskriteriet er tiltenkt å gjøre per nå. Tilsvarende utredninger er også nødvendig å gjennomføre dersom kriteriene ønskes og benyttes i andre deler av helse- og omsorgstjenesten som eksempelvis den kommunale delen.

Til slutt vil det nevnes at det vedkjennes at forslagene for videre arbeid presentert i denne masteroppgaven vil kreve stor politisk tilslutning for å bli gjennomført. Helse- og omsorgstjenesten er enormt innviklet og det å komme til enighet om hvordan prioriteringsbeslutninger skal gjennomføres er en omfattende og tidkrevende politisk prosess. Likevel menes det at det pekes på viktige problemstillinger som ytterligere må belyses dersom Regjeringen ønsker å stå ved uttalelsen om at de samme kriteriene skal benyttes på alle nivå i helsetjenesten.

6 Bibliografi

- Abrahamsen, E. B., Aven, T., Vinnem, J. E., & Wiencke, H. S. (2004). Safety management and the use of expected values. *Risk, Decision and Policy*, 9(4), ss. 347-357.
- Abrahamsen, H. B., & Abrahamsen, E. B. (2015). On the appropriateness of using the ALARP principle in safety management. I L. Pedofillini, B. Sudret, B. Stojadinovic, E. Zio, & W. Kröger, *Safety and Reliability of Complex Engineered Systems: ESREL 2015* (ss. 773–777). London: CRC Press.
- Andresen, M. E. (2014, Juni 16). *Nyttefunksjon*. I *Store norske leksikon*. Hentet Mars 14, 2017 fra Store norske leksikon: <https://snl.no/nyttefunksjon>
- Aubert, V. (1985). Kapittel 9 - Om metoder og teori i sosiologien. I V. Aubert, *Det skjulte samfunn* (B. Alstad, Overs., s. 196). Oslo: Universitetsforlaget.
- Aven, T. (2011). *Quantitative risk assessment - The Scientific Platform*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Aven, T. (2015). The risk analysis process: planning. I T. Aven, *Risk Analysis* (ss. 31-33). West Sussex, United Kingdom: John Wiley & Sons, Ltd.
- Aven, T., & Vinnem, J.-E. (2007). *Risk Management - With Applications from the Offshore Petroleum Industry*. London: Springer.
- Dalland, O. (2012). Kapittel 9 - Intervju. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (ss. 151-183). Oslo, Norge: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O., & Tygstad, H. (2012). Metode og oppgaveskriving. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (ss. 63-81). Oslo, Norge: Gyldendal akademisk.
- De Forente Nasjoner. (1948, Desember 10). *FNs verdenserklæring om menneskerettigheter*. Hentet Mai 5, 2017 fra FN Sambandet: <http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>
- Edwards, R., & Holland, J. (2013). Chapter 3 - What forms can qualitative interviews take? I R. Edwards, & J. Holland, *What is qualitative research?* (ss. 29-42). London, United Kingdom: Bloomsbury Academic.
- Eide, C. (2016, Februar 17). *Avisartikkel: Kreftsyke Anne Marie (59) får ikke den nye medisinen - må selv punge ut for privatsykehus*. (B. E. Hansen, Red.) Hentet Mai 15, 2017 fra TV2.no: <http://www.tv2.no/a/8024699/>

- Folkehelseinstituttet. (2012, Mai 23). *Om mini-metodevurderinger og kriterier for bruk*. Hentet Mai 25, 2017 fra Folkehelseinstituttet - Mini-metodevurderinger: <http://www.helsebiblioteket.no/minimetodevurdering/veileder>
- Gundersen, D. (2009, Februar 14). *Kvantitativ. I Store norske leksikon*. Hentet Mars 28, 2017 fra Store norske leksikon: <https://snl.no/kvantitativ>
- Helse- og omsorgsdepartementet - Godkjent i statsråd. (2016). *Prop. 1 S - Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
- Helse Stavanger. (2017, Mai 30). *SUS2023*. Hentet Mai 31, 2017 fra Helse Stavanger: <https://helse-stavanger.no/om-oss/sus2023>
- Helsedirektoratet. (2011). *Veileder Tidligfaseplanlegging av sykehusprosjekter - IS-1369*. Oslo: Helsedirektoratet - avdeling sykehustjenester.
- Helsedirektoratet. (2012). *Økonomisk evaluering av helsetiltak - en veileder - IS1985*. Oslo: Helsedirektoratet - Divisjon helseøkonomi og finansiering.
- Helsedirektoratet. (2016, September 27). *Prioriteringsveiledere for spesialisthelsetjenesten*. Hentet Mai 3, 2017 fra Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/prioritering/prioriteringsveiledere-for-spesialisthelsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2017, April 18). *Bruskskader i kne*. Hentet Mai 4, 2017 fra Nasjonale faglige retningslinjer - Ortopedi: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/ortopedi/seksjon?Tittel=bruskskader-i-kne-9579>
- Hervik, A. (., Hagen, K. P., Nyborg, K., Scheel, H. H., Åvitsland, G., & Pettersen, J. O. (1998, September 30). *NOU 1998:16 - Nytte-kostnadsanalyser - Veiledning i bruk av lønnsomhetsvurderinger i offentlig sektor*. Hentet April 2, 2017 fra Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/contentassets/665d0f4312f545f18b4028694a003412/no/pdf/nou199819980016000dddpdfa.pdf>
- HOD. (2016). *Melding til Stortinget nummer 34: Verdier i pasientens helsetjeneste - Melding om prioritering*. Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.
- Jönsson, B. (2009). Ten arguments for societal perspective in the economic evaluation of medical innovations. I J. Graf von der Schulenburg, W. Greiner, &

- <http://dx.doi.org/10.1007/s10198-009-0173-2> (Red.), *The European Journal of Health Economics* (ss. 357-359). Heidelberg, Tyrskland: Springer.
- Johanson, K. G. (2017, Mai 30). Privat kommunikasjon - intervju om prioriteringer på administrativt nivå. (A. Tyrholm, Intervjuer)
- Kåss, E. (2009, Februar 13). *Somatisk. I Store medisinske leksikon*. Hentet Mai 19, 2017 fra Store medisinske leksikon: <https://sml.snl.no/somatisk>
- Korsnes, M. K. (2016, September 26). *Avisartikkel: Eg er kjempeletta og glad*. (T. G. Eriksen, Red.) Hentet Mai 15, 2017 fra Norsk rikskringkasting AS - Møre og Romsdal: <https://www.nrk.no/mr/lungekreftsjuke-kathrin-jublar-for-immunterapi-1.13150387>
- Korsnes, M. K. (2016, September 25). *Avisartikkel: Kreftsjuke Kathrin håper ny medisin kan forlenge livet*. (T. G. Eriksen, Red.) Hentet Mai 15, 2017 fra Norsk rikskringkasting AS - Møre og Romsdal: <https://www.nrk.no/mr/kathrin-haper-ny-medisin-skal-hjelpe-lungekreftsjuke-1.13144198>
- Kvam, M. (2016, April 21). *Ortopedisk utredning*. Hentet April 3, 2017 fra Norsk helseinformatikk: <https://nhi.no/sykdommer/muskelskjelett/undersokelser/ortopedisk-utredning/>
- Lønning II-utvalget. (1997, Mai 15). *NOU 1997:18 - Prioriteringer på ny - Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*. Hentet Januar 25, 2017 fra Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/contentassets/e2c9e765bf484b2ba4e05dd545a6302d/no/pdfa/nou199719970018000dddpdfa.pdf>
- Lønning I-utvalget. (1987, Juni 30). *NOU 1987:23 - Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste*. Hentet Januar 25, 2017 fra Nasjonalbiblioteket: <http://www.nb.no/nbsok/nb/eba24a34a2dd190d925925fc9d902cc4.nbdigital?lang=no#0>
- Lovdata. (2015, November 1). *Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemd (prioriteringsforskriften)*. Hentet Mars 20, 2017 fra Lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1208>
- Lovdata. (2016, November 1). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (paseint- og brukerrettighetsloven)*. Hentet Mars 20, 2017 fra Lovdata.no: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2

- Lovdata. (2016, November 1). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (Spesialisthelsetjenesteloven)*. Hentet Mars 20, 2017 fra Lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>
- Lovdata. (2017, Januar 1). *Lov om helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)*. Hentet Mars 20, 2017 fra Lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgs>
- Magnussengruppen. (2015, November 1). *På ramme alvor - Alvorlighet og prioritering*. Hentet Januar 25, 2017 fra Regjeringen.no: https://www.regjeringen.no/contentassets/d5da48ca5d1a4b128c72fc5daa3b4fd8/paa_ramme_alvor.pdf
- Malt, U. (2014, April 25). *Klinisk*. I *Store medisinske leksikon*. Hentet Mai 30, 2017 fra Store medisinske leksikon: <https://sml.snl.no/klinisk>
- Malt, U. (2015, September 04). *Kvalitativ*. I *Store norske leksikon*. Hentet Mars 28, 2017 fra Store norske leksikon: <https://snl.no/kvalitativ>
- Mongin, P. (1997). EXPECTED UTILITY THEORY. I J. B. Davis, D. W. Hands, & U. Maki, *The Handbook of Economic Methodology* (ss. 342-350). Cheltenham: Edward Elgar Publishing Ltd.
- Nord, E. (1999). Cost-value analysis in health care - Making sense out of QALYs. I E. Nord, *Cost-value analysis in health care - Making sense out of QALYs* (ss. 18-22). Edinburgh, England: Cambridge university press.
- Norheimsutvalget. (2014, November 12). *NOU 2014:12 - Åpen og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten*. Hentet Januar 25, 2017 fra Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/contentassets/16a0834c9c3e43fab452ae1b6d8cd3f6/nou/pdfs/nou201420140012000dddpdfs.pdf>
- Nye metoder. (2016, Juni 7). *Metodevurderinger*. Hentet April 27, 2017 fra Nye metoder: <https://nyemetoder.no/om-systemet/metodevurderinger>
- Rand-Hendriksen, K., & Augestad, L. A. (2016). *Kvalitetsjusterte leveår - the devil is in the details*. Hentet Mai 10, 2017 fra Landsforeningen for hjerte- og lungesyke: <https://www.lhl.no/helsebarometeret/artikler/kvalitetsjusterte-leveaar/>
- Regjeringen. (2016, Januar 1). *Oppragsdokument*. Hentet Mai 15, 2017 fra Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>

- Riska, S. H. (2017, Mars 17). Privat kommunikasjon - intervju vedrørende prioriteringer på klinisk nivå. (A. Tyrholm, Intervjuer)
- Schem, B.-C. (2017, April 27). Privat kommunikasjon - intervju vedrørende prioriteringer på gruppenivå. (A. Tyrholm, Intervjuer)
- Sterri, A. B. (2014, Februar 28). *Beslutningsteori*. I *Store norske leksikon*. Hentet Mars 28, 2017 fra Store norske leksikon: <https://snl.no/.versionview/547199>
- Sykehusbygg HF. (2016, Oktober 27). *Tidligfaseveilederen revideres*. Hentet Juni 1, 2017 fra Sykehusbygg HF: <http://sykehusbygg.no/tidligfaseveilederen-revideres/>
- Toppe, K., Nordås, J. S., Lundteigen, P. O., & Lien, G. I. (2017, Mai 2). *Representantforslag 140 S*. Hentet Mai 27, 2017 fra Stortinget.no: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2016-2017/dok8-201617-140s/?m=0#m1>
- Tunge, G. (2017, Mai 12). – *Har aldri tidligere sett et så gjennomarbeidet forprosjekt som SUS2023 på Ullandhaug*. Hentet Mai 25, 2017 fra Helse Stavanger: <https://helse-stavanger.no/om-oss/nyheter/-har-aldri-tidligere-sett-et-sa-gjennomarbeidet-forprosjekt-som-sus2023-pa-ullandhaug>
- Winther, F. Ø. (2016, Desember 30). *Prioritering*. I *Store medisinske leksikon*. (F. Ø. Winther, Redaktør) Hentet Mars 08, 2017 fra Store norske leksikon: <https://sml.snl.no/prioritering>.

Vedleggliste

Vedlegg 1: Svar fra Det kongelige helse- og omsorgsdepartement – ”Spørsmål om prioriteringer i helsetjenesten”

Vedlegg 2: Styresak 049/14 – Etablering av nasjonalt system for innføring av nye metoder – de regionale helseforetakenes rolle og ansvar

Vedlegg 3: Intervju med Solveig Hodne Riska (digitalt opptak – levert elektronisk)

Vedlegg 4: Intervju med Baard-Christian Schem (digitalt opptak – levert elektronisk)

Vedlegg 5: Intervju med Kari-Gro Johanson (digitalt opptak – levert elektronisk)

Vedlegg 1

Svar fra Det kongelige helse- og omsorgsdepartement – ”Spørsmål om prioriteringer i helsetjenesten”



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Andreas Tyrholm

Deres ref

Vår ref

Dato

17/2042

11.05.2017

Spørsmål om prioriteringer i helsetjenesten

Det vises til e-post fra deg av 26. april 2017 til Helse- og omsorgsdepartementet om prioriteringer i helsetjenesten, og kort telefonsamtale der vi informerte om at vi ville besvare henvendelsen din ila. uke 19.

Du opplyser at du skriver masteroppgave om kriteriene for prioritering presentert i Meld. St. 34 (2015-2016) Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering), og vi oppfatter at du er på utkikk etter svar på følgende:

- Et eksempel på en beslutningsprosess på politisk nivå (slik dette nivået er beskrevet i Prioriteringsmeldingen)?
- Hva var utfallet av beslutningen som ble fattet?
- Hvilke (om noen) verktøy har blitt benyttet for å utarbeide beslutningsstøtte til det aktuelle eksempelet?

Først vil vi vise til at flere eksempler på beslutningsprosesser på politisk nivå er beskrevet i Prioriteringsmeldingen. For eksempel står det på side 57 i Prioriteringsmeldingen følgende:

"Politiske beslutninger om fordeling av ressurser vil særlig komme til uttrykk gjennom Stortingets budsjett- og lovvedtak, vedtak fattet av kommunestyrene og gjennom innretningen av helse- og omsorgsministerens styringsdokumenter til helseregionene. Et eksempel på en politisk beslutning er målet for de regionale helseforetakene om høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionsnivå, der regjeringen har valgt å gi særskilt prioritet til pasienter innenfor psykisk helsevern og rusbehandling. Selv om det ikke har ligget en formell analyse til grunn for denne beslutningen, er den basert på en vurdering av at dette er pasientgrupper som er alvorlig stilt, som samtidig vil ha god nytte av behandling innenfor en forsvarlig ressursramme. Politiske beslutninger vil i sin natur fattes basert på en helhetlig avveining mellom mange ulike hensyn."

Postadresse
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo
postmottak@hod.dep.no

Kontoradresse
Teatergt. 9
www.hod.dep.no

Telefon*
22 24 90 90
Org no.
983 887 406

Avdeling
Spesialisthelsetjenesteavdelingen

På side 64 i Prioriteringsmeldingen pekes det videre på eksempler på politiske beslutninger, herunder beslutninger om finansiering av legemidler som overstiger bagatellgrensen og budsjettvedtak om folkehelse tiltak, for eksempel igangsetting av vaksinasjonsprogrammer innenfor helsetjenesten eller forebyggende tiltak i andre sektorer.

Styringsdokumenter for 2017 til de regionale helseforetakene (oppdragsdokumentene og foretaksprotokollene) kan du lese her:

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/protokoller-for-foretakene/foretaksmoter/id443318/>

I oppdragsdokumentene blir det stilt styringskrav fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene, og midlene i Stortingets budsjettvedtak blir formelt stilt til deres disposisjon. I oppdragsdokumentene for 2017 er bl.a. målet om høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå beskrevet.

Budsjettvedtak fra Stortinget om tiltak innenfor helse- og omsorgstjenesten framgår av budsjett dokumenter fra regjeringen og Stortingets innstillinger til disse. For eksempel kan du lese regjeringens forslag til statsbudsjettet for 2017 for Helse- og omsorgsdepartementet (Prop. 1 S (2016-2017)), og Stortingets innstilling til denne, her:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-hod-20162017/id2513924/>

<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2016-2017/inns-201617-011s/>

Eksempelvis er etablering av protonbehandling i Norge drøftet på s. 112 i Prop. 1 S (2016-2017) for Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen foreslo 75 mill. kroner i investeringstilskudd i 2017 til en preforprosjektfase. Etablering av protonbehandling i Norge har vært utredet siden 2010. I teksten framgår det bl.a. hvilke rapporter som har vært utarbeidet. I Stortingets innstilling kan du se hvilke hensyn Stortinget har lagt vekt på i sine budsjettvedtak der dette er beskrevet.

Vi ønsker deg lykke til med oppgaven din.

Med hilsen

Are Forbord (e.f.)
avdelingsdirektør

Johanne Bentzen Kværne
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer

Vedlegg 2

Styresak 049/14 – Etablering av nasjonalt system for innføring av nye metoder – de regionale helseforetakenes rolle og ansvar

Styresak

Går til: Styremedlemmer
Føretak: Helse Vest RHF
Dato: 20.03.2014
Sakhandsamar: **Baard-Christian Schem**
Saka gjeld: **Etablering av nasjonalt system for innføring av nye metoder - de regionale helseforetakenes rolle og ansvar**

Arkivsak
2014/238
Styresak 049/14

Styremøte 02.04. 2014

Styresaka er felles for alle 4 helseregionar, og er difor ikkje skriven på nynorsk.

Forslag til vedtak

1. Styret tar informasjonen om nytt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten til orientering.
2. Styret slutter seg til de prinsipper for vurdering og innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten som er presentert i saken.
3. Styret legger til grunn at de regionale helseforetakene (RHFene) i sine avtaler med private ideelle og kommersielle aktører forutsetter etterlevelse av beslutningene som er tatt av RHFene hva gjelder innføring av nye metoder.
4. Styret understreker betydningen av at RHFenes ansvar og rolle følges opp i et tett samarbeid mellom RHFene for å sikre pasienter i hele landet samme tilgang til nye metoder.
5. Styret gir sin tilslutning til at beslutninger om eventuell innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten, fattes slik det er beskrevet i saken.

Oppsummering

1. Hva saken gjelder

Det er innført et nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Med metoder menes her forebygging, utredning, diagnostikk, behandling, rehabilitering og organisering av helsetjenester.

RHFene fikk i oppdragsdokumentet for 2013 som oppgave å delta i etableringen av systemet, og er av HOD tillagt viktige oppgaver vedrørende driften av systemet, beslutninger om hvilke nye metoder som skal vurderes, beslutninger om hvilke nye metoder som skal innføres i spesialisthelsetjenesten og omfanget i bruk av den enkelte nye metode som innføres.

Det er behov for:

- 1) å informere styrene i RHFene om det etablerte nasjonale systemet for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten, med vekt på RHFenes rolle og ansvar
- 2) å informere om og få tilslutning til de vurderingene og prosessene RHFene må legge til grunn for beslutninger på nasjonalt nivå ved innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten
- 3) å søke styrets tilslutning til at RHFenes beslutninger om å innføre/ikke innføre nye metoder legges til et møte mellom de administrerende direktører i de fire regionale helseforetakene.

Kommentarer

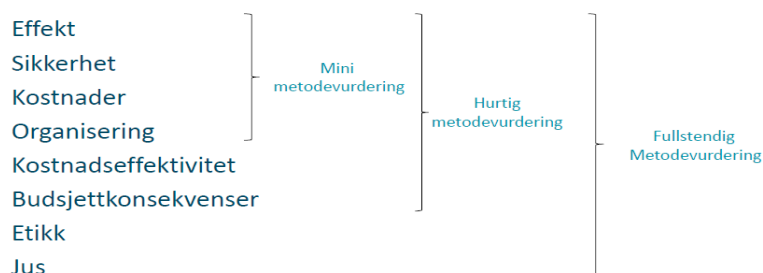
2. Systemet for innføring av nye metoder

For å ivareta "sørge for" ansvaret overfor befolkningen er det en viktig oppgave for RHFene å sikre at pasienter så raskt som mulig får tilgang til nye, virkningsfulle metoder og at behandlingsmetoder som er ineffektive eller skadelige for pasienten ikke brukes.

Metodevurderingene som er tatt i bruk, bygger på internasjonalt anerkjent metodikk, for å sikre at beslutningene baseres på et best mulig kunnskapsgrunnlag. Det skal gjøres gode vurderinger før det tas beslutninger om å innføre nye tiltak, prosedyrer, nytt medisinsk utstyr, nye legemidler eller nye måter å organisere tjenestene på.

Videre skal det gjøres systematiske oppsummeringer og vurderinger av metodens effekt, sikkerhet, kostnader, organisatoriske konsekvenser, kostnadseffektivitet, budsjettkonsekvenser, etikk og jus. Kravet til omfanget av vurderingene avhenger av metoden. Se figuren nedenfor:

Innholdet i metodevurderingene



Som vist i figuren ovenfor utføres mini-metodevurderinger i avgrenset format lokalt i helseforetakene (prosedyrer, medisinsk utstyr, organisering). Hurtig metodevurdering utføres nasjonalt på enkle indikasjoner og ofte på godkjente legemidler (utføres på legemidler av Statens legemiddelverk, andre metoder utføres av Nasjonalt kunnskapssenter). Fullstendig metodevurdering utføres nasjonalt og er en omfattende vurdering av for eksempel et sett av behandlingstiltak innen et terapiområde (utføres av Nasjonalt kunnskapssenter).

Metodevurderingene skal inngå som del i beslutningsgrunnlaget ved spørsmål om å innføre nye metoder. I tillegg må beslutningene bidra til riktig prioritering av samfunnets ressurser og samfunnet og pasientene/brukernes preferanser. Beslutningsprosessene skal være åpne.

RHFene, Nasjonalt kunnskapssenter, Statens legemiddelverk og Helsedirektoratet samarbeider om å implementere systemet i spesialisthelsetjenesten.

Virkemidler og faser i systemet

- Metodevarsling
- Metodevurdering
- Prioritering og beslutning
- Implementering

Metodevarsling: Gjennom en nasjonal funksjon innhentes informasjon om nye, ventede metoder opptil 2-3 år før eventuell ventet innføring. Dette skal bidra til at myndigheter og helsetjenester kan legge godt planlagte og strukturerte løp for innføring av nye metoder.

Metodevurdering:

- a. Mini-metodevurderinger utføres lokalt. Hensikten er å vurdere om og eventuelt hvordan metoden skal tas i bruk i det enkelte helseforetak (HF)/sykehus. Disse mini-metodevurderingene vil bli samlet i en nasjonal database, slik at de er tilgjengelige for andre helseforetak / sykehus. Lokale prosesser for innføring av nye metoder omtales ikke videre i denne styresaken.

- b. Hurtig metodevurdering eller fullstendig metodevurdering utføres nasjonalt. Noen områder skal vurderes nasjonalt: Screening, høyspesialisert helsehjelp, legemidler og når det ønskes samfunnsøkonomisk eller helseøkonomisk evaluering av metoden.

Prioritering og beslutning: Prioritering og beslutning gjennomføres når faktagrunnlaget, inkludert metodevurderingen, er på plass. For nasjonale beslutninger om innføring av nye metoder, er det avgjørende at dette skjer koordinert mellom de fire RHF, for å sikre befolkningen lik tilgang til metoden. Beslutning tas i møte mellom de administrerende direktører i de fire regionale helseforetakene.

Implementering: Beslutningene i møte mellom de administrerende direktører formidles til styrene i de fire RHFene og til sekretariatet i Helsedirektoratet. Helsedirektoratet koordinerer arbeidet med å ta nye metoder inn i nasjonale faglige retningslinjer. De ferdige metodevurderingene publiseres og helseforetakene informeres.

3. RHFenes rolle og ansvar

Helseforetakene

Beslutninger om eventuell innføring av metode etter gjennomført mini-metodevurdering fattes i helseforetakene. Det er RHFets ansvar å sørge for at helseforetakene har kompetanse til å utføre mini-metodevurderinger, at de får støtte ved behov og at det samarbeides med Nasjonalt kunnskapssenter om skjema og veileder.

Bestillerforum RHF

Det er etablert bestillerforum bestående av fagdirektørene i de fire RHFene, to medlemmer fra Helsedirektoratet, en observatør fra Kunnskapssenteret og en fra Statens legemiddelverk. Forslag til bestillinger av metodevurderinger på nasjonalt nivå sendes til bestillerforumet via en sekretariatsfunksjon i Helsedirektoratet. Bestillerforumet prioriterer og beslutter hvilke metodevurderinger som skal gjennomføres, type metodevurdering og grad av hast. Forslag til nye metoder som skal behandles i systemet kan sendes inn fra spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten, produsentene, pasientorganisasjonene, Helsedirektoratet, Nasjonalt kunnskapssenter, Statens legemiddelverk og andre.

RHFene og møte mellom de administrerende direktører i de fire regionale helseforetakene

Etter gjennomført metodevurdering på nasjonalt nivå, tas beslutninger om innføring av ny metode i møte mellom de administrerende direktørene i de fire RHFene. Det er avgjørende at det tas samordnede beslutninger i de fire RHFene, slik at hele befolkningen får samme tilgang til nye metoder. RHFene må derfor også sikre at det i avtaler med private ideelle og kommersielle aktører forutsettes at RHFenes beslutninger om hva som skal inngå i RHFenes "sørge for" ansvar etterlevs.

Når de nasjonale metodevurderingene er gjennomført, skal RHFene basere sine avgjørelser om eventuell innføring av metoden på vurderingene fra Statens legemiddelverk og Nasjonalt kunnskapssenter. Det interregionale fagdirektørmøtet skal i forkant ha gitt sin anbefaling om metoden bør tas i bruk og omfanget. Det legges til grunn at beslutningene de fire administrerende direktører skal fatte er basert på enighet. Sakene behandles i eget møte med egen innkalling og protokoll.

I saker av svært prinsipiell betydning, kan det vurderes om saken bør forelegges RHF styrene. Tilkommer ny kunnskap om effekt, bivirkninger, komplikasjoner eller kostnader kan dette imidlertid tilsi at det kan være grunn til å vurdere en sak på nytt og eventuelt starte en ny metodevurdering. Pasienter som mener å ha krav på å få en spesiell behandling kan på vanlig måte klage til fylkesmannen, dersom de mener at helsehjelpen de mottar ikke er forsvarlig.

Det er de fire RHFenes ansvar å sørge for en koordinert deltakelse av eksperter/klinikere til ulike oppgaver i systemet, herunder de nasjonale metodevurderingene og oppdatering av de nasjonale faglige retningslinjene.

4. Vurderinger RHFene må legge til grunn for beslutningene

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten 2005-20015 beskriver (s. 12) hvordan de tjenestene pasienter og bruker mottar skal være:

Tjenestene skal kjennetegnes av at de:

- Er virkningsfulle
- Er trygge og sikre
- Involverer brukere og gir dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Disse prinsippene vil også være førende ved vurdering av nye metoder.

Hovedprinsipper for innføring av nye metoder:

De systematiske metodevurderingene skal bidra til rettferdig prioritering av ressurser i helsetjenesten gjennom å gi helseforetakene dokumentasjon på effekt og kostnader før det besluttes om en ny metode skal tas i bruk.

Ved vurderingene og beslutningene legger RHFene *Lov om pasient- og brukerrettigheter* og *Prioriteringsforskriften* til grunn. Tre sentrale kriterier vil være:

- Prognosestap ved den aktuelle tilstand
- Effekt av metoden
- Kostnadseffektivitet ved bruk av metoden på aktuell indikasjon.

I denne saken understrekes de viktigste hovedprinsipper som oppfattes å være i samsvar med pasient- og brukerrettighetslovens § 2-1b 2. ledd og prioriteringsforskriftens §2. Disse hovedprinsippene skal legges til grunn for AD-møtets beslutning om innføring av nye metoder:

a. **Diagnosenøytralitet.** Det er alvorlighet, effekt og kostnadseffektivitet som skal være avgjørende ved vurdering og eventuell innføring av nye metoder, ikke ved hvilken diagnose eller diagnosegruppe den nye metoden skal brukes.

b. **Aldersnøytralitet.** Alder alene er ikke et kriterium ved innføring av nye metoder. Det er den aktuelle metodens eventuelle dårligere effektivitet eller økende bivirkninger/komplikasjoner med økende alder som vil måtte trekkes inn i den enkelte vurdering, ikke alder i seg selv.

c. **Nøytralitet hva gjelder pasientgruppens størrelse.** Ved vurdering av nye metoder må det tas hensyn til at det for de aller minste pasientgrupper/grupper innenfor enkeltdiagnoser vil være vanskeligere å fremskaffe den evidens som vurdering av prognosestap, nytte og kostnadseffektivitet skal bygge på.

Man stiller i utgangspunktet samme krav til et rimelig forhold mellom kostnader og nytte for nye metoder, uavhengig av pasientgruppens størrelse. Innføring av metoder som er svært kostbare per pasient, vurdert mot helsegevinsten, vil ha små budsjettkonsekvenser hvis pasientgruppen er liten. Problemstillingen blir mer krevende dersom en stor sykdomsgruppe deles opp i mange smågrupper, og nye medikamenter bare er aktuelle for definerte undergrupper. For store pasientgrupper vil budsjettkonsekvensene kunne være en barriere for innføring av metoden, uansett om det er godt forhold mellom nytte og kostnad.

d. **Legitimt ikke å innføre effektiv, men lite kostnadseffektiv diagnostikk og behandling.**

Prinsippene som fremgår av lov om pasient- og brukerrettigheter og prioriteringsforskriften innebærer at

spesialisthelsetjenesten ikke bør innføre eller tilby helsehjelp som er nyttig, der de forventede kostnadene ikke står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.

e. Likebehandling på tvers av pasientgrupper og metoder: Aksepteres et nytt og høyere nivå for kostnad/nytte (d.v.s. lavere kostnadseffektivitet) ved innføring av en ny metode for en pasientgruppe, skal i prinsippet dette nye og høyere nivå for kostnad/nytte legges til grunn for alle andre nye metoder det i fremtiden er aktuelt å innføre i spesialisthelsetjenesten. Videre vil dette nye kost/nytteforhold også måtte gjelde når man fastsetter nye bruksområder/indikasjonsgrenser for allerede innførte kostbare behandlingsmetoder.

En fullstendig metodevurdering skal svare på hva konsekvensen av å innføre den nye metoden er for pasientene, helseforetaket og samfunnet. Det skal også svare på hvilke tiltak som er best for denne pasientgruppen (alternativkostnaden).

I tillegg må beslutningen bidra til riktig prioritering av samfunnets ressurser og samfunnet og pasientens preferanser. I den forbindelse kan Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering konsulteres.

Prioriteringsutvalget (Nordheim utvalget, opprettet i 2013) vil i løpet av 2014 levere sin rapport. Når dette utvalgets rapport foreligger og er behandlet administrativt og politisk, vil de regionale helseforetakene vurdere hvilken konsekvens dette vil få for videre arbeid med innføring av nye metoder.

Basert på metodevurderingene, vil RHFene kunne sørge for at det gjennomføres prisforhandlinger der det er aktuelt.

Sjekkliste til hjelp i forberedelsene

Sjekklisten kan benyttes før beslutningen tas i AD-møtet (de samme spørsmålene brukes av helseforetakene etter mini-metodevurderinger):

1. Er det gjort greie for effekt, sikkerhet, kostnader, organisatoriske konsekvenser, kostnadseffektivitet, budsjettkonsekvenser, etikk og jus på en tilfredsstillende måte?
2. Er det sannsynlig at klinisk effekt av ny metode er like god eller bedre enn eksisterende behandlingstilbud?
3. Er det andre aktuelle overlappende nye metoder som bør inkluderes i vurderingene?
4. Vurderes det at sikkerheten i form av komplikasjoner og bivirkninger er tilstrekkelig avklart og at metoden ikke medfører større risiko for pasienten enn eksisterende behandling?
5. Kan metoden innføres innenfor eksisterende økonomiske rammer?
6. Vil innføring av metoden kreve organisatoriske endringer (som for eksempel endring i arbeidstidsordning, vaktplan og annet)?
7. Vil innføringen av metoden kreve kompetansehevende tiltak?
8. Finnes det lokaler som er egnet til bruk for gjennomføring av metoden?
9. Vil innføring av metoden kunne reise viktige problemstillinger?
10. Konklusjon: Bør metoden innføres i RHFene?
11. Er det oppgitt en tilfredsstillende plan for oppfølging av metoden i innføringsperioden?

Konklusjon

RHFene skal samarbeide om og legge til rette for gode beslutninger om eventuell innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Det foreslås at beslutninger om eventuell innføring av nye metoder i hver enkelt av de fire regionene, etter gjennomgått metodevurdering, fattes ved konsensus i møte mellom de fire administrerende direktører i de fire regionale helseforetakene. I saker av svært prinsipiell betydning, kan det vurderes om saken bør forelegges RHF styrene. Oppfølgingen av beslutningene skal koordineres med Helsedirektoratets arbeid med å ta nye metoder inn i nasjonale faglige retningslinjer.

Styrene anbefales å slutte seg til forslagene til vedtak.

Vedlegg 3

Intervju med Solveig Hodne Riska (digitalt opptak – levert elektronisk)

Vedlegg 4

Intervju med Baard-Christian Schem (digitalt opptak – levert elektronisk)

Vedlegg 5

Intervju med Kari-Gro Johanson (digitalt opptak – levert elektronisk)