



Prioriteringer i helsesektoren

Verdigrunnlag, status og utfordringer

Rapport 2012

Rapport 2012

 Helsedirektoratet

Postboks 7000,
St. Olavs plass
0130 Oslo
Tlf 810 20 050
Faks 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no



Rapportens tittel:	Prioriteringer i helsesektoren. Verdigrunnlag, status og utfordringer
Utgitt:	Mars 2012
Ansvarlig utgiver:	Helsedirektoratet ved helsedirektør Bjørn-Inge Larsen
Redaktør:	Prosjektdirektør Øyvind Sæbø, Divisjon helseøkonomi og finansering
Redaksjonssekretær:	Elizabeth Nygaard
Redaksjonsgruppe:	Jon Bakkerud, Øyvind Giæver, Janne Kristin Kjøllesdal, Øyvind Melien, Vegard Nore, Kjartan Sælensminde, Stig Erik Sørheim, Einar Torkilseng, Jan Tvedt Herdis Dugstad, Tormod Fladeby (Akershus universitetsykehus), Reidun Førde (Universitetet i Oslo), Bjørg Gammersvik, Øyvind Giæver, Beate M. Husebye, Gitte Huus, Gro Lopez, Øyvind Melien, Gaute Neby, Leif Nordbotten, Ragnhild Nordengen, Elizabeth Nygaard, Kristian Roksvaag, Hege Sletsjøe, Siri Strømsmo, Øyvind Sæbø, Kjartan Sælensminde, Stig Erik Sørheim, Einar Torkilseng, Jan Tvedt, Hans Th. Waaler, Hege Wang (Kunnskapssenteret), Olav Østebø, Lars Aaberge (Oslo universitetssykehus), Liljan Smith Aandahl
Bidragstydere:	
Referansegruppe:	Jan Fredrik Andresen (Diakonhjemmet sykehus), Liv Arum (Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon), Geir Sverre Braut (Helsetilsynet), Tor Iversen (Universitetet i Oslo), Trond Markestad (Helse Bergen), Ole Frithjof Norheim (Universitetet i Bergen)
Postadresse:	Postboks 7000, St. Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse:	Universitetsgaten 2, Oslo Telefon: 81 020 050 Faks: 24 16 30 01 www.helsedirektoratet.no
IS-nummer:	IS-1967
ISBN-nummer:	978-82-8081-248-3
Rapporten bestilles hos:	Helsedirektoratet v/Trykksaksekspedisjonen e-post: trykksak@helsedir.no Telefon: 24 16 33 68 Faks: 24 16 33 69 Ved bestilling, oppgi IS-nummer: IS-1967
Grafisk design:	Tank Design AS
Trykkeri:	RK Grafisk AS
Produksjon:	Rapporten er produsert i 5000 eksemplarer, i en Svanemerket produksjon på 120 g Amber Graphic og 250 g Arctic Silk



Helsedirektoratet har benyttet bidrag fra forskjellige bidragstydere i til dels bearbeidet form. Direktoratet som utgiver er ansvarlig for rapportens innhold.

Forord

Rapporten *Prioritering i helsesektoren* inngår i Helsedirektoratets rapportserie om utviklingstrekk og utfordringer i helse- og omsorgssektoren.

Vi ønsker å bidra til en aktiv og kvalifisert prioriteringsdebatt ved bl.a. å løfte fram og på ny understreke grunnverdiene som helse-tjenesten bygger på. Norge har hatt et bevisst forhold til prioriteringer siden 1987. Da ble den første offentlige utredningen om prioriteringer lagt fram («Lønning I»). Ti år senere lanserte det såkalte Lønning II-utvalget nye overordnede kriterier for prioriteringer: alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet.

Disse kriteriene er senere innarbeidet i rettighetslovgivning, prioriteringsforskrift og faglige veiledere, og det er bred enighet at disse skal legges til grunn ved prioriteringer i helsesektoren.

Samtidig har det vært en utfordring å sikre at kriteriene blir brukt i praksis i alle ledd i helsetjenesten. I et rikt land som Norge er det upopulært å ta ansvar for å holde fast ved at prioritering i det hele tatt er nødvendig. Enkelthistorier og medieoppslag kan gjøre det krevende for helsepersonell og beslutningstakere som tar ansvar for å gjennomføre vanskelige avveininger. De trenger støtte.

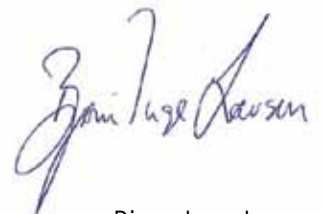
Vår rapport søker å understøtte hovedbudskapet om at prioritering er nødvendig nå, og blir enda viktigere med de utviklingstrekkene vi ser, demografisk, økonomisk og teknologisk. Fedmeepidemien har nådd Norge. Blant annet er fysisk inaktivitet, tobakksrøyking og høyt alkoholforbruk en trussel mot helsen i mange grupper. Disse negative trekkene har også en sosial gradient.

Vi kan ikke bare reparere de sykdomsmessige utslagene av negativ livsstil. Virksom forebygging kan likevel representere grunnleggende prioriteringsutfordringer og flere kryssende interesser.

Vi vil illustrere prioriteringsutfordringene gjennom beskrivelsen av noen utvalgte fagområder og de ofte meget sammensatte og krevende kjennetegnene disse har.

Vi håper rapporten blir lest av mange i og utenfor helsetjenesten, at den blir et bidrag til en nødvendig debatt, og får virkning i beslutningsprosesser på flere nivåer.

Rapporten har blitt til gjennom en bred prosess i Helsedirektoratet – og med bidrag fra utvalgte eksterne miljøer. Vi takker alle som har bidratt.



Bjørn-Inge Larsen
Helsedirektør

Innhold

	Forord	3
	Sammendrag og hovedbudskap	8
	Del 1 Bakgrunn, verdigrunnlag og virkemidler	13
1	Hvorfor prioritere. Bakgrunn og introduksjon	15
	Bakgrunn	15
	Hvorfor prioritere	16
	Temaer i denne rapporten	20
2	Verdigrunnlaget for prioritering	23
3	Virkemidler. Prioriteringer satt i system	27
	Virkemidler for prioriteringer	27
	Prioritering satt i system	28
	Pasientsikkerhet	29
	Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten	29
	Samfunnsøkonomiske analyser	30
	Del 2 Utfordringer	33
4	Demografisk utvikling, personelltilgang og kompetanse	35
	Pleie- og omsorgsbehov i framtida	35
	Tilgang til og behov for helsepersonell i framtida	40
5	Samlet ressursbruk pr pasient i spesialisthelsetjenesten	45
	Bakgrunn	45
	Faktisk prioritering: Andel pasienter og andel av ressurser	45
	Kjennetegn ved ressurskrevende pasienter	47
6	Tjenester som kanskje ikke skal prioriteres. To eksempler	51
	Innledning	51
	Prioriteringsutfordringer ved livsforlengende behandling i livets slutfase	51
	Screening for kreft	53
7	Prioritering i et ulikhetsperspektiv	57
	Prioritering og sosioøkonomisk ulikhet	57
	Mulige vridningsmekanismer	58
	Diskusjon og konklusjoner	59

8	Folkehelse	63
	Innledning	63
	Virkemidler i folkehelsearbeidet – støtte til helsefremmende adferd	64
	Forebygging i prioriteringssammenheng	65
	Prioritering av folkehelsearbeid	67
9	Teknologi og legemidler	71
	Teknologiutvikling som prioriteringsutfordring	71
	Prioriteringsutfordringer knyttet til hjerte-karsykdommer	71
	Prioriteringsutfordringer i diagnostikk innenfor nevrofag	73
	Behov for forbedret system for evaluering, introduksjon og utfasing av teknologi	73
	Legemidler som prioriteringsutfordring	74
10	Pasientmobilitet over landegrensene	77
	Innledning	77
	Restriksjoner i tjenestefriheten - en trussel mot det nasjonale prioriteringsregimet?	77
	Økonomisk betinget pasientmobilitet	78
	Kommersialisert pasientflukt	79
	Høynet forventningsnivå	79
	Pasientutveksling: Import av prioriteringsutfordringer	79
11	Finansieringsordninger og prioriteringsvirkninger	83
	Finansieringssystemer og prioriteringsvirkninger	83
	Innsatsstyrt finansiering i den somatiske spesialisthelsetjenesten	83
	Refusjonsordningene i helsetjenesten	85
	Resultatbaserte finansieringssystemer	85
	Del 3 Nærmere om noen utvalgte fagområder	89
12	Øyeblikkelig hjelp og akuttmedisinsk kjede	91
	Hovedprinsipper	91
	Tjenester som inngår i den akuttmedisinske kjeden	91
	Framtidas behov og prioriteringsutfordringer	92
	Virkemidler	94
	Utfordringer	95
13	Kreft	97
	Innledning	97
	Helsehjelp ved kreftdiagnoser	97
	Prioriteringer og satsninger	98
	Framtidas behov og prioriteringsutfordringer	99

14	Rus	103
	Innledning	103
	Tjenestetilbudet til mennesker med rusmiddelproblemer	103
	Prioriteringer og satsninger	104
	Hva er oppnådd	105
	Framtidas behov og prioriteringsutfordringer	108
	Oppsummering og sammenfatning	110
15	Psykisk helse	113
	Psykiske helseproblemer	113
	Tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser	113
	Prioriteringer og satsninger	113
	Hva er oppnådd	114
	Framtidas behov og prioriteringsutfordringer	118
	Sammenfatning	120
16	Tannhelsetjenesten	123
	Innledning	123
	Tannhelsetjenestetilbudet	123
	Prioriteringer og satsninger	124
	Hva er oppnådd	124
	Framtidas behov og prioriteringsutfordringer	124
	Oppsummering og sammenfatning	126
17	Innvandrerhelse	129
	Innledning	129
	Satsinger og prosjekter som skal bidra til likeverdige helsetjenester	130
	Framtidas behov og prioriteringsutfordringer	131
	Oppsummering og sammenfatning	133
18	Sluttord	135
	Hovedtrekk	135
	Endringer i behov	135
	Endring i muligheter	136
	Behandling vs forebygging	136
	Organisering	137
	Sosial ulikhet i helse	138
	Informasjon	138
	Arena for prioriteringsdiskusjoner	130
	Litteratur	141

Sammendrag og hovedbudskap

Vi må prioritere bedre for å få gjort det viktigste

Norge er et av verdens rikeste land og blant de landene som bruker mest ressurser til helsetjenester i forhold til folketallet. Helse-sektoren er høyt prioritert, og det har vært vekst over en svært lang tidsperiode. I løpet av den siste 5-årsperioden har sammensetningen av veksten endret seg. I somatisk sektor har veksten flatet ut, mens det har vært stor vekst i innenfor psykisk helse og i tiltak til rusmiddelmisbrukere. Dette er i samsvar med politiske prioriteringer. Samtidig har levealderen økt, dødeligheten av hjertekarsykdom er halvert, og Norge er nå blant de beste i verden i overlevelse av en rekke kreftformer. Langt flere alvorlige sykdommer kan behandles med godt resultat nå enn for noen tiår siden.

Likevel må helsesektoren konkurrere med andre sektorer om arbeidskraft og andre ressurser. Selv i et rikt land som Norge vil det ikke være mulig å etterkomme alle ønsker om diagnostikk og behandling, eliminere ventetider og ta i bruk den mest avanserte og kostbare teknologien uten utprøving og evaluering.

Da rammefinansiering av spesialisthelsetjenesten ble innført i 1980, ble det tydeligere at en måtte prioritere hvordan ressursene skulle fordeles. Det ble mer synlig at konsekvensene av å prioritere et bestemt tiltak, ville resultere i mindre ressurser til andre tiltak.

Hvilke prinsipper og verdier som skal legges til grunn ved prioriteringer er diskutert

i to offentlige utvalg, begge med Inge Lønning som leder. Prioriteringskriteriene som vi bruker i dag, bygger på anbefalingene fra den siste utredningen: Sykdommens alvorlighet, forventet nytte av helsehjelpen og et rimelig forhold mellom effekt og kostnader. Disse kriteriene er senere lovfestet for spesialisthelsetjenesten i pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften. Stortinget har vedtatt at kriteriene skal være normerende for hele helsesektoren. Andre land som har diskutert prinsipper for prioritering, har kommet fram til tilsvarende kriterier.

Prioriteringsutfordringer

Helse- og omsorgstjenesten utfordres av at vi får flere eldre

I årene framover blir det en betydelig vekst i de aller eldste aldersgruppene. Det er disse som trenger mest helsetjenester og mest pleie og omsorg. Men mye tyder på at de gamle også blir friskere og opprettholder funksjonsevnen lengre. De gamle som bor i heldøgns omsorgsboliger, er eldre nå enn før. Dersom vi lykkes med forebyggings tiltak slik at de gamle blir enda eldre før de trenger pleie- og omsorgstjenester, vil behovet for slike tjenester bli mindre. Tar vi i tillegg med at det er vekst i økonomien, kan noen få års utsettelse av pleiebehovet til og med redusere pleie- og omsorgssektorens andel av BNP. Det vil likevel være behov for flere pleie- og omsorgstjenester, og ikke minst vil det bli en utfordring å rekruttere nok arbeidskraft til denne sektoren.

Medisinsk teknologi i rivende utvikling legger press på helsetjenesten

Teknologiske gjennombrudd er en sterk drivkraft i den medisinske utviklingen. Slike gjennombrudd kan komme raskt og uventet og kan i vesentlig grad endre forutsetninger for diagnostikk og behandlingsmuligheter. Å ta i bruk ny teknologi krever ofte mye ressurser, og forbedringene sammenliknet med det en oppnår ved eksisterende metoder, kan være usikre. Dette gir prioriteringsutfordringer fordi mange andre tiltak må vike hvis det nyeste, dyreste og usikre skal tas i bruk.

Eksempler

Elektrofysiologi og ablasjoner var inntil nylig ikke prioritert ved behandling for atrieflimmer og andre rytmeforstyrrelser både fordi det var dyrt og fordi kapasiteten var så liten at bare de aller alvorligste kunne bli behandlet. Nå er prioriteringene endret, og slik behandling tas nå i bruk i større grad i Norge.

Positronemisjontomografi (PET) som gir billedframstilling basert på molekylstruktur står sentralt i nye diagnostiske kriterier blant annet for Alzheimer og er avgjørende for tidligdiagnostikk av denne sykdommen. Men så lenge vi ikke har behandling for Alzheimer, kan det diskuteres om det er riktig å prioritere ressurser til slik diagnostikk.

Innenfor kreftområdet støter vi i økende grad på krevende problemstillinger i skjæringsflaten mellom økt forekomst av sykdom, behovet for å komme til behandling uten ventetid, medisinske nyvinninger som gir mulighet for gode resultater og nye medikamenter og forskningsresultater som gir håp om helbredelse eller livsforlengelse. Men nye medikamenter og nye diagnostiske metoder er ofte svært kostbare. Spørsmålet blir derfor hva en eventuelt skal slutte å gjøre, og hva som må prioriteres bort når nye medisiner og ny teknologi tas i bruk.

Siden det nå praktisk talt ikke er vekst i

budsjettene til somatiske helsetjenester, kan mer avansert og kostbar medisin og teknologi bare innføres på to måter: Den ene måten er å effektivisere driften. Dette har skjedd til nå ved at liggetiden generelt har gått vesentlig ned og ved at flere sykdommer behandles poliklinisk eller ved dagbehandling. Den andre måten er ved eksplisitt prioritering av visse pasientgrupper. Dette vil måtte skje på bekostning av andre.

Spørsmål knyttet til innføring av ny teknologi er mange og vanskelige: Skal vi prioritere dyre teknologiske nyvinninger der effekten kan være liten? Hvem og hvor mange nyter godt av de teknologiske nyvinningene? Hvordan kan helsetjenesten si nei til tilgjengelig teknologi som kan redde liv, om valget står mellom liv og død for en pasient? Hva skal eventuelt prioriteres ned, hva skal ut? Vinner vi mer i helse ved å bruke ressursene på andre sykdommer?

Uten åpen debatt og bevisste valg vil vi få vilkårlige resultater, og ikke-spesifiserte pasientgrupper prioriteres ned. Dette er uakseptabelt. Det haster derfor med å få på plass et system for innføring av ny teknologi. Systemet må sikre at verdigrunnlaget for prioriteringer i helsesektoren blir i varetatt.

Kan vi legge bedre til rette for en verdig død? Er behandling i livets aller siste fase for dyr?

Vi bør ha en offentlig diskusjon om det er riktig å gi dyr behandling når livet uomtvistelig er i en slutfase. Dette kan være tilfelle ved alvorlige ulykker som har gitt svært store skader, hvor sannsynligheten for overlevelse er lav og livet som eventuelt vinnes vil innebære store smerter og multihandikapp. Det kan også være tilfelle ved kreftsykdom der ytterligere behandling vil gi store bivirkninger og bare få måneder i levetidsgevinst. Vi bør diskutere om det i slike tilfeller er bedre både for pasienten og de pårørende å legge til rette for en verdig

død heller enn å gi dyr behandling med i beste fall liten effekt.

Forebygging lønner seg, bør prioriteres nå – men vi ser gevinsten først om mange år

Noen sykdommer kan forebygges og leveår kan vinnes gjennom folkehelseiltak. Å gjøre sunne valg enklere for folk er ønsket av myndighetene. En god folkehelseutvikling krever tiltak i andre samfunnssektorer enn helsesektoren. Dette utfordrer ikke bare helsesektorens prioriteringer, men også samfunnets overordnede prioriteringer i andre sektorer. Er vi gode nok til å prioritere forebygging framfor dyr behandling?

Fedmeepidemien har nådd Norge, og i gjennomsnitt beveger vi oss mindre enn før. Dette gir livsstilsrelaterte sykdommer som diabetes, men det påvirker også sannsynligheten for kreft og andre alvorlige sykdommer. Det er store forskjeller i livsstil mellom sosioøkonomiske grupper. De med høyest utdanning røyker minst, tjener mest, spiser sunnest og lever lengst.

Folkehelseiltak er ofte upopulære og kan stride i mot de kortsiktige preferansene vi har som enkeltindivider. Strukturelle folkehelseiltak relatert til for eksempel tobakk og alkohol kan framstå som moralistiske og paternalistiske. Dessuten kan de utfordre lovlige næringsinteresser. Hvor langt kan vi gå i å bestemme over hva folk skal spise, gjøre og produsere? Hvordan kan vi få til livsstilsendringer hos dem tenger det mest?

Internasjonal lovgivning påvirker norske prioriteringer

EUs pasientrettighetsdirektiv har bidratt til å akselerere utviklingen mot et indre marked for helsetjenester i Europa. Selv om Norge ikke er med i EU, innebærer det norske EØS-medlemskapet at denne utviklingen også vil påvirke oss og våre nasjonale prioriteringer. På hvilken

måte det vil påvirke oss, er delvis avhengig av hvilket handlingsrom de nye EU/EØS-reglene gir og hvordan Norge velger å manøvrere innenfor dette handlingsrommet.

Pasientrettighetsdirektivet utvider ikke nødvendigvis rettighetsgrunnlaget til de pasientene som er høyest prioritert i den norske helsetjenesten (såkalte rettighetspasienter). Det stiller seg noe annerledes for pasienter som vurderes som behandlingstrengende i den norske spesialisthelsetjenesten, men som ikke er vurdert til å være rettighetspasienter. Dersom øvrige vilkår er oppfylt, kan slike pasienter fritt velge å motta behandlingen i et annet EU/EØS-land og kreve refusjon for behandlingen opp til det som behandlingen ville kostet i Norge. Dette betyr at pasienter som prioriteres lavere i det norske prioriteringsregimet, kan velge å motta behandling for sin tilstand i et annet land der ventetidene er kortere, og på den måten kunne bli raskere behandlet enn prioriterte pasienter i Norge. Dette er ikke en tilsiktet situasjon, og utviklingen bør følges nøye.

Spesielle utfordringer knyttet til enkelte pasientgrupper

Behov for mer tilrettelagte tjenester for innvandrerbefolkningen

At vi har innvandrere utfordrer vår forståelse av hva som menes med likeverdighet i tjenestetilbudet. Innvandrere har rett til helsetjenester på lik linje med alle andre i Norge. Men vi har indikasjoner på at innvandrere ikke nyttiggjør seg disse på samme måte som etniske nordmenn. Det er alvorlig at deler av befolkningen som har større sykkelighet og mindre ressurser og kompetanse, ikke kan nyttiggjøre seg etablerte tjenester fullt ut. Det bør derfor diskuteres om det er nødvendig med ytterligere tiltak som retter seg spesielt mot innvandrere og som kan bidra til at helsetjenestene i praksis blir likeverdige.

Det viktig å bedre kunnskapen om innvandreres sykkelighet, helse og bruk av helse-tjenester. I dag er kunnskapsgrunnlaget mangelfullt og fragmentert blant annet fordi landbakgrunn eller fødeland ikke brukes som variabel i sentrale helseregistre og nasjonale medisinske kvalitetsregistre.

Rusmiddelmissbrukere

Rusfeltet er politisk prioritert. Ser en ensidig på ressursene som de regionale helsefor-etakene har benyttet til drift av tverrfaglig, spesialisert rusbehandling, TSB, eller på utviklingen i tilskudd til rusarbeid i kommunene, ser det ut til at dette feltet har vært prioritert. Andre måleindikatorer kan imidlertid utfordre dette bildet. Det er fortsatt lang ventetid til behandling og det er ikke alle kommuner som har etablert et godt rustilbud. I tillegg er TSB et relativt nytt fagområde innenfor spesialist-helsetjenesten, og det pågår fortsatt utviklingsarbeid og strukturering av tjenestene. Samtidig er det behov for å tydeliggjøre grenseoppgangen mot kommunene.

Fremdeles har vi begrenset kunnskap om effekten av ulike behandlingsmetoder. Innenfor rusfeltet er dette spesielt utfordrende fordi det typiske mønsteret for rusmiddelmissbrukere er at de går inn og ut av en rekke behandlingstiltak. Skal en måle effekten av enkelttiltak eller er det summen av flere tiltak som gir effekt?

Psykisk helse

Psykiske lidelser spenner fra lettere depresjoner til alvorlige psykoser. Psykiske helseproblemer er en viktig årsak til uførhet, sykdom og tidlig død, og medfører redusert funksjonsevne og tap av livskvalitet for mange mennesker. Det psykiske helsevernet i spesialisthelsetjenesten har gjennomgått en betydelig styrking og omstilling. I tråd med intensjonene har driftkostnadene i psykisk helsevern for barn og unge økt mer enn for voksne. Også det psykiske helsearbeidet i kommunene er styrket

og utviklet i betydelig omfang.

Det er store utfordringer knyttet til måling av effekt og kostnader innenfor psykisk helsearbeid og psykisk helsevern. Psykiske lidelser kan for noen være meget langvarige og med store variasjoner gjennom sykdomsforløpet og i grad av tap av livskvalitet og funksjonsevne. Behandlingen kan derfor være både langvarig og sammensatt. Dette gir utfordringer når en skal vurdere effekt av behandling slik prioriteringsforskriften krever. I likhet med rusbehandling, er det spørsmål om en skal måle effekt av enkeltbehandlinger eller om flere eller alle enkeltelementene i et langvarig forløp skal måles under ett.

I evalueringen av Opptappingsplanen for psykisk helse ble det understreket at det var skjedd en positiv utvikling med mer nærhet til tjenestene, større tilgjengelighet og økt kapasitet der flere enn tidligere får behandling og oppfølging. Imidlertid er det en utfordring at vi vet for lite om innholdet og kvaliteten i tjenestetilbudet og effekten av behandlingen.

Tannhelse

Tannhelsen i befolkningen har forbedret seg betydelig gjennom de siste 30 – 40 årene. Likevel er det enkelte grupper som har store tannhelseproblemer. Dette gjelder en del eldre, rusmiddelmissbrukere og enkelte funksjonshemmede. Tannhelseproblemene er større hos folk med lav sosioøkonomisk status.

Finansieringssystemet kan være en viktig grunn til at de som trenger tannhelsetjenester mest ikke oppsøker tjenesten. Det bør derfor vurderes om finansieringsordningene i tannhelsetjenesten bør utredes på ny.

Skolering og bevisstgjøring om tannhelse i sektorer som møter personer som kan ha tannhelseproblemer, bør være en prioritert oppgave for den offentlige tannhelsetjenesten. Ansatte med slik opplæring kan da bidra med kunnskap og oppmuntring slik at krevende livshendelser ikke også medfører dårlig tannhelse.



Del 1

Bakgrunn, verdigrunnlag og virkemidler

1 Hvorfor prioritere. Bakgrunn og introduksjon

Bakgrunn

Norge er et av verdens rikeste land, og i forhold til folketallet bruker vi mer ressurser til helsetjenester enn de aller fleste land i verden. Bare Luxemburg bruker mer ressurser til helsetjenester pr innbygger når vi måler i US dollar (figur 1.1). Det er knyttet en viss usikkerhet til sammenlikninger av utgifter på tvers av land, men det er likevel klart at Norge bruker mye penger på helse. Helsesektorens andel av BNP har variert noe de siste 20 årene, men andelen er høyere i 2009 enn i 1999 (figur 1.2).

Det har vært vekst i ressurstildelingen både til sykehusene og til kommunale pleie- og omsorgstjenester (figur 1.3). Særlig var det stor vekst i somatiske sykehus i perioden 2001 til 2006. Veksten i spesialisthelsetjenesten var i tråd med målene for innføring av aktivitetsbasert finansiering som ga sykehusene insentiver til høyere aktivitet. Vekst i pleie- og omsorgstjenester er også i tråd med nasjonale mål. Kommunene har ansvar for disse tjenestene, og her har de fulgt opp nasjonale føringer for prioriteringer. Hoveddelen av veksten har vært i de hjemmebaserte tjenestene og spesielt for brukergruppene under 67 år.

Tabell 1.1 viser driftskostnader *pr innbygger, korrigert for nye oppgaver, kapital-kostnader, arbeidsgiveravgift og pensjon*. Her går det fram at også utviklingen innad i spesialisthelsetjenesten har vært i tråd med politisk prioriteringer. Fra 2006 har det vært en betydelig større prosentvis vekst i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbe-

handling enn i somatiske helsetjenester. Der har veksten flatet ut. Dette viser at nasjonale prioriteringer gir ønskede resultater, selv om det likevel kan være langt igjen til alle mål er nådd.

Behandling som tidligere medførte uker og måneder med innleggelse, utføres nå på timer og dager. I 1975 var gjennomsnittlig liggetid per pasient på somatiske sykehus 12 dager, og i 1993 var gjennomsnittet redusert til 7 dager (1). Utviklingen har fortsatt, og i 2010 var gjennomsnittlig liggetid per døgnopphold for somatiske helsetjenester 4,44 døgn. Det er 10 prosent lavere enn i 2006 (2).

Likeverdig tilgang til helsetjenester er et viktig mål i norsk helsetjeneste. Ressursbruk per innbygger til helsetjenester i ulike regioner gir ikke svaret på om målet om regional likeverdighet er oppfylt. Men det gir en indikasjon om hvor mye helsetjenester som er tilgjengelige. Figur 1.4 viser at det er regionale forskjeller i ressursbruk per innbygger i alle hovedsektorer, og spesielt for somatisk sektor er forskjellene store. I Helse-Nord brukes det mest ressurser pr innbygger. Deretter kommer helse Midt-Norge, mens Helse Vest bruker minst ressurser pr innbygger. For tverrfaglig spesialisert rusbehandling, TSB, ligger Helse Sør-Øst høyest i ressursbruk pr innbygger, og Helse Nord lavest. Det kan gi en indikasjon om mindre tilbud av TSB i nord enn i sør.

Det er store regionale forskjeller i ventetiden for rettighetspasienter. Dette vises i figur 1.5.

Teknologisk utvikling og økt kunnskap har bidratt til en mer spesialisert og profesjonalisert helsetjeneste med bedre behandlingsutfall til pasientenes beste. Fallet i dødelighet ved kreft- og hjerte-karsykdommer ville ikke

vært mulig uten de betydelige framskrittene som er gjort innenfor legemiddelområdet og i medisinsk teknologi.

Fra 1950 til 1970 var det en dobling av dødeligheten ved ischemisk hjertesykdom, mens det fra 1970 fram til 1987 var lite endring i total hjerteinfarktdødelighet (3). I perioden fra 1987 til 2007 falt hjerteinfarktdødeligheten for menn med 64 prosent, mens den falt med 47 prosent for kvinner. Både en reduksjon i risikofaktorer og forbedret behandling har bidratt til denne gunstige utviklingen. Ved behandling av hjerteinfarkt foretas det nå akutt utblokking, perkutan koronar intervensjon (PCI) av blodårene i og omkring hjertet kombinert med medikamentell terapi. Fra slutten av 1990-tallet er PCI blitt etablert som en sentral prosedyre ved universitetssykehusene i Norge.

Antall nye tilfeller med kreftsykdom i Norge har økt det siste tiåret (4). Innenfor kreftomsorgen har samtidig introduksjonen av nye behandlingsregimer hatt stor betydning. For de fleste kreftformene hos barn har helbredelsesraten økt betydelig (5). Ved akutt lymfatisk leukemi i alle stadier ligger prognosen for overlevelse nå på over 80 prosent. Ved testikkelkreft, som er den hyppigste kreftformen blant unge norske menn, blir mer enn 80 prosent av pasientene helbredet selv om det foreligger metastaser. Innføring av cytostatikabehandling med cisplatinum på 1980-tallet bidro sterkt til økt overlevelse ved framskreden testikkelkreft.

Tar vi for oss utviklingen i de 10 sykdommene flest døde av i 1990, viser figurene 1.6 og 1.7 den betydelige reduksjonen i dødelighet av ischemisk hjertesykdom, karsykdommer i hjernen og av lungebetennelse både for menn og kvinner. For menn har det vært økning i KOLS og en viss økning i svulster i strupe, luftrør, bronkier og lunger. For kvinner har det vært noe økning i dødelighet av «andre hjertesykdommer» og av

svulster i tykktarmen. Dødeligheten av brystkreft har gått ned, det samme gjelder for dødelighet av prostatakreft.

Hvorfor prioritere

Selv om vi aldri har produsert flere helse-tjenester enn vi gjør i dag og aldri har vært friskere, opplever mange at det ikke gjøres nok. Gjennom media får vi historier som gir inntrykk av at helsesektoren er i krise.

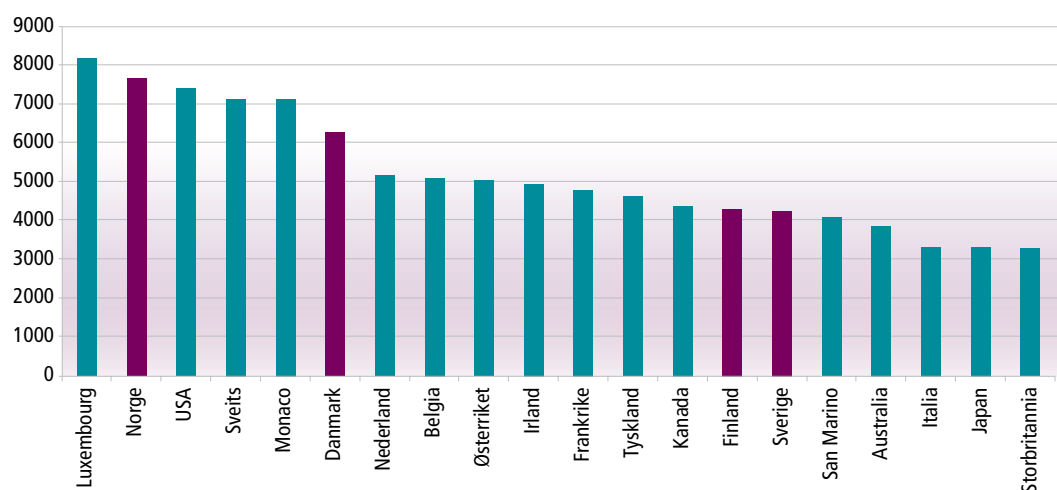
Opplevelsen av knapphet er reell. Vi har ikke nok helsepersonell til å tilfredsstille alle behov og oppfylle alle ønsker. I tillegg øker behovene med aldrende befolkning og helseskadelig livsstil, behandlingsmulighetene øker med bedret teknologi og kravene til kvalitet øker med økende levestandard.

Siden ressursene er begrenset og offentlige budsjetter skal overholdes, vil en beslutning om å bruke mer til noe alltid gå ut over noe annet. Brukes det mer til helsetjenester, blir det mindre til skole eller veier. Bruker vi mer til psykisk helsevern, blir det mindre til andre deler av helsesektoren. Sier vi ja til noe, sier vi samtidig nei til noe annet, uansett hvor ubehagelig det føles. Selv med økte ressursrammer vil vi ikke komme utenom prioriteringskravene.

Men å prioritere er likevel positivt. Det er å gjøre det beste ut av mulighetene: Når vi sier nei til noe, sier vi samtidig ja til noe bedre. Det er uetisk å ikke prioritere. Å ikke prioritere impliserer vilkårlighet og øker risikoen for at de sykeste ikke blir behandlet først. Å prioritere aktivt er rettferdig fordi gode prioriteringer betyr å bruke ressursene der behovene er størst, der tiltakene har stor nytte og der kostnadene er rimelig i forhold til det vi oppnår.

Når vi ikke har nok til alt vi måtte ønske, må vi ha ordninger som fordeler helsetjenesteressursene mellom tjenesteområder,

Figur 1.1 Samlede helseutgifter per innbygger i US\$. Data per 22. juni 2011



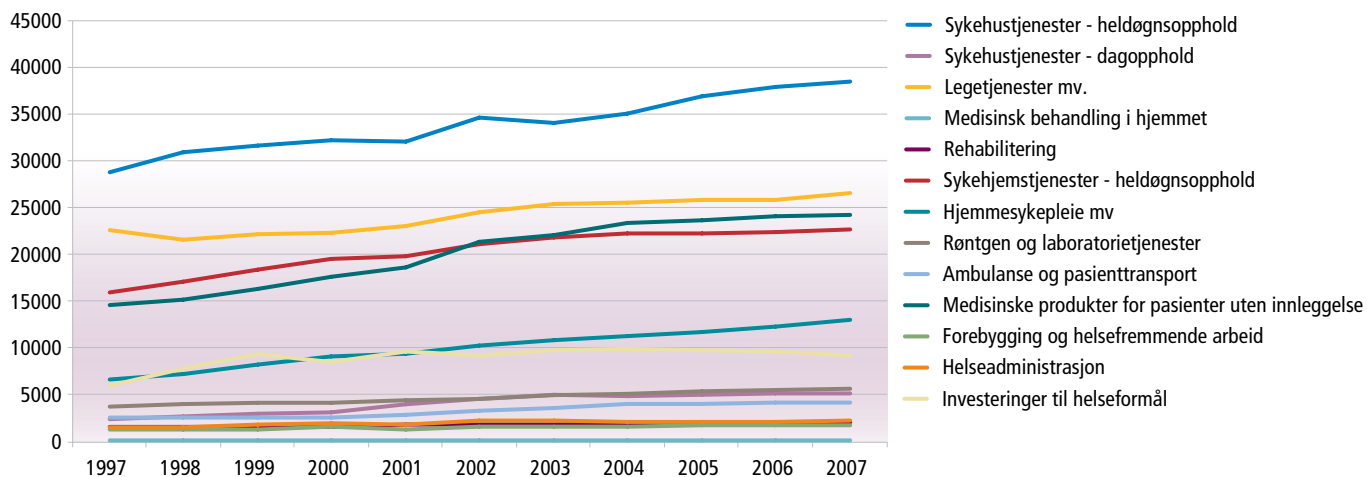
Kilde: WHO

Figur 1.2 Samlede helseutgifter i prosent av BNP og BNP fastlands-Norge. Løpende kroner, 1999-2009



Kilde: SSB

Figur 1.3 Helseutgifter til ulike sektorer i faste 2000-kroner, 1997–2007. Mill. kr.



Kilde: SSB

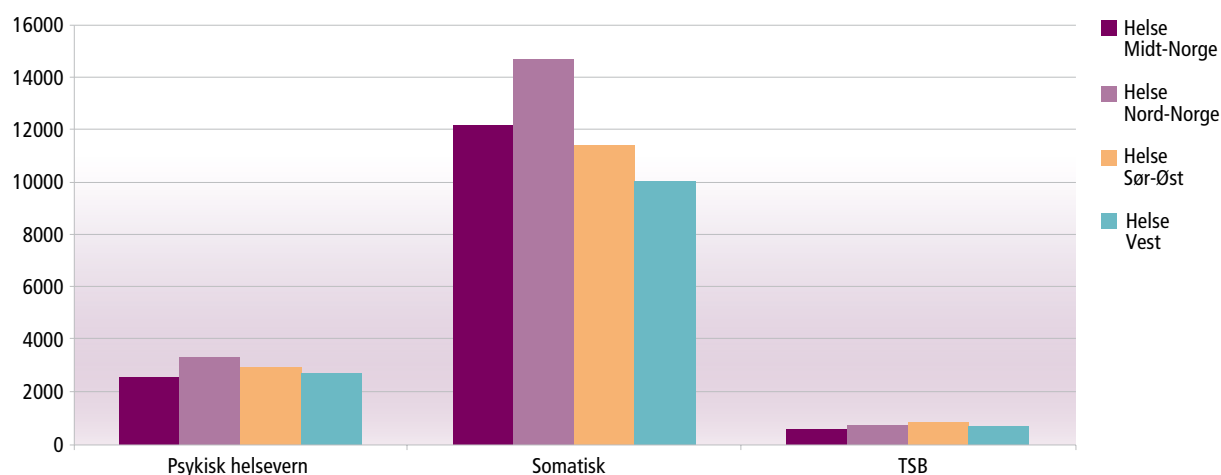
Tabell 1.1 Driftskostnader i faste priser per innbygger eksklusive nye oppgaver

Formål	Driftskostnader 2010 kr. per innbygger	Prosent realendring per innbygger 2006-10	Prosent realendring per innbygger 2009-10
Somatikk	11 322	1,1	0,9
PHV	3 028	3,9	2,5
PHBU	2 224	15,6	6
TSB	741	18,6	3,9
Ambulanse	698	16,9	6
Pasienttransport	466	2	-2,6
Annet (RHF-administrasjon)	223	-5,8	-2,3
Totale kostnader**	16 128	3	1,5

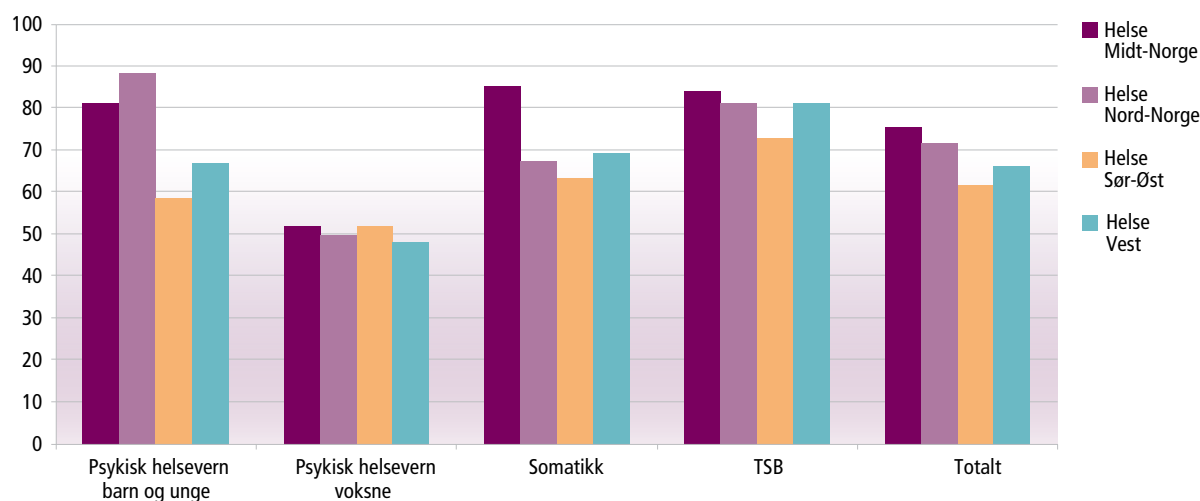
* Se SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2010 for en oversikt over nye oppgaver til RHF-ene 2006-10

**Ekskl. kapitalkostnader, arbeidsgiveravgift, pensjon og nye oppgaver i perioden

Kilde: Samdata

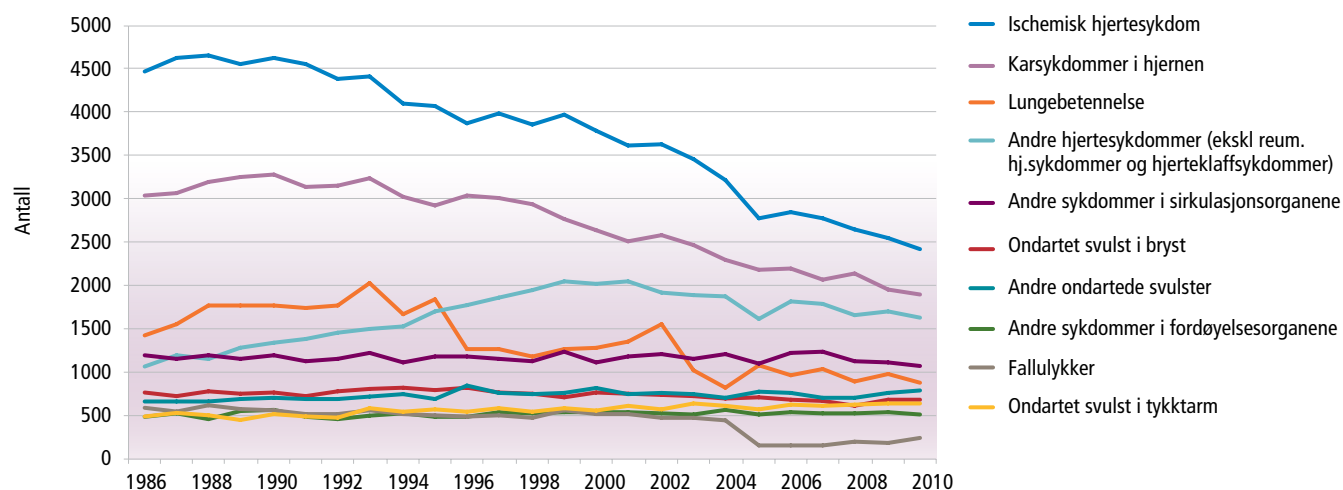
Figur 1.4 Kostnader pr innbygger i ulike sektorer og regioner i 2010

Kilde: Samdata

Figur 1.5 Gjennomsnittlig ventetider for rettighetspasienter i ulike sektorer og regioner i 2010

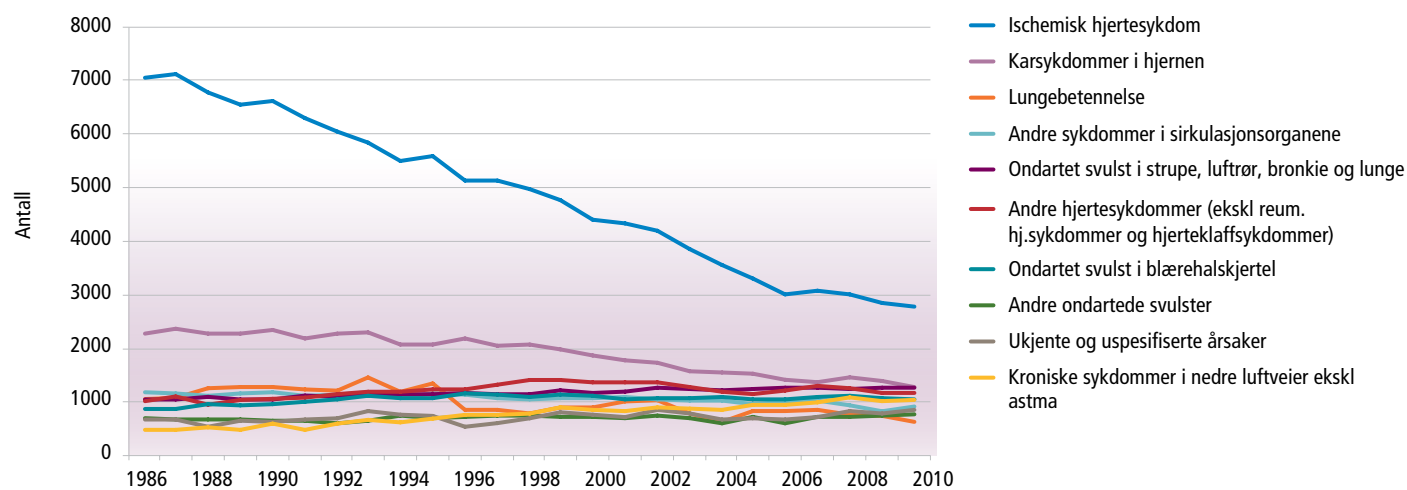
Kilde: NPR

Figur 1.6 Utvikling i dødsårsaker kvinner, 1986-2010



Kilde: SSB

Figur 1.7 Utvikling i dødsårsaker menn, 1986-2010



Kilde: SSB

sykdomsgrupper og enkeltpasienter. For markedsomsatte varer og tjenester brukes prisene til å regulere tilbud og etterspørsel slik at omfanget av det som produseres svarer til det vi ønsker å kjøpe til de prisene som markedet skaper. Da er det de med best betalingsevne som får bedre tilgang til godene og mulighet til høyere forbruk enn dem med lavere betalingsevne. Det finnes også andre fordelingsmekanismer: En kan ha rasjoneringskort slik det var for knappe goder etter krigen, en kan ha lotteri slik det f.eks. fortsatt er for valg av turnusplasser for leger, en kan ha «først til mølla»-prinsippet slik det er for konsertbilletter. Det er åpenbart at disse mekanismene ikke er egnet for helsetjenester, men det er verdt å reflektere over hvorfor vi har valgt de ordningene vi har.

I Norge skal helsetjenester i all hovedsak tilbys og betales av det offentlige. Grunnen til dette er at rettferdig og likeverdig fordeling av helsetjenester er grunnleggende verdier i Norge. Svak betalingsevne skal ikke hindre noen i å få helsetjenester de har behov for. Alle, uansett inntekt, sosial rang, etnisitet, kjønn og bosted skal ha lik tilgang til helsetjenester. Det skal bidra til at pasienter med like sykdommer og like funksjonshemninger behandles likt uavhengig av betalingsevne.

Når vi betaler lite eller ingen ting for helsetjenester, vil etterspørselen være stor, og siden vi ikke ønsker å redusere etterspørselen og fjerne ventelistene ved å sette opp prisene på helsetjenester, må det fattes politiske beslutninger om hvordan vi skal velge hvilke pasientgrupper og hvilke behandlinger som skal prioriteres på overordnet nivå. Prioritering dreier seg om hvilke tjenester som skal tilbys og hvilke som ikke skal tilbys, om hvor mye som skal tilbys av hver tjeneste og om hvordan tjenestene skal fordeles. Er det kø for å motta en tjeneste, vil prioriteringen bestemme hvem som skal få først og hvem som må vente. Mange av dagens priorite-

ringer har konsekvenser for morgendagens helsetjeneste. Prioriteringene må også kunne ta hensyn til behov som vi vet kommer i framtida.

Temaer i denne rapporten

Prioriteringer begunstiger noen på bekostning av andre. Siden prioriteringer alltid går ut over noen, er det viktig at de er gjennomtenkte og i samsvar med helsepolitiske mål og med lover, regler og normer som gjelder for norsk helsetjeneste. Dette skriver vi om i kapittel 2 og 3. Der redegjør vi både for hvilke verdier som gjelder i norsk helsetjeneste og som skal legges til grunn når vi skal fatte prioriteringsbeslutninger og hva slags systemer og virkemidler vi har for å kunne prioritere.

I del to diskuterer vi noen av utfordringene vi står overfor framover. Den største utfordringen er økningen i antallet eldre. Vi viser at problemene knyttet til den såkalte eldebølgen kan reduseres i stor grad dersom vi lykkes med å bedre helsa og funksjonsevnen til de eldre.

Vi presenterer også en analyse som viser hvilke pasienter og behandlinger som er særlig ressurskrevende, og vi diskuterer ulikhet i helse, folkehelse og forebygging og hvilke utfordringer og dilemmaer disse stiller oss overfor.

Utviklingen i teknologi har bidratt til store helsegevinster. Men mye av den er også svært kostnadskrevende. Når skal teknologi tas i bruk, og er det tilfeller hvor vi ikke skal gjøre det? Særlig i livets slutfase kan det kanskje være bedre å avstå fra behandling og heller forsøke å gi verdighet i den aller siste levetiden. Dette diskuterer vi i kapittel 6.

Vi diskuterer også utfordringer knyttet til finansieringsordninger og til pasientmobilitet over landegrensene.

I del tre diskuterer vi prioriterings-

utfordringer innenfor utvalgte fagområder. Helsesektoren er stor og omfattende, og vi har ikke mulighet til å ta med alle fagområder og sektorer. Vi har valgt ut noen fagområder som er kjennetegnet med sammensatte problemer som krever samhandling og koordinering mellom ulike tjenester og tjenestenivåer i helsesektoren. Dette gjelder rus og psykisk helse og helsetjenester innvandrere. Her skal en fatte prioriteringsbeslutninger på ulike nivåer og innenfor ulike ansvarsområder, ulike budsjetter og ulikt lovverk. I tillegg vil ofte resultatene av innsatsen komme på lang sikt, og langsiktige tiltak kan lett tape i konkurransen om ressursene mot tiltak der effekten er mer umiddelbar. Disse sektorene er utfordrende også fordi det kreves innsats fra andre sektorer som helsetjenesten ikke har beslutningsmyndighet over.

Vi omhandler kreftområdet fordi det representerer alvorlige sykdommer som rammer mange, fordi teknologien er i rask utvikling og den er kostbar. Hvor mye vinner vi med den nye teknologien? Vil vi vinne mer i helse ved å bruke ressursene andre steder?

Det meste av tannhelsetjenesten i Norge er privat og ikke en del av den offentlige helsetjenesten. Hvordan samsvarer dette med verdiene som gjelder for norsk helsetjeneste? Er det en god grunn til at tennene skal oppfattes annerledes enn andre deler av kroppen? Blir fordelingen av tjenestene i samsvar med verdiene for norsk helsetjeneste?

Drøftingen av disse områdene vil gi en pekepinn på noen viktige prioriteringsutfordringer vi står overfor framover.

Samhandlingsreformen er ikke omtalt i eget kapittel. Reformen har imidlertid et klart prioriteringsbudskap: Forebygging og behandling på lavere nivåer skal prioriteres framover. Forebygging omhandles i kapittelet om folkehelse, og kapitlene om rus og psykiatri omhandler tjenestetilbudene i et samhandlingsperspektiv.

Det har ikke vært mulig å vise tall for samme tidsperiode i tabellene og figurene som presenteres i rapporten. Vi mener likevel tallene gir et viktig bilde, selv om tidsbildet kan variere fra figur til figur.

2 Verdigrunnlaget for prioritering

Å prioritere er å ta bevisste valg om hva som skal gjøres først og hva som må vente, om hvem som skal få og hvem som skal få mindre eller hvem som ikke skal få. Prioriteringsvalg i helsesektoren er vanskelige fordi de har implikasjoner som er viktige for liv og helse, de er gode for noen og ikke så gode for andre. Prioriteringene må derfor være i tråd med verdiene som gjelder i norsk helsetjeneste.

Likeverdig tilbud av helsetjenester er et av hovedmålene for norsk helsetjeneste og regnes blant bærebjelkene i den norske velferdsstaten. Likeverdigheten i tilbud er knyttet til hvordan tjenestene er fordelt mellom regioner og sosiale grupper og er et middel til å oppnå at personer med samme behov for helsetjenester skal ha like muligheter til å få behovet tilfredsstilt, uavhengig av bosted, inntekt, kjønn og etnisitet.

Hva slags helsebehov som skal prioriteres, har blitt grundig diskutert i to offentlige utredninger, de såkalte Lønningutvalgene. I internasjonal sammenheng var Norge tidlig ute med å diskutere prioriteringer i helsesektoren. Allerede i 1985 ble det første Lønningutvalget nedsatt. Utvalget skulle belyse prosessene bak prioriteringene i helsesektoren og diskutere ulike kriterier og retningslinjer som kunne legges til grunn for prioriteringer av både pasientgrupper og enkeltpasienter.

Utvalget ble bedt om å vurdere fem dimensjoner for prioritering: 1) sykdommens alvorlighetsgrad, 2) like muligheter for behandling, 3) ventetid, 4) helseøkonomiske aspekter og 5) pasientens eventuelle egenansvar for oppstått problem. Utvalget la fram sin innstilling

i 1987, NOU 1987:23 Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. I en sammenfattende vurdering av dimensjonene ble spesielt sykdommens alvorlighetsgrad vektlagt. Utvalget skriver (1, s 86):

- En av de fem dimensjonene skiller seg ut som særlig tungtveiende og betydningsfull i prioriteringssammenheng: sykdommens alvorlighetsgrad.
- Ingen av de fem kan strykes fra listen over prioriteringskriterier. Alle representerer hensyn som et godt prioriteringssystem må ta med i betraktning.
- Ingen av dem, med unntak for alvorlighetsgraden i visse situasjoner, kan enkeltvis og alene fungere uten støtte fra ett eller flere andre kriterier.

Alvorlighetsgrad skulle veie tyngst ved prioritering av enkeltindivider i klinikken og ved mer overordnede helsepolitiske prioriteringer.

Det viste seg imidlertid at kriteriene ga for stort rom for skjønn og ulike tolkninger. I 1996 nedsatte regjeringen et nytt utvalg for å operasjonalisere sentrale prioriteringshensyn. Inge Lønning ble satt til å lede dette utvalget også. Rapporten ble levert i 1997 og omtales ofte som «Lønning 2» (2).

Lønning 2-utvalget konkluderte med at det er tre kriterier som alle er relevante i prioriteringssammenheng:

1. Tilstandens alvorlighet
2. Tiltakets nytte
3. Tiltakets kostnadseffektivitet

Sammenliknet med tidligere retningslinjer mente utvalget at tiltakets nytte og kostnads-effektivitet måtte tillegges noe større vekt.

I St. meld. nr 26 (1999-2000) Verdiar for den norske helsetenesta, er det tilslutning til disse kriteriene, og det ble lagt vekt på at verdigrunnlaget gjelder på alle nivåer i helsetjenesten. Da stortingsmeldingen ble diskutert i sosialkomiteen i Stortinget, var det også bred støtte til kriteriene (Innst. S. nr. 172 (2000-2001) om verdier for den norske helsetjenesten). I innstillingen står det:

«Komiteen har merket seg at retningslinjene for prioriteringer i helsetjenesten skal bygge på kriteriene om alvorlighetsgrad av tilstanden, den forventede nytten av tiltaket og kostnads-effektivitet av tiltaket, slik det også er foreslått i NOU 1997:18 Prioritering på ny. Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, er enig i og slutter seg til dette grunnlaget for prioriteringer.»

I 1999 ble kriteriene tatt inn i lov om pasientrettigheter (nå pasient- og brukerrettigheter) og gjelder for spesialisthelsetjenesten. I § 2-1b står det (3):

«Pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.»

Kriteriene ble konkretisert i prioriteringsforskriften fra 2000, der det i § 2 står (4):

«Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetsloven §2-1 annet ledd når:

1. pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og
2. pasienten... kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
3. de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.

Med ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet menes at pasientens livskvalitet uten behandling merkbart reduseres som følge av smerte eller lidelse, problemer i forbindelse med vitale livsfunksjoner som eksempel næringsinntak, eller nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå.

Men forventet nytte av helsehjelpen menes at det foreligger god dokumentasjon for at medisinsk behandling kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten behandling eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av behandlingen.»

Alle tre vilkår må være oppfylt for at pasienten skal ha rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp.

Det første vilkåret i prioriteringsforskriften blir ofte referert til som alvorlighetskriteriet. Det skal sikre at pasienter med de alvorligste tilstandene blir prioritert. Det er viktig å merke seg at alvorlighet ikke bare handler om å overleve og vinne leveår, men også om livskvalitet knyttet både til fysisk og psykisk funksjonsnivå og evne til å mestre dagliglivet. Livslengde og livskvalitet er i utgangspunktet alternative kriterier. Det er tilstrekkelig at ett av kriteriene er oppfylt. Dersom reduksjon av livskvalitet og livslengde hver for seg ikke er tilstrekkelige til å gi prioritet, kan de to kriteriene sees i sammenheng slik at vilkåret likevel kan være oppfylt.

Nyttekriteriet skal sikre at behandlingen som pasienten får faktisk vil bidra til bedre helse, og det kreves at det skal foreligge god vitenskapelig dokumentasjon for at pasientens tilstand kan forbedres ved medisinsk behandling. Dersom tiltaket ikke har effekt, vil pasienten bli utsatt for et unødvendig inngrep. Da er det galt, også overfor pasienten, å bruke ressurser på tiltaket. I tillegg går vi glipp av helseeffekter som kunne vært oppnådd om ressursene ble brukt på andre pasienter. Kriteriet om kostnadseffektivitet sier at det

skal foreligge et rimelig forhold mellom kostnadene ved behandlingen og den forbedringen av pasientens helsetilstand behandlingen forventes å gi. Det finnes ingen presis definisjon på hva som er et rimelig forhold mellom kostnader og effekt og som derfor kan regnes som kostnadseffektivt. Men hensikten med vilkåret er at det skal foretas en vurdering av om effekten står i rimelig forhold til kostnadene. Dersom effekten er svært liten og kostnadene er svært høye, vil det være bedre om ressursene blir brukt der en vinner mer i helseeffekt. Er gevinsten liten i forhold til kostnadene, betyr det at en går glipp av helsegevinster. Det er derfor uetisk å ikke vurdere kostnader mot effekt.

Verdigrunnlaget for norsk helsetjeneste, slik det kommer til uttrykk i offentlige utredninger og dokumenter og i lov og forskrift om pasientrettigheter og prioriteringer, tar hensyn til at de alvorligste tilstandene skal ha prioritet. Dette kravet er intuitivt lett å forstå og har allmenn tilslutning. Samtidig reflekterer verdigrunnlaget, gjennom kravet til vurdering av effekt og kostnader, at helsetjenesten har ansvar for alle pasienter. Ved disse vurderingene tar en hensyn til at noen pasienter vil tape dersom ressursene blir brukt der effekten er liten i forhold til kostnadene. Kriteriene om nytte og kostnadseffektivitet viser at verdigrunnlaget er tuftet på et helhetlig syn på helsetjenesten.

Også andre land har diskutert prinsipper og verdigrunnlag for prioriteringer i helsesektoren.

I Sverige ble det i 1992 nedsatt en parlamentarisk kommisjon som skulle diskutere de grunnleggende etiske prinsippene for priorite-

ringer i helsetjenesten (5). Utredningen fikk navnet Prioriteringsutredningen og ble lagt fram i mars 1995 (6). Hovedresultatet av utredningen var formuleringen av en etisk plattform med tre hovedprinsipper: Menneskeverdsprinsippet, behovs- og solidaritetsprinsippet og kostnadseffektivitetsprinsippet. Prioriteringsutredningen ble fulgt opp av en proposisjon (7) som sluttet seg til prinsippene og la til at det ikke var legitimt å diskriminere på bakgrunn av alder, fødselsvekt, livsstil eller økonomiske eller sosiale forhold.

I Danmark formulerte det Etske råd i 1996 verdier som skal ligge til grunn for prioriteringer: Likhet, solidaritet, sikkerhet og autonomi. I tillegg ble det formulert delmål om sosial og geografisk likhet, kvalitet, kostnadseffektivitet, demokrati og brukermedvirkning.

I Nederland foreslo den såkalte Dunning-komiteen i 1992-1995, en sil eller et filter som skulle bestemme en basispakke av tjenester. Det som skulle avgjøre hva som skulle med i basispakken var om tjenesten er nødvendig, om den er effektiv, om den sikrer måloppnåelse og om tjenesten er et personlig ansvar.

I New Zealand skal følgende prinsipper være veiledende for prioriteringene: Effektivitet, måloppfyllelse, likhet, aksept. Ved vurderinger mot disse prinsippene bestemmes hvert år hva som skal være kjernetjenester for den offentlige helsetjenesten.

Det norske verdigrunnlaget bygger på universelle verdier, og disse går igjen i andre land som har hatt debatter om prinsipper for prioriteringer (8).

3 Virkemidler.

Prioriteringer satt i system

Virkemidler for prioriteringer

Statlig virkemiddelbruk i helsesektoren er konsentrert om juridiske, økonomisk og organisatoriske tiltak og reguleringer. Budsjettvedtak og rettslige reguleringer er oftest direktevirkende, håndfaste og ufravikelige. Avvik vil oftest være forbundet med sanksjoner. Bare staten kan utøve reguleringspolitikk på denne måten. I prioriteringssammenheng er rettighetsfesting i lov og forskrift sentralt. Statlige fagmyndigheter utformer dessuten retningslinjer og veiledere i samråd med fagfeltene. Disse er ikke rettslig bindende, men har legitimitet i fagmiljøene og understøtter lokale prioriteringsvalg. På denne måten ser vi et hierarki av virkemidler som skal utgjøre et samlet prioriteringssystem innenfor rammen av en ansvarlig samfunnsøkonomi og de verdiene som helsetjenesten er bygget på. Samtidig er det mange nivåer og lang vei fra sentrale helsemyndigheter til de utøvende leddene. Rett prioritering er derfor avhengig av flere virkemidler samtidig og med tilslutning og enighet i sentrale fagmiljøer.

Det har siden 1970-tallet vært sammenheng mellom overordnet virkemiddelbruk og utfordringer i helsesektoren både med tanke på organisering og finansiering. For eksempel stimulerte lovgivning (1) med tilhørende finansieringsmodell til økt investering i bygninger og personell i spesialisthelsetjenesten på 1970-tallet. Sykehusloven innebar at fylkene fikk ansvar for utbygging av sykehus samtidig som staten i all hovedsak fikk finansieringsansvaret.

På 1960- og 1970-tallet var primærhelse-

tjenesten og distriktene taperne i konkurransen om ressurser, og det oppsto en bred politisk og faglig enighet om at det var behov for omprioritering (2). Med kommunehelse-reformen i 1984 ble kommunene tildelt flere oppgaver og ressurser. Målene med reformen var bedre fordeling av helsepersonell, mer forebygging og styrket tjenestetilbud i kommunene. I 1988 ble sykehjemmene overført fra fylkeskommunene og tilbake til kommunene. En viktig deinstitusjonaliseringsreform var overføringen av helsevernet for de psykisk utviklingshemmede til kommunene i 1991. Fastlegeordningen ble innført i juni 2001 blant annet for å bedre kontinuiteten i pasient-legeforholdet og for å øke tilgjengeligheten til allmennhelsetjenester. Ordningen bidro raskt til en bedre og mer stabil rekruttering av allmennleger. Gode finansieringsordninger var også et viktig virkemiddel.

Kurpengefinansieringen av sykehusene ble erstattet av rammefinansiering i perioden 1980-1996, og målet var bedre kostnads-kontroll og bedre geografisk fordeling (3). Rammefinansieringen bidro til å begrense veksten i utgiftene i spesialisthelsetjenesten, men gav i seg selv lite insentiv til økt aktivitet. Etter forsøk med stykkprisordninger tidlig på 1990-tallet ble innsatsstyrt finansiering (ISF) innført i 1997 i den somatiske spesialisthelsetjenesten. De første årene etter 1997 til tidlig 2000-tallet preges av kraftig vekst i aktiviteten og utgiftene i den somatiske spesialisthelsetjenesten, men også av økt produktivitet (4). ISF-ordningen ble justert i 2006,

og i dagens ISF-ordning er ikke målet om økt aktivitet så uttalt som tidligere, og veksten har flatet ut.

Samhandlingsreformen skal gradvis innføres fra 1. januar 2012. Et viktig mål er mer forebygging og styrket helsetjenestetilbud i kommunene. I tillegg til ny folkehelselov og ny felles lov for helse- og omsorgstjenesten i kommunene, er reformen basert på lovfestet plikt til å inngå samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak. En ny ordning for kommunal medfinansiering gir kommunene medfinansieringsansvar for innbyggernes forbruk av utvalgte somatiske helsetjenester og plikt til å betale for utskrivningsklare pasienter fra dag én. Siktemålet er en gradvis tyngdeforskyvning i retning av desentraliserte tjenestetilbud for flere og et mer bærekraftig økonomisk driftsgrunnlag for spesialisthelsetjenesten. Samhandlingsreformens prioriteringsambisjoner er følgende store.

Prioritering satt i system

Prioritering skjer på ulike nivåer og ofte i et samspill mellom flere aktører med ulike interesse- og ansvarsområder. Brukerorganisasjoner og pårørende, profesjonsforeninger og akademiske miljøer er alle med på å påvirke prioriteringene.

Sentrale helsepolitiske myndigheter og forvaltning styrer de overordnede prioriteringene gjennom tilrettelegging av de økonomiske, rettslige og organisatoriske rammevilkårene. Samtidig har Helsedirektoratet og andre fagorganer et ansvar for å utvikle og understøtte riktig prioritering gjennom veiledere og retningslinjer for «best practice». Det er en utfordring å forene alle aktørene sentralt og lokalt slik at prioriteringsbeslutninger på flere nivåer følger kriteriene for prioritering i Norge.

Prioriteringsbeslutninger på overordnet nivå er dimensjonerende for tjenester og deltjenester og gjelder tildeling av ressurser. Eksempler er budsjettvedtak i storting, regionale helseforetak (RHF), helseforetak (HF) og kommuner. Disse gir økonomiske rammevilkår, og det er på dette nivået en kan velge å omfordele ressurser mellom pasientgrupper og mellom ulike typer tiltak, for eksempel mellom forebygging, behandling og øyeblikkelig hjelp. De kan også være førende for regelverk og organisatoriske grep, jfr samhandlingsreformen.

Neste nivå er todelt: 1) Beslutninger om faglige standarder for valg av pasienter til riktig diagnostikk, utredning eller behandling og 2) beslutninger som angår enkeltpasienter: Om de skal gis et tilbud og hvilket tilbud de skal ha. Det er her helsepersonellet møter pasienten med behov for helsehjelp.

I spesialisthelsetjenesten er det utarbeidet prioriteringsveiledere for 32 fagområder. Disse skal være støtte ved beslutninger om enkeltpasienters rettighetsstatus og ved fastsettelse av siste frist for når helsehjelp skal starte for pasienter som har rett til prioritert helsehjelp. Det finnes ikke tilsvarende prioriteringsverktøy for andre prioriteringer av enkeltpasienter i helsesektoren, som f.eks. ved tildeling av sykehjems plass.

At ressursknapphet oppleves som et problem, kan være et uttrykk for at det ikke prioriteres «riktig», men også at det er ulike oppfatninger om hva som er «riktig» prioritering. Helsepersonell, infrastruktur, medisiner og teknologi er knappe ressurser og har en verdi i alternativ anvendelse. Manglende åpenhet, bevissthet og etterprøvbare omkringing prioriteringsbeslutninger øker faren for ineffektiv ressursanvendelse og uheldige forskjeller i praksis. Samtidig må en erkjenne at helsetjenestens mål er sammensatte og at det kan være uenighet og konflikter om hva som er riktig prioritering når en kommer til

de konkrete tiltakene. Det kan gjelde budsjettprioriteringer, strukturtiltak og omstilling, kompetansekrav og lignende. Oftest handler prioritering i Norge likevel om hvilke muligheter vi skal avstå fra eller utsette, heller enn å ta noe helt bort eller gjøre dårligere for å kunne prioritere noe annet.

Pasientsikkerhet

En viktig del av gode prioriteringer er sikre og trygge tjenester.

Gjennom den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender» som ble lansert i januar 2011 og vil vare i tre år, har alle landets helseforetak fått i oppdrag å gjennomføre strukturerte journalundersøkelser for å kartlegge antall pasientskader. Fem private sykehus og atten av nitten helseforetak har deltatt. 39 granskningsteam undersøkte 7819 tilfeldig utvalgte pasientopphold som ble avsluttet i tidsrommet 1. mars til 31. desember 2010 (5).

- Ved 16 prosent av pasientoppholdene oppstod det minst en skade (min 3,5 prosent- maks 38 prosent)
- Ved 7 prosent av pasientoppholdene oppstod det minst en skade som førte til forlenget sykehusopphold. (min 2 prosent- maks 18 prosent)
- Ved 1 prosent av pasientoppholdene oppstod det skade som gav pasienten varig men (min 0 prosent - maks 3 prosent)
- Ved 0,66 prosent pasientopphold døde pasienten av pasientskade (min 0 prosent - maks 2 prosent)

Ved å innføre konkrete tiltak for utvalgte innsatsområder i hele helse- og omsorgstjenesten, er målet å redusere antall pasientskader. Innsatsområdene er valgt ut av eksperter for

områder hvor det er stort forbedringspotensial og inkluderer blant annet tiltak for tryggere legemiddelbruk og tiltak mot infeksjoner. Fra 2012 har helse- og omsorgstjenesten en lovfestet plikt til et systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, sykehusenes varslingsplikt om alvorlige hendelser er skjerpet og det er etablert en egen utrykningsenhet i Helsetilsynet.

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten ble oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet våren 2007 (www.kvalitetogprioritering.no). Rådets oppgave er å gi vurderinger og anbefalinger i kvalitets- og prioriteringsspørsmål. Rådet er sammensatt av lederne for de regionale helseforetakene, av helsepersonell på ulike nivåer i helsesektoren, kommuner, Kommunenes sentralforbund og brukerorganisasjoner. Rådet ledes av helsedirektøren.

Mandatet pr. 16.02.2011 skisserer en rekke områder som er aktuelle for behandling i rådet:

1. Prinsipper for prioriteringsprosesser, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten.
2. Spørsmål knyttet til om det utvikler seg eventuelle uakseptable forskjeller i tjenestetilbudet på tvers av fagområder, geografi eller sosiale grupper og gi råd om hvordan slike forskjeller kan motvirkes.
3. Spørsmål knyttet til innføring av ny og kostbar teknologi/legemidler i helse- og omsorgstjenesten.
4. Spørsmål knyttet til fordeling og bruk av nasjonale tjenester i spesialist- og primærhelsetjenesten.
5. Spørsmål knyttet til utvikling av nasjonale

retningslinjer på særlige områder for å ivareta et likeverdig helsetilbud av god faglig kvalitet.

6. Spørsmål knyttet til samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner, herunder forebygging, folkehelse, omsorgstjenester og behandlingsformer som påvirker kvalitet, arbeidsdeling og dermed prioritering, ressurs- og kompetansefordeling mellom de ulike nivåene i helsetjenesten.
7. Rådet skal delta i vurderingen av befolkningsrettede tiltak som screening og vaksiner.
8. Rådet skal gi råd om prioritering av offentlig initierte kliniske studier.

Rådet har ingen formell myndighet, men Rådets diskusjoner og anbefalinger har vist seg å bli førende for den videre håndteringen av sakene. Rådets arbeid ble oppsummert og vurdert etter 3 år i aktivitet i 2010 (6). Ifølge evalueringsrapporten behandlet Rådet 67 saker i perioden 2007-2009 som i stor grad ble fulgt opp i tjenesten. Spesielt betydningsfulle saker som ble nevnt, var innføring av monoklonale antistoffer i behandling av metastatisk kolorektalkreft, nyfødtscreening og HPV-vaksine. Blant saker som har bidratt til stor offentlig debatt er, innføring av ultralyd i 12. uke av svangerskapet.

Samfunnsøkonomiske analyser

Samfunnsøkonomiske analyser kan gi systematisk informasjon både om befolkningens preferanser for liv og helse, samt ressursbruk og kostnader ved dagens praksis og eventuelle nye tiltak.

Samfunnsøkonomiske analyser har derfor stor relevans som grunnlag for prioriteringer i helsesektoren. Anvendelsesområdet vil være dimensjonerende beslutninger på et overordnet systemnivå og ikke på individnivå. Formålet med samfunnsøkonomiske analyser er å bidra til effektiv bruk av ressurser, jfr Utredningsinstruksen (7), men også fordelingshensyn og andre prioriteringshensyn bør synliggjøres for å muliggjøre avveiiinger mellom ulike hensyn (8).

Selv om avveiiing mellom effektivitet, andre prioriteringshensyn og fordelingshensyn er et politisk spørsmål som ligger utenfor rammen av den samfunnsøkonomiske analysen, er det viktig at en i gjennomføringen av den samfunnsøkonomiske analysen framskaffer et deskriptivt beslutningsgrunnlag som gjør det mulig for beslutningstakere å foreta slike avveiiinger på en systematisk måte.

Det ligger ikke noen form for beslutningsautomatikk i samfunnsøkonomiske analyser. Dette skyldes både behovet for å prioritere innenfor gitte budsjett og hensyn til faktorer som ligger utenfor analysen av effektiv ressursbruk, f.eks. alvorlighetsgrad. At et tiltak er vurdert til å være kostnadseffektivt, betyr altså ikke at det automatisk skal gjennomføres. Et samfunnsøkonomisk lønnsomt tiltak må vurderes mot andre aktuelle tiltak for målgruppen og mot annen ressursanvendelse som også kan gi velferdseffekter.

Samfunnsøkonomiske analyser er ikke en generell og verdinøytral metodikk. Det er derfor viktig at de gjennomføres i samsvar med verdigrunnlaget for prioriteringer og at innholdet som legges i begrepene alvorlighetsgrad, nytte og kostnadseffektivitet gjøres til gjenstand for grundige vurderinger i legitime, åpne prosesser.





Del 2

Utfordringer



4 Demografisk utvikling, personelltilgang og kompetanse

Pleie- og omsorgsbehov i framtida

Befolkningsutvikling

Aldring betyr økt behov for helsetjenester og for pleie- og omsorgstjenester. Når de eldre ikke bare blir flere, men når gruppen av eldre også blir eldre, vil behovet stige. Det har vært mest offentlig oppmerksomhet om det økte behovet for pleie- og omsorgstjenester, og vi diskuterer dette nærmere her. Men de prinsipielle spørsmålene som reises er relevante også for det framtidige behovet for behandling generelt.

Fram mot 2061 vil det være en betydelig vekst i alle aldersgrupper, selv med moderate forutsetninger om fruktbarhet, innvandring og dødelighet. Veksten er størst i de eldste aldersgruppene. Dette er vist i figur 4.1. Figur 4.2 viser et bilde av utviklingen i utvalgte aldersgruppers andel av totalbefolkningen fra 2010 til 2060.

Figurene viser en kraftig vekst i aldersgruppen 67 år + og en svært stor økning av antall over 100 år: fra 636 i 2010 til 7117 i 2060 (SSB alternativ MMMM¹). Veksten er lavest i aldersgruppen 20-60 år, som er den aldersgruppen som først og fremst genererer BNP og som representerer den arbeidskraften som skal produsere pleie- og omsorgstjenester.

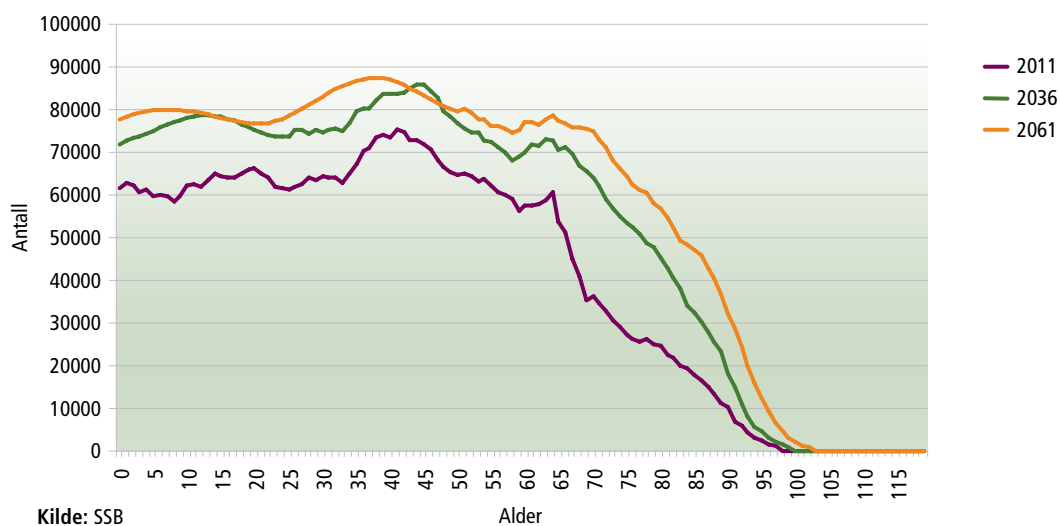
Behovet for pleie og omsorgstjenester vil imidlertid også påvirkes av utviklingen av de eldres helse og funksjonsevne. Samtidig med økning i forventede gjennomsnittlige leveår, er det

i en rekke land dokumentert en enda sterkere økning i gjennomsnittlige gode og friske leveår (1;2).

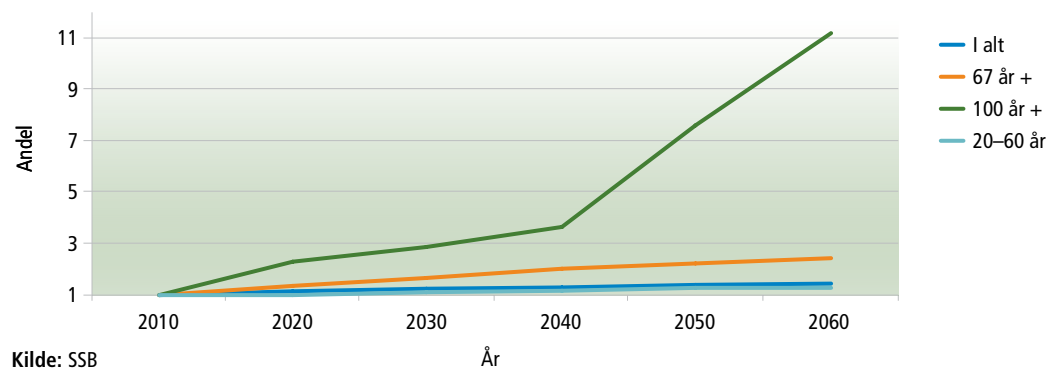
Omsorgsmeldingen (St. mld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening), drøfter det framtidige ressursbehovet for pleie- og omsorgstjenester når en tar hensyn til at befolkningen blir friskere. Drøftingen er basert på modellberegninger og analyser fra Statistisk sentralbyrå (3). Analysen tar utgangspunkt i tre alternativer for hvordan de eldres helse og funksjonsevne kan utvikle seg framover.

- *Utsettelse av sykkelighet* forutsetter at folk holder seg friske lenger. Levealderen øker, men tiden med sykdom og funksjonstap blir omtrent den samme. Den blir bare forskjøvet i tid. Resultat er et uendret og noenlunde stabilt hjelpebehov.
- *Utvidet sykkelighet* forutsetter at levealderen fortsatt vil kunne øke betraktelig, men til gjengjeld vil folk leve flere år med funksjonstap. Nedgang i dødelige sykdommer erstattes med langvarige kroniske lidelser. Dette vil samlet medføre økt behov for behandling og pleie.
- *Sammentrengt sykkelighet* (komprimeringshypotesen) forutsetter at folk holder seg friskere lenger i tillegg til at økt forventet levealder øker. Det fører til redusert hjelpebehov fram mot 2020, og en økning i ressursbehovet fra 2020 til 2050, slik at ressursbehovet i slutten av perioden blir noe høyere enn i 2002, men økningen er liten.

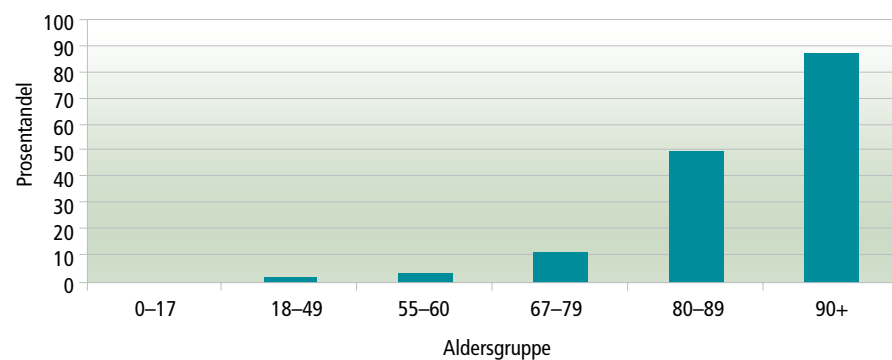
Figur 4.1 Befolkningen etter alder i 2011, 2036 og 2061



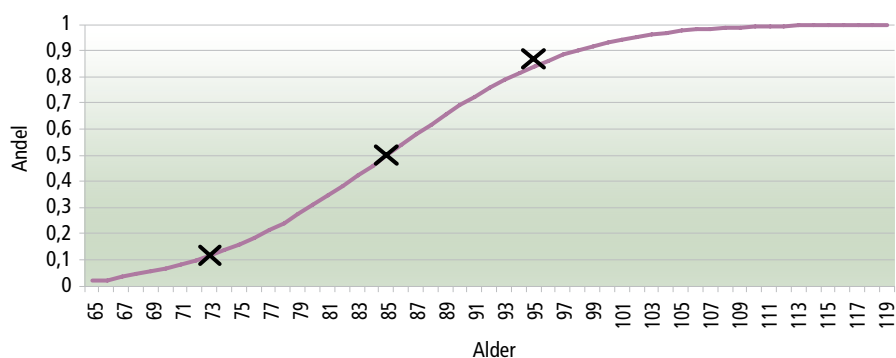
Figur 4.2 Vekst i utvalgte aldersgruppers andel av totalbefolkningen 2010–2060



Figur 4.3 Prosentandel mottakere av hjelp i ulike aldersgrupper i 2009



Figur 4.4 Andel av befolkningen med omsorgsbehov. Konstruert sigmoid kurve sammen med tre empiriske observasjoner

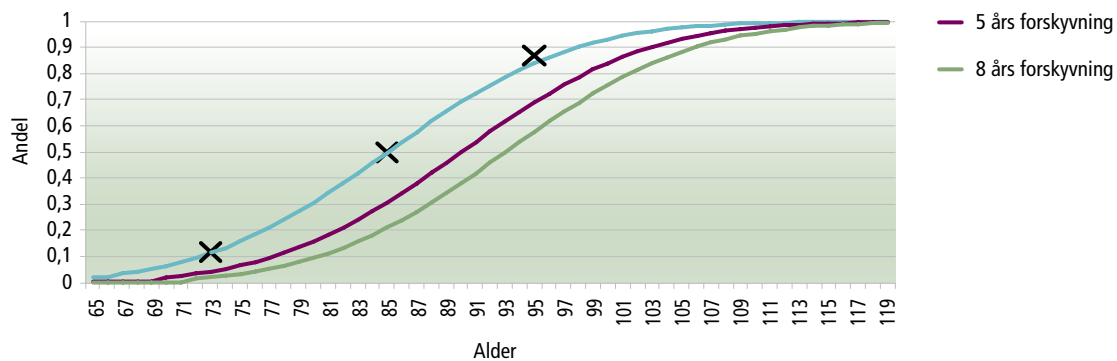


Tabell 4.1 Dødeligheten fra 1971-2010 for aldersgruppene 70-74 år og 75-79 år

	Alder	1971-75	1976-80	1981-85	1986-90	1991-95	1996-00	2001-05	2006-10
Menn	70-74	5094	4850	4797	4624	4222	3781	3153	2605
Menn	75-79	7883	7760	7497	7372	6921	6317	5436	4698
Kvinner	70-74	2912	2534	2346	2270	2112	1935	1747	1566
Kvinner	75-79	5305	4806	4296	4123	3847	3461	3202	2846

Kilde: SSB

Figur 4.5 Andel av befolkningen med omsorgsbehov etter alder ved hypotetiske utsettelse av pleie- og omsorgsbehov med 5 og 8 år

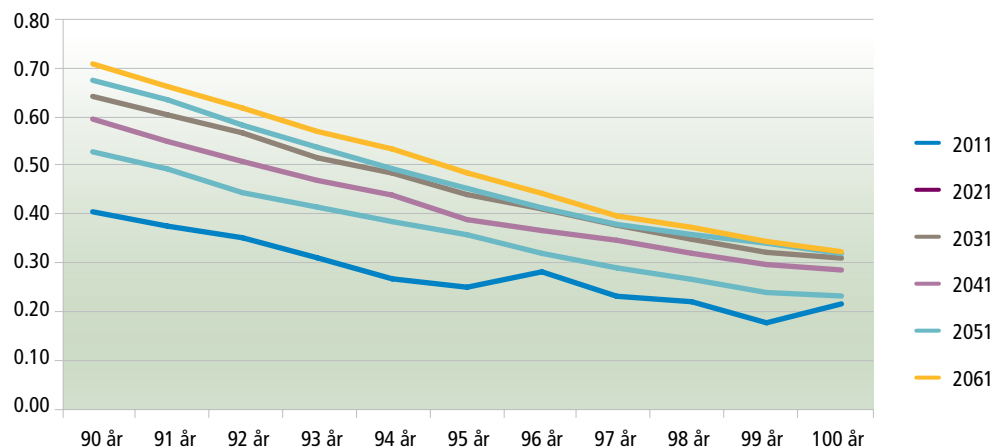


Tabell 4.2 Beregnede antall med omsorgsbehov 65 år og eldre etter tre hypoteser om framtidig behov

År	Uendret funksjonsevne	Pleie-og omsorgsbehov utsatt med 5 år	Pleie-og omsorgsbehov utsatt med 8 år	Totalbefolkning
2011	164 549			4 920 305
2036	306 143	176 984	120 564	6 278 384
2061	460 860	281 928	199 377	6 893 498

Tabell 4.3 Omsorgstrengende i prosent av totalbefolkningen

År	Uendret funksjonsevne	Prevalenskurver forskjøvet 5 år	Prevalenskurver forskjøvet 8 år
2011	3,34		
2036	4,88	2,82	1,92
2061	6,69	4,09	2,89

Figur 4.6 Antall menn pr kvinne i aldersgruppen 90 - 100 år, 2011 - 2061

Konklusjonene for alternativene med utsettelse av sykелighet og sammentrengt sykелighet vil imidlertid avhenge av hvor stor forbedringen i funksjonsevne vil være. Dersom vi lykkes med gode folkehelse- og forebyggingstiltak, kan funksjonsevnen i alderdommen kanskje bedres ytterligere. Da vil presset på helse- og omsorgssektoren blir enda mindre.

Ved hjelp av modellsimuleringer kan en vise hvordan behovet for pleie og omsorgstjenester vil bli ved ulike forutsetninger om når behovet inntreffer (4). Slike simuleringer gir hypotetiske resultater og sier ikke med sikkerhet hvordan framtida blir. Men siden antakelsene som simuleringene er basert på er spesifiserte, kan de bidra til en debatt om mulige tiltak for å påvirke de parametrene i modellen som lar seg påvirke, og om hva slags tiltak som bør settes i verk dersom utviklingen blir i tråd med antakelsene i modellen.

Behovet etter alder

Det er en S (sigmoid)-liknende sammenheng mellom pleie- og omsorgstjenester og alder (5). Dette er vist i figur 4.3, og figur 4.4 viser en konstruert kurve som tilnærmet dekker de faktiske observasjonene. Denne er basert på en kumulativ normalfordeling der de to parametrene er tilpasset slik at kurven tilnærmet dekker faktiske observasjonene.

Dersom det blir en bedring i de eldres funksjonsevne, vil det bli en forskyvning i det aldersspesifikke behovet for pleie- og omsorgstjenester (7).

Tabell 4.1 viser utviklingen av dødeligheten i Norge for de siste 40 årene. For aldersgruppen 75-79 år er dødeligheten i 2006-2010 praktisk talt den samme som for 70-74-åringer i 1981-85. Det viser en forskyvning av dødeligheten på 5 år over en 25 års periode. Redusert dødelighet er ikke det samme som redusert pleie- og omsorgsbehov, men tallene indikerer en betydelig helseforbedring de foregående 25 åra.

Bruker vi disse behovsandelene på SSBs framskrevne befolkninger for 2036 og for 2061, vil vi få hypotetiske anslag for antallet eldre med behov for pleie- og omsorgstjenester, se tabell 4.2.

Tabellen viser at med uendret funksjonsevne vil vi få en økning av pleiebehovstrengende fra ca 165 000 i dag til ca 460 000 om 50 år. Dette er en formidabel økning. Regnet i prosent av den økte befolkningen, får vi en økning fra 3,3 prosent i dag til 6,7 prosent om 50 år (tabell 4.3).

Med en forskyvning av behovskurven på 5 år, vil det absolutte behovet gå fra 164 000 i dag til ca 177 000 om 25 år og til ca 280 000 om 50 år, mens en 8 års utsettelse vil gi et lavere behov om 25 år, og en økning på bare ca 35 000 om 50 år.

Endring i kjønnsbalansen:

Flere menn blir eldre

Et annet fenomen som kan påvirke omsorgsbehovet i framtida, er at flere menn vil leve lengre. SSBs befolkningsframskrivninger viser en radikal endring i antall menn per kvinne i de eldre aldersgruppene. For 90-åringer var det 0,4 menn per kvinne i 2011. I 2061 ventes dette tallet å øke til 0,7. Figur 4.6 viser utviklingen i dette forholdstallet for gruppen 90 til 100 år. At flere par vil bli gamle sammen, vil redusere sannsynligheten for behov for pleie- og omsorgstjenester.

Byrde for samfunnet?

Samfunnets økonomiske bæreevne vil øke med økende størrelse på bruttonasjonalproduktet (BNP). Veksten de foregående 50 årene har vært ca. 3,7 prosent per år. Det er derfor rimelig å relatere pleie- og omsorgskostnader til BNP.

Dersom BNP øker med minst 4 prosent per år, vil kostnader til pleie og omsorg i forhold til BNP i årene framover være lavere enn ved dagens nivå. Dette forutsetter uendret standard og uendret produktivitet i

pleie- og omsorgssektoren. Veksten i BNP er ikke usannsynlig når befolkningen øker med 0,7 prosent per år og en tar i betraktning en 50-årig historie med en årlig vekst på per capita på mer enn 3 prosent. Selv med en vekst i BNP på bare 2 prosent per år, vil en beskjeden forskyvning av nederste alder for behov bety en uendret «byrde» for samfunnet.

Konklusjoner

Betrakter en eldrebølgen som en «byrde», må omfanget av byrden som det økte pleie- og omsorgsbehovet representerer, sees i relasjon til hele befolkningen og til den framtidige økonomiske kapasiteten. En må også ta i betraktning at det vil være en viss bedring i de gamles funksjonsevne.

1. Det absolutte tallet på personer med pleie- og omsorgsbehov vil øke fra 2010 fram til 2060 med 2,3 prosent per år.
2. Det absolutte tallet på personer med pleie- og omsorgsbehov vil IKKE øke fra 2010 fram til 2060 dersom nedre grense for behov forskyves fra 67 år til 75 år.
3. «Byrden» av pleie og- omsorgstjenester, målt ved kostnadene i prosent av BNP, er avhengig av framtidig vekst i BNP og av framtidig forskyvning av nedre grense for behov.
4. Med en beskjeden vekst i BNP på 2 prosent per år, vil en forskyvning av nedre grense for behov på ett år (en beskjeden forbedring av helse) være nok til at «byrden» ikke vil øke fram til 2060. Med en BNP-vekst på 4 prosent per år, vil «byrden» avta fram til 2060.
5. Med økt antall eldre i årene framover, vil det absolutte pleie- og omsorgsbehovet øke med mindre det blir en reduksjon i aldersspesifikke pleie- og omsorgsbehov gjennom bedret helse og funksjonsevne hos de eldre. Selv om vi får slike forbedringer, vil de neppe få et omfang som

nøytraliserer veksten i antall eldre. Dette må derfor møtes med øking av pleiekapasiteten.

6. At det blir flere menn som blir gamle slik at flere par blir gamle sammen, vil isolert sett kunne redusere pleie- og omsorgsbehovet.

Tilgang til og behov for helsepersonell i framtida

Som drøftet i forrige avsnitt, er det uvisst hvor stor andel av den samlede verdiskapningen, slik den måles ved bruttonasjonalproduktet (BNP), som vil måtte brukes i helse- og omsorgssektoren når vi tar hensyn til at vi blir friskere og opprettholde et godt funksjonsnivå i lengre tid av livet, og hvis vi antar at det vil være vekst i økonomien også i årene framover. Likevel vil det være en absolutt økning i behovet for helse- og omsorgspersonell i framtida.

I dag regnes arbeidsmarkedet for helsepersonell å være i balanse. Dette betyr at det totalt sett er tilstrekkelig tilgang på personell. Men samtidig sliter mange kommuner og små sykehus med å rekruttere tilstrekkelig med personell med riktig kompetanse. Balansesituasjonen i arbeidsmarkedet kan imidlertid endre seg i løpet av kort tid. Veksten i tilbudet av helsepersonell vil kunne dekke veksten i etterspørselen og gi et beregnet overskudd på 11 000 årsverk i 2030. For noen helsepersonellgrupper oppstår likevel et underskudd tidlig i perioden. Denne ubalansen er forventet å forsterkes betydelig fram mot 2030. Den mest sannsynlige prognosen viser et forventet overskudd av vernepleiere, sosionomer, barnevernspedagoger og psykologer. For helsefagarbeidere er underdekningen beregnet til å øke sterkt etter 2020, til mellom 28 000 og 52 000 årsverk i 2030. For sykepleiere og leger er det i dag et overskudd, men det er et forventet underskudd mot 2030. For fysioterapeuter vil det mest sannsynligvis bli

underskudd relativt tidlig i perioden.

En særskilt utfordring er det derfor å øke antallet helsefagarbeidere. Mens antall helsefagarbeidere som fullførte utdanningen i perioden 2005 til 2008 var om lag 4 000 årlig, viser tall for 2010 at tilgangen på helsefagarbeidere fra utdanning (ungdom og voksne) er knapt 1500. I tillegg har i underkant av 1000 personer fra land utenfor EØS-området fått autorisasjon som helsefagarbeider. De tre siste årene har søknungen til helse- og sosialfag og helsearbeiderfaget i videregående skole økt, men det er et betydelig bortvalg og overgang til andre utdanningsløp. Voksne står for om lag 80 prosent av tilgangen til yrket. Antall voksne som blir kvalifisert som helsefagarbeider har blitt halvert etter omlegging fra hjelpepleier- til helsefagarbeiderutdanning, og antall utdannede er på et kritisk lavt nivå i forhold til de målene som myndighetene har satt for å heve den formelle kompetansen i helse- og omsorgstjenestene og å redusere andelen ufaglærte. Underdekningen av helsefagarbeidere vil kunne øke etterspørselen etter personell med høyere utdanning, særlig sykepleiere og vernepleiere.

Prioriteringsutfordringer

Samhandlingsreformen legger opp til at en stadig større del av helsetjenesten skal utføres i kommunen. For å lykkes med dette, forutsettes det at det prioriteres å rekruttere og beholde personell og kompetanse i kommunehelsetjenesten. Gitt uendrete budsjettammer vil dette tilsi en overføring av personell fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Samtidig skal spesialisthelsetjenesten utvikles i en enda tydeligere spesialisert retning. Det forutsettes derfor at satsingen på kommunehelsetjenesten ikke svekker spesialisthelsetjenesten.

Den demografiske og epidemiologiske utviklingen gjør at spesialisthelsetjenesten er avhengig av et betydelig omfang av

spesialisert kompetanse for å være i stand til å levere spesialiserte tjenester til befolkningen. Spesialisthelsetjenesten vil få de samme rekrutteringsutfordringene som kommunene, fordi det i stor grad er snakk om de samme personellgruppene. Det er derfor viktig å påpeke at økt rekruttering av kritiske personellgrupper som bl.a. fysioterapeuter, jordmødre og psykologer til kommunehelsetjenesten, vil kunne medføre redusert tilgang på denne ressursen for spesialisthelsetjenesten. Det vil være nødvendig å prioritere økt utdanningskapasitet og rekruttering av disse personellgruppene i kommunene hvis de bl.a. skal opprette lokalmedisinske sentre, etablere frisklivstilbud, styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten og satse på rehabilitering og habilitering.

Ny spesialisert medisinsk teknologi stiller nye krav til helsepersonellens kompetanse. Dette er en kompleks problemstilling som vil spille en stor rolle for utviklingen av tilbud og etterspørsel av helsetjenester. På den ene siden kan det argumenteres for at ny teknologi gir økt effektivitet gjennom en høyere produksjon av tjenester. Men samtidig kan ny teknologi føre til økt etterspørsel etter nye typer tjenester. Ny teknologi vil stille nye krav til personellsammensetningen i helsetjenesten. Det vil for eksempel bli større behov for fysikere og teknikere for å kunne håndtere og vedlikeholde utstyret. Det blir derfor viktig for framtida å identifisere virkningen av teknologisk utvikling for å bedre kunne planlegge personell- og kompetansebehovet.

Riktig og godt samsvar mellom oppgaver og de ansattes kompetansesammensetning legger føringer på utviklingen av tjenestetilbudet for lang tid. Prioritering av utdanningstilbudet i dag får virkning i helsetjenesten om mange år. Det er mye som tyder på at spesialisering og spisskompetanse på noen områder må styrkes samtidig som generalistrolle og bredde i oppgavesammensetning blir en følge av både fagutvikling og samhandlingsreformen.

Etterspørselen etter helsepersonell fra de ulike leddene i tjenesten vil samlet sett kunne overstige den tilgangen det er realistisk å regne

med. Det bør drøftes nærmere hvordan de ulike personell- og profesjonsgruppene kan fungere mer fleksibelt enn i dag.

¹ Befolkningsframskrivninger består av fire komponentene: fruktbarhet, dødelighet, innenlandsk flytting og innvandring, med betegnelsene L (lav), M (mellom), H (høy), K (konstant, bare om dødelighet) og O (om innenlandsk flytting og innvandringsoverskudd). Et beregningsalternativ beskrives ved firebokstaver i denne rekkefølgen: fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring. MMMM som angir at mellomnivået er brukt for alle komponenter.



5 Samlet ressursbruk per pasient i spesialisthelsetjenesten

Bakgrunn

Informasjon om kostnader for alle behandlingsepisoder som inngår i et behandlingsforløp er nødvendige (men ikke tilstrekkelige) for å kunne fatte beslutninger om prioriteringer. Inntil Norsk pasientregister fikk personentydige data var det på pasientnivå ikke mulig å koble informasjon fra ett sykehus med informasjon fra et annet og derfor ikke mulig å beregne kostnader for hele behandlingsforløp. Fra 2008 fikk Norsk pasientregister persontydig data, og ved hjelp av vektene i det aktivitetsbaserte finansieringssystemet kan vi nå studere den samlede ressurstildelingen per pasient. Selv om dette vil være gjennomsnittskostnader (DRG-poeng) og følgelig grove mål på ressursbruk, kan de likevel gi en indikasjon om den samlede ressursfordelingen, og følgelig reflektere den faktiske prioriteringen i spesialisthelsetjenesten. Informasjon om kostnader og kjennetegn ved pasientene er fra 2009 og er hentet fra Norsk pasientregister.

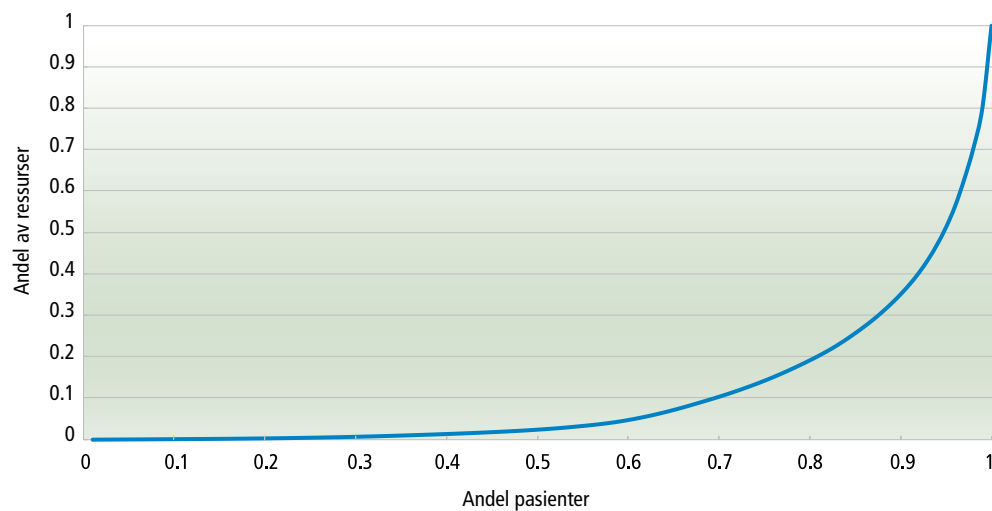
Faktisk prioritering: Andel pasienter og andel av ressurser

Dersom vi rangerer pasientene etter samlet ressursbruk og deler pasientene i 10 like store grupper, slik at hver gruppe består av 10 prosent av pasientene, kan vi beregne hvor stor andel av ressursene hver av pasientgruppene får. Det vil da være slik at pasientgruppe 1 består av de 10 prosent av pasientene som hadde de minst ressurskrevende behandlingene, mens pasientgruppe 10 består av de 10 prosent av pasientene som hadde størst ressursbruk.

Pasientgruppene 1, 2 og 3 brukte til sammen mindre enn 1 prosent av ressursene, gruppe 1-9 brukte til sammen bare 35 prosent av ressursene, mens pasientgruppe 10 alene brukte 65 prosent av ressursene. De 10 prosent av pasientene som brukte flest ressurser stod også for 67 prosent av liggedagene. Dette er vist i tabell 5.1 og illustrert i figur 5.1 i form av en såkalt Lorenz-kurve.

Tabell 5.1 Ressursbruk etter pasientgruppe i somatisk spesialisthelsetjeneste. Data fra NPR 2009

Pasientgruppe	Prosent av pasientene	Prosent av ressursene (DRG-poeng)	Prosent av behandlingsepisodene (sum døgn, dag og poliklinikk)	Prosent av liggedagene
1	10	0,1	3,1	0,0
2	10	0,2	3,6	0,0
3	10	0,4	5,3	0,1
4	10	0,6	5,4	0,0
5	10	1,0	8,3	0,0
6	10	2,2	12,7	0,4
7	10	5,6	8,8	6,0
8	10	8,8	10,8	8,9
9	10	16,0	15,0	17,0
10	10	65,1	26,9	67,5
Totalt	100	100,0	100,0	100,0
(N=)	1 727 867	1 258 635	5 783 795	3 929 647

Figur 5.1 Lorenzkurve for pasienter og ressursbruk

Kjennetegn ved ressurskrevende pasienter

I pasientpopulasjonen sett under ett, er andelen kvinner noe høyere enn andelen menn: I 2009 var 54 prosent av alle pasienter kvinner, og det samme var tilfellet også innenfor de ulike pasientgruppene. Både i pasientgruppe 10 og gruppe 1-9 var 53-54 prosent av pasientene kvinner. Men selv om andelen kvinnelige pasienter var høyere i alle grupper, var fordelingen av ressurser likt fordelt mellom kvinner og menn i pasientgruppe 10. Dette indikerer at blant de mest ressurskrevende pasientene, er mennene i gjennomsnitt noe mer ressurskrevende enn kvinner.

De mest ressurskrevende pasientene har høyere gjennomsnittsalder enn andre pasienter. I gruppe 10 var gjennomsnittsalderen for pasientene 60 år, mens tilsvarende for gruppen 1-9 var 40,6 år. I gruppe 10 var 22 prosent av pasientene 80 år og eldre, og 4 prosent var over 90 år. For de øvrige pasientene var 6 prosent over 80 år. Dette viser at det er flere eldre pasienter i gruppe 10, men det indikerer også at ikke alle eldre pasienter er like ressurskrevende.

Kommunestørrelse og avstand til sykehus

Vi finner ingen systematiske forskjeller mellom pasientgruppene når det gjelder verken kommunestørrelse eller avstand til sykehus. De mest ressurskrevende pasientene bor ikke oftere i sykehusenes vertskommuner enn de mindre ressurskrevende pasientene, og de bor ikke oftere i verken større byer eller spredtbygde strøk enn andre pasienter.

Kostbare enkeltbehandlinger eller mange behandlinger per pasient?

Ved prioriteringsbeslutninger tas det ofte utgangspunkt i informasjon om enkeltstående

behandlinger og ikke om samlet behandlingsforløp. Det er derfor interessant å vite om de mest ressurskrevende pasientene kjennetegnes ved svært kostbare enkeltstående behandlinger eller om disse pasientene har svært mange behandlingsepisoder. Dersom ressursene fordeles på mange behandlingsepisoder, vil kostnader for enkeltepisoder være utilstrekkelig når en skal vurdere det samlede kostnads- og effektbildet.

I 2009 varierte gjennomsnittlige behandlingstkostnader for de mest ressurskrevende pasientene i gruppe 10 fra ca 60 000 kr til 4,2 millioner. De mest ressurskrevende pasientene hadde flere behandlingsepisoder enn de øvrige pasientene: De mest ressurskrevende pasientene (gruppe 10) hadde i gjennomsnitt 9 behandlingsepisoder per pasient, (3,4 innleggelser og 5,6 polikliniske konsultasjoner), mens øvrige pasienter i gjennomsnitt hadde på 2,7 behandlingsepisoder (0,3 innleggelser og 2,4 polikliniske konsultasjoner).

Det er få pasienter som mottar særskilt kostbare enkeltbehandlinger, men alle disse tilhører pasientgruppe 10. Det var totalt rundt 58 000 behandlinger med gjennomsnittskostnad over 100 000 kr., og disse behandlingsepisodene var fordelt på 47 000 pasienter. 27 prosent av de mest ressurskrevende pasientene mottok en eller flere behandlinger med kostnader over 100 000 kr³, og knappe 500 pasienter hadde mer enn 3 slike ressurskrevende behandlinger.

Pasientene i gruppe 10 hadde også flere liggedager enn øvrige pasienter. 49 prosent av pasientene i gruppe 10 hadde minst 10 liggedager på sykehus i løpet av året, mens bare en prosent av de øvrige pasientene hadde tilsvarende liggetid. I gjennomsnitt hadde pasientene i gruppe 10 en liggetid på 15 dager i løpet av året, mens gjennomsnittlig liggetid for øvrige pasienter var mindre enn 1 dag (0,8).

Diagnosegrupper

Den faktiske fordelingen av ressurser i somatisk spesialisthelsetjeneste viser at det går flest ressurser til sykdommer i skjellett, muskelvev og bindevev (HDG⁴ 8). Rundt 18 prosent av ressursene i spesialisthelsetjenesten kan knyttes til behandlinger i denne diagnosegruppen. En av de enkeltstående behandlingene i denne diagnosegruppen som samlet sett var særlig ressurskrevende, var primære proteseoperasjoner i hofte, kne eller ankel (DRG 209 A). Behandlingen hadde en gjennomsnittskostnad på ca 170 000 kr, og ble utført på relativt mange pasienter, nesten 15 000 behandlingsepisoder. Behandlingen er dermed ressurskrevende både på grunn av høy kostnad per behandling og fordi det er mange pasienter som får slik behandling.

En annen ressurskrevende behandling er DRG 483: Tracheostomi eksklusive for sykdommer i ansikt, munnhule eller hals. Hver enkelt av disse behandlingene er meget ressurskrevende (DRG-vekt lik 23,9 i 2009), og de har også et visst volum. 1456 pasienter fikk slik behandling dette året. Alle pasienter som mottok slik behandling inngår i pasientgruppe 10.

Kroniske sykdommer

Kan kroniske sykdommer forklare den store ressursbruken blant pasienter i gruppe 10? Vi har sett på forekomsten av et utvalg kroniske hoveddiagnoser⁵ og analysert hvor stor andel av behandlingsepisodene og ressursbruken for episodene med disse hoveddiagnosene som kan knyttes til pasienter i gruppe 10. Vi har også undersøkt hvor stor andel av pasientene i gruppe 10 og gruppe 1-9 som har en av disse kroniske diagnosene. Listen av kroniske sykdommer er ikke uttømmende, men kan gi oss en indikasjon på omfanget av kroniske sykdommer blant pasientene i gruppe 10.

37 prosent av pasientene i gruppe 10 og 17 prosent av pasientene i gruppene 1-9

har minst en episode med en av de kroniske hoveddiagnosene som vi har analysert.

Det er betydelig variasjon i kostnader og antall behandlingsepisoder mellom ulike grupper av kronisk sykdom. For pasienter med hoveddiagnose KOLS, kan 60 prosent av behandlingsepisodene og 94 prosent av ressursene knyttes til pasienter i gruppe 10. For pasienter med angina pectoris kan bare 19 prosent av behandlingsepisodene med slik hoveddiagnose knyttes til gruppe 10.

Samlet sett finner vi at bare 19 prosent av pasientene med en eller flere av de hoveddiagnosene for kroniske sykdommer som vi har analysert, inngår i pasientgruppe 10. Disse pasientene står imidlertid for 78 prosent av ressursene til pasienter med kroniske sykdommer. De fleste av pasientene med kroniske hoveddiagnoser er dermed ikke svært ressurskrevende, men enkelte pasienter med kronisk hoveddiagnose står for store deler av den samlede ressursbruken.

Sammenfatning om ressursbruk i 2009

- De 10 prosent av pasientene som får flest ressurser i den somatiske spesialisthelsetjenesten står for 27 prosent av behandlingsepisodene, 65 prosent av ressursbruken og 67 prosent av liggedagene.
- Pasientene som tilhører den mest ressurskrevende gruppen har flere behandlings-episoder og innleggelser per pasient enn øvrige pasienter.
- Pasientene blir ikke nødvendigvis ressurskrevende fordi de har en svært kostbar behandling, men summen av mange kontakter, både innleggelser og på poliklinikk gjør at de kan komme i gruppen med de mest ressurskrevende pasientene.
- De to hoveddiagnosegruppene som får flest ressurser er sykdommer i skjellett/muskler og bindevev (19 prosent) og sykdommer i sirkulasjonsorganer (12 prosent). Henholdsvis 20 og 36 prosent av

episodene og 67 og 75 prosent av ressursene i disse gruppene kan knyttes til de mest ressurskrevende pasientene i gruppe 10.

- En av de enkeltstående behandlingene som samlet sett fikk særlig mange ressurser var primære proteseoperasjoner i hofte, kne eller ankel (DRG 209 A). Dette skyldes at det både er mange pasienter som mottar slik behandling, samt at hver behandling er noe ressurskrevende.
- De mest ressurskrevende pasientene har ikke nødvendigvis en kronisk hoveddiagnose, 37 prosent av pasientene i

gruppe 10 har en av de kroniske hoveddiagnosene som her er analysert i minst ett av sine opphold. Totalt sett er bare 19 prosent av pasientene med en kronisk hoveddiagnose⁶ i pasientgruppe 10. Men disse 19 prosent av pasientene stod for 78 prosent av ressursbruken blant kroniske pasienter. De fleste av pasientene med kroniske hoveddiagnoser er lite ressurskrevende, men enkelte pasienter med kronisk hoveddiagnose står for store deler av den samlede ressursbruken.

³ DRG-poeng lik eller større enn 3.

⁴ HDG viser til hoveddiagnosegruppene i ISF.

⁵ Følgende hoveddiagnoser i ICD-10 er analysert: E00-E07 Forstyrrelser i skjoldbruskkjertelfunksjon, E10-E14 Diabetes mellitus, G20 Parkinsons sykdom, G30-G32 Andre degenerative sykdommer i sentralnervesystemet, G35-G37 Demyeliniserende sykdommer i sentralnervesystemet, G40 Epilepsi, G80 CP, G81 Hemiplegi, G82 Andre paralytiske sykdommer, H25 Grå stær, H40 Grønn stær, I10-I15 Hypertensjon, I20 Angina Pectoris, I25 Kronisk Iskemisk hjertesykdom, I50 Hjertesvikt, I70 Aterosklerose, J40-J47 Kroniske sykdommer i nedre luftveier, J60-J70 Lungesykdommer som skyldes ytre stoffer, L20-L30 Dermatitt og eksem, L40-L45 Papuloskvamøse lidelser -psoriasis og lignende, M05-M14 Inflammatoriske leddlidelser, M15-M19 Arthroser, M30-M36 Systemiske bindevevssykdommer, N40 Prostata hyperplasi.

⁶ Gjelder de kroniske hoveddiagnosene som her er analysert, se tabellen.

6 Tjenester som kanskje ikke skal prioriteres.

To eksempler

Innledning

I kapittel 1 og 2 skriver vi at å prioritere innebærer å måtte si nei til noe. Gjennom to eksempler ønsker vi å illustrere de vanskelige valgene vi står overfor hvis vi skal si nei til konkrete tiltak som har en nytteverdi, men hvor det likevel kan tenkes at vi ville vinne mer om vi brukte ressursene til andre tiltak. Vi har valgt to eksempler av ulik karakter. Behandling i livets slutfase dreier seg om behandling av enkeltpasienter når det er lite å vinne i levetid. Kreftscreening er et program på befolkningsnivå der målet er å oppdage kreft på et tidlig tidspunkt slik at overlevelsen kan bli større. Eksempelene viser ulike typer av argumenter og overveielser som må gjøres når vi skal prioritere.

Vi understreker at eksempelene er med som illustrasjon og til refleksjon, og at de ikke er vår endelige tilrådning på disse spørsmålene.

Prioriteringsutfordringer ved livsforlengende behandling i livets slutfase

Innledning. Ethiske dilemma

I dag dør mange alvorlig syke mennesker etter at det er besluttet at behandling ikke skal settes i gang, eller at behandlingen avsluttes fordi den ikke lenger har ønsket effekt. Slike beslutninger er emosjonelt, faglig og etisk svært krevende, både for beslutningstakere,

pasienter og pårørende. Å bringe ressurs-hensyn inn i slike saker, kan lett sees på som moralsk forkastelig. Ressurshensyn er sjelden åpent tema i faglige drøftinger rundt kostbar livsforlengende behandling (1). Både helsepersonell og befolkningen ellers opplever sterk plikt til å behandle dersom følgen av å ikke gjøre det, er at pasienten dør. Denne plikten overordnes ofte ansvaret for riktig bruk av fellesskapets ressurser.

Spørsmålet er om dette alltid er etisk riktig, og hvis ikke, hvor går grensen for når ressurs-hensyn må veie tyngre enn plikten til å forlenge livet? Kan det for eksempel forsvares å bruke kostbar livsforlengende behandling på en pasient med omfattende hodeskader i behov av døgkontinuerlig livslang pleie, dersom dette går på bekostning av psykiatrisk behandling og støtte til flere barn med store problemer, problemer som også har alvorlige konsekvenser for familien og nettverket rundt barnet? Barnas problemer er ikke livstruende. Må de derfor vike til fordel for den som vil dø dersom behandlingen opphører? Får vi et kynisk samfunn om vi vektlegger nytten ved behandling av slike problemer mer enn livreddende behandling? Tidligere overlevde kanskje ikke slike hodeskader, og tallet på behandlingstrengende barn med psykiske problemer var mindre. Dermed var mangelen på ressurser heller ikke så synlig. I dag er dette et høyst reelt spørsmål og må drøftes åpent i et demokrati.

Hvilke etiske prinsipper skal styre?

Et gammelt og viktig prinsipp i medisinen er plikten til ikke å skade. I dag glemmes ofte dette prinsippet fordi plikten til å handle overstyrer. Mye livsforlengende behandling er imidlertid ikke bare kostbar, men har også store bivirkninger og kan trekke ut en plagsom og uverdig dødsprosess. Dersom livsforlengende behandling kan skade, og dersom nytten er marginal, kan behandlingen karakteriseres som uetisk. I tillegg er den uetisk dersom behandlingen krever store ressurser som kunne vært brukt til andre pasienter eller på andre viktige samfunnsområder (2). Også i spørsmål rundt livsforlengende behandling må helsevesenet vekte plikten til å hjelpe den enkelte pasient mot risikoen for å skade. I tillegg må det være et rimelig forhold mellom kostnader og nytte. Dette er ofte en krevende balansegang.

Et annet viktig etisk prinsipp er respekt for pasientens autonomi. I en norsk sammenheng betyr det at pasienten kan takke nei til behandling eller velge mellom likeverdige behandlingsformer. Mange mennesker er engstelige for at de skal bli holdt i live når de ikke lenger kan kommunisere sine ønsker. De oppretter derfor et «livstestamente» eller ber noen de har tillit til om å opptre som deres stedfortreder dersom de skulle komme i en situasjon der de ikke lenger kan uttrykke et ønske.

Norske pasienter kan ikke kreve behandling dekket av fellesskapet dersom behandlingen ikke er faglig forsvarlig. Norsk lovgivning pålegger helsepersonell å yte helsehjelp som både er faglig forsvarlig og omsorgsfull. Likevel vet vi at langvarig og omfattende behandling gis til pasienter der det er grunn til å spørre om behandlingen er i strid med prinsippet om forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp. I det følgende gis eksempel på slike områder.

Livsforlengende behandling.

Noen illustrasjoner

Intensivbehandling gis til tidligere friske mennesker som har vært utsatt for akutt sykdom eller ulykker, eller har fått komplikasjoner av medisinsk behandling. Intensivbehandling redder mange tilbake til et godt liv, og det er ikke alltid mulig å forutsi prognose tidlig i forløpet. Derfor er det riktig å starte intensivbehandling dersom det ikke er usannsynlig at behandlingen kan komme pasienten til gode. Pårørende må imidlertid få informasjon om at behandlingen avbrytes dersom det viser seg at en ikke kommer til målet med behandling. Mye tyder på at krav fra pasientens pårørende, faglig prestisje, manglende kommunikasjon og manglende drøfting av etiske hensyn kan føre til medisinsk nytteløs, uverdig og svært ressurskrevende intensivbehandling. Dette kan gå på bekostning av mindre ressurskrevende, men viktig behandling som god pleie og god omsorg for pårørende (1).

Et annet område der livsforlengende behandling kan ha marginal nytte, er *behandling i sluttstadiet av kroniske lidelser*. Mulighetene som ligger i avansert livsforlengende teknologi som hjemmerespiratorbehandling hos pasienter med dødelige neurologiske lidelser eller dialyse av kronisk nyresvikt er fantastiske. Behandlingen er kostbar og invasiv og går ofte over flere år. Ofte er det vanskelig å vite når det er riktig å stoppe slik behandling, og ofte er ikke dette drøftet med pasienten. Da kan i noen tilfeller kostbar behandling fortsette etter at det ikke lenger blir opplevd som nyttig eller meningsfullt av pasienten selv (3). Å avsette tid til samtaler med pasienten og gjøre leger i stand til å snakke om slike viktige spørsmål, er en viktig del av god behandlingskvalitet, og det er et ledelsesansvar å sørge for at dette vektlegges i helsetjenesten.

Pasienter med omfattende hodeskader med varig stort pleiebehov, er en stor utfordring for kommunehelsetjenesten. I noen tilfeller kan en stille spørsmål om pasienten selv ville ha ønsket en slik behandling og om behandlingen kanskje påfører pasienten plager. I noen tilfeller fortsetter behandling av hensyn til familien, ikke av hensyn til pasienten selv. I slike tilfeller må en også kunne stille kritiske spørsmål ved ressursbruken, især dersom kommunen mangler ressurser til hjelp til andre sårbare grupper.

Et annet nært beslektet område der livsforlengende behandling kan være etisk og ressursmessig problematisk, er *kreftbehandling*. I noen tilfeller gis kostbar cellegift og stråling med liten nytte og med store bivirkninger for pasienter som er i livets slutfase. Ikke sjelden gis slik behandling fordi en da unngår å sette ord på at livet ikke kan forlenges med aktiv behandling. Kontinuitet i lege- pasientforholdet og tid til de gode samtaleene er nødvendig for å bygge relasjon og tillit. God symptomlindrende behandling og god terminal omsorg er i slike tilfeller langt bedre enn dyr og plagsom invasiv behandling.

Et siste område der behandling gis med marginal nytte for pasienten, er *eldre syke, ikke samtykkekompetente pasienter som gis livsforlengende behandling i pleieinstitusjoner eller innlegges på sykehus*, i noen tilfeller mot deres eget ønske. I slike tilfeller er behandlingen uetisk i seg selv, men den er også vanskelig å forsvare ut fra et ressursperspektiv. Manglende informasjon til, og samtaler med, pårørende kan føre til unødvendige innleggelse i sykehus eller aktiv behandling som ikke alltid er til pasientens beste (4).

Hvordan møte disse utfordringene bedre?

Mye tyder på at beslutningsprosesser rundt valg av livsforlengende behandling kan forbedres mye i norsk helsetjeneste. Slike

beslutninger må bygge på pasientens ønsker og verdier, og behandlingen må være forsvarelig og omsorgsfull. Det må skapes fora der helsepersonell kan drøfte etisk vanskelige spørsmål rundt livsforlengende behandling og der også konflikter med pasienter og pårørende kan løstes fram. I de fleste tilfeller vil slike drøftinger ikke bare sikre et best mulig etisk grunnlag for beslutninger, men også være ressurs sparende (5). Kliniske etikk-komiteer er eksempel på slike fora (<http://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/spesialisthelsetjenesten/index.html>). Den nasjonale veilederen for beslutningsprosesser for begrensnings av livsforlengende behandling til alvorlig syke og døende kan også være et nyttig hjelpemiddel i tilfeller der det er tvil og uenighet om hva som er riktig å gjøre.

Screening for kreft

Om kreftscreening generelt

WHO definerte allerede i 1968 et sett med kriterier som må være oppfylt for at et screening program bør innføres. Hovedgrunnen til å innføre et kreftscreeningprogram er å redusere den sykdomsspesifikke dødeligheten blant de inviterte.

Å delta i et screeningprogram er frivillig. Det kan medføre fordeler eller ulemper for den enkelte. I alle screening program må mange friske undersøkes for å finne alvorlig sykdom hos noen få, og redde liv i noen av disse tilfellene. Kunnskapssenteret har estimert (6) at en i screening for kolorektalkreft må invitere 944 (FOBT test) mennesker jevnlig i 10 år for å forhindre ett dødsfall av kolorektalkreft. For mammografi er estimert 429. Det er derfor viktig med god og balansert informasjon til de som inviteres, slik at de kan foreta et informert valg.

Screeningtester er generelt ikke diagnos-

tiske, de skiller ut tilfeller som må undersøkes grundigere for å bekrefte eller avkrefte en diagnose. Dette resulterer i såkalte «falske positive» screeningtester. Ved mammografi-screening kan etterundersøkelser medføre ekstra bilder, ultralyd undersøkelser eller en vevsprøve. For mange vil det være en psykososial belastning å bli innkalt til ekstra undersøkelser. I Mammografiprogrammet viser tallene at per 1000 som undersøkes, vil 30-40 bli fulgt opp og 5-6 få en brystkreftdiagnose.

På den annen side finnes det ingen screeningtester som fanger opp alle tilfellene, og dermed vil det også forekomme «falske negative» screeningtester. Det kan tenkes at folk etter en negativ screeningtest vil utsette å oppsøke lege, selv om de utvikler symptomer på sykdom. Kreft som blir diagnostisert mellom to planlagte screeningundersøkelser, kalles «intervallkreft».

Er det riktig å screene?

Forebyggende medisin som vaksiner og screening, oppsøker friske mennesker for å tilby dem en helsetjeneste som bidrar til å hindre sykdomsutvikling eller oppdage sykdom tidlig (slik at behandlingen kan være mer effektiv). Det kan argumenteres for at en må stille ekstra strenge krav til slike intervensjoner. Det er et etisk dilemma ved screening at noen få får fordeler, mens langt flere kan påføres ulemper. Det må derfor avveies nøye om fordelene oppveier ulempene.

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten har behandlet to saker om kreftscreening. Prioriteringskriteriene som er definert i prioriteringsforskriften, skal ligge til grunn for vedtak i rådet. I 2007 sa rådet nei til å utvide aldersgrensene for det offentlige tilbudet om mammografi til å omfatte 40-49 år. I 2011 sa rådet ja til å opprette et forsøk med screening for kolorektalkreft, men understreket behovet for

balansert informasjon til de som inviteres.

Screening og overdiagnostikk

Hensikten med kreftscreening er å oppdage sykdom tidlig (uten spredning) slik at behandlingen kan være kurativ. Kreft er en heterogen sykdomsgruppe, og også innenfor en diagnose som «brystkreft» vil det være svært ulike forløp. Noen svulster vokser så langsomt at de ikke vil gi symptomer, mens andre svulster gir svært tidlig metastaserende sykdom. Dessverre har en i dag få metoder for å klassifisere og avpasse behandling. I den senere tid er det publisert forskning som indikerer at invasiv brystkreft kan gå i regress, men dette er fortsatt uklart (7).

Et tilleggsproblem er at de fleste screeningtester i tillegg til invasiv kreft oppdager forstadier til kreft. Dette har to sider: En kan argumentere for at det å fjerne forstadier kan redusere senere forekomst av kreft. Dette gjelder for eksempel ved livmorhalsscreening og i noen grad ved kolorektalscreening. På den annen side ville bare en liten andel av disse forstadiene utvikle seg til invasiv kreft, og mange vil dermed bli påført unødvendig engstelse og behandling som i seg selv er forbundet med risiko.

Mammografiscreening oppdager mange forstadier av en type som kalles DCIS. DCIS utgjør omtrent 20 prosent av svulstene som diagnostiseres i et screeningprogram. Hvordan disse skal behandles er et omdiskutert tema. Et estimat av Gøtzsche anslår at for 2000 kvinner screenet i ti år vil 1 ha forlenget livet, mens 10 vil ha blitt unødvendig behandlet (8).

Brystkreft i Norge

Brystkreft (cancer mammae) er ondartede forandringer som oppstår i brystkjertelvevet. Brystkreft er den hyppigste kreftformen hos kvinner. Gjennom et livsløp vil omtrent hver 10.–11. kvinne utvikle sykdommen. På den annen side vil ca 90 prosent ikke utvikle brystkreft. I 2009 fikk ca 2700 kvinner i Norge en brystkreftdiagnose. For første gang siden Kreftregisteret

startet registreringene av brystkreft, så en i 2006 starten på en nedgang i forekomsten. Femårsperioden 2005-09 viser en nedgang på 4 prosent i ratene sammenlignet med forrige femårsperiode.

Brystkreft er en kreftform med relativt god prognose i Norge. Overlevelsesraten har vært økende, og 88 prosent av kvinnene som rammes lever nå lenger enn fem år med denne sykdommen.

I 2009 var det 21 500 kvinner som døde i Norge, og 4929 døde av kreft (22,9 prosent). 630 kvinner døde av brystkreft, dvs at 12,8 prosent av kreftdøds fallene og 2,9 prosent av dødsfallene totalt skyldes brystkreft.

Mammografiscreening

EU har siden 2003 anbefalt nasjonale screeningprogram mot livmorhals-, bryst-, og kolorektalkreft. Norge har hatt landsdekkende offentlig livmorhalsscreening siden 1995 (26-69 år) og mammografiscreening siden 2005 (50-69 år). Også amerikanske helsemyndigheter anbefaler mammografiscreening til kvinner mellom 50 og 69 år.

Medisinske oppslagsverk som Best Practice (9) og Up to Date (10) sier klart at tidlig oppdagelse er effektivt for å redusere dødelighet av brystkreft. Evidensen er best for kvinner mellom 50 og 69 år. Samtidig oppgis det at screening fører til overdiagnostikk og overbehandling, og at inviterte kvinner må informeres om fordeler og ulemper ved å delta. Cochrane-oppsummeringer om mammografiscreening er mer kritiske (8). De konkluderer med at screening sannsynligvis reduserer dødelighet av brystkreft noe, men er forbundet med overdiagnostikk og overbehandling.

På bakgrunn av resultatene fra randomiserte kliniske studier er tilbud om mammografiscreening etablert i offentlig helsetjeneste i mange land. Det er metodologisk vanskelig å evaluere effekten av slik screening. En studie basert på sammenlikning av rutinestatistikk

mellom land som introduserte mammografi på ulike tidspunkt fant ingen effekt. På den annen side er det publisert studier fra for eksempel Finland (11) og Sverige (12) som finner effekt av mammografiscreeningen i den offentlig helsetjenesten.

Mammografiscreening i Norge

Mammografiprogrammet i Norge organiseres av Kreftregisteret og den kliniske virksomheten foregår i RHF'ene. Kvinner i alderen 50-69 år inviteres annet hvert år til mammografiundersøkelse, hvor det tas to bilder av hvert bryst. Oppmøtet er på ca 76 prosent. Programmet ble landsdekkende i 2005.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Forskningsrådet i oppgave å koordinere en forskningsbasert evaluering av Mammografi-programmet. Evalueringens formål er å undersøke om målsetningene ved Mammografi-programmet nås. Det er satt som et hovedmål for Mammografi-programmet at det skal oppnå en 30 prosent reduksjon av dødelighet av brystkreft for kvinner som inviteres til screening. Evalueringen er delt i tre hovedområder:

- Evaluering av effekter av Mammografi-programmet; på dødelighet av brystkreft, endring i stadieinndeling og endring i forekomst av alvorlig kreft
- Evaluering av organiseringen, tilgjengeligheten, kvaliteten og fagutviklingen knyttet til Mammografi-programmet
- Økonomisk evaluering: analyse av samlet ressursbruk og nytte/effekt av Mammografi-programmet

Det er meget viktig at evalueringen blir gjennomført slik at en kan vurdere hvorvidt den offentlige helsetjenesten i Norge fortsatt skal tilby mammografiscreening til kvinner i alderen 50-69 år.

7 Prioritering i et ulikhetsperspektiv

Prioritering og sosioøkonomisk ulikhet

Helsepolitiske prioriteringer i Norge har tradisjonelt vært knyttet til å sikre målet om likeverdig tilgang til helsetjenester uavhengig av diagnose, geografi, sosioøkonomisk status, kjønn og alder – i en situasjon der etterspørselen er større enn tilbudet. De nasjonale prioriteringsprinsippene (alvorlighet, forventet nytte av behandlingen og effekt av behandlingen i forhold til kostnader) er redskaper som bl.a. skal sikre at ikke sosioøkonomisk status eller geografi ligger til grunn for forskjellsbehandling i helsetjenesten. Prioriteringsprinsippene sier direkte noe om hvilke typer kriterier det er legitimt å legge til grunn for forskjellsbehandling (for eksempel alvorlighet) og indirekte noe om hvilke typer kriterier det er illegitimt å legge til grunn for forskjellsbehandling (for eksempel bosted og økonomi).

Likevel oppstår geografiske og sosioøkonomiske ulikheter i tilbud, behandling og resultat av behandling i det norske helse-systemet. Det er godt etablert at det er store sosioøkonomiske ulikheter i helse i befolk-

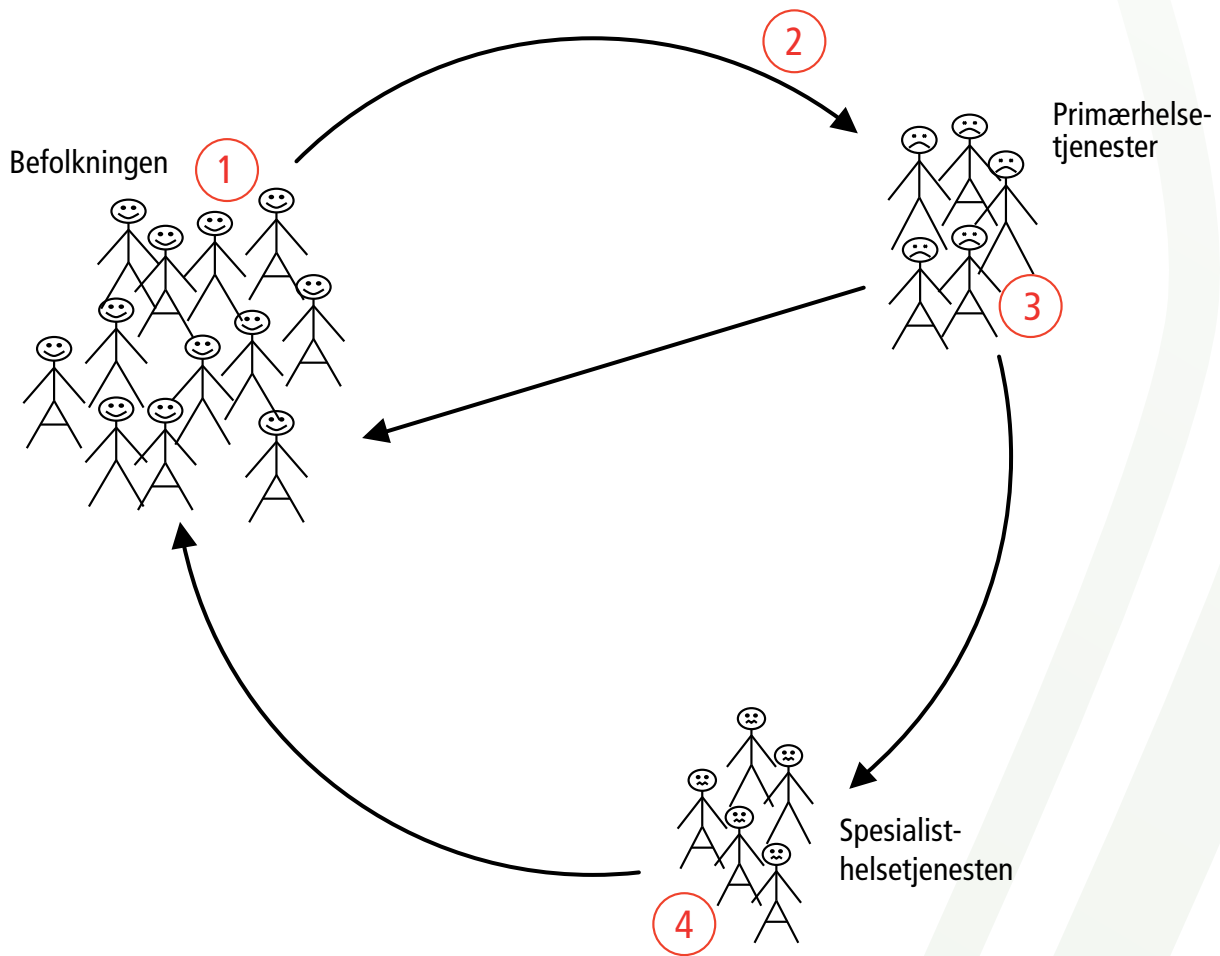
ningen (1; 2). Enkelte studier tyder på at tilgangen til primærhelsetjenester i hovedsak er styrt av behov, men at tilgangen til spesialisthelsetjenester er sosioøkonomisk skjev i favør av grupper med lang utdanning og høy inntekt (3;4). Andre studier tyder på at både primær- og spesialisthelsetjenester er sosioøkonomisk forfordelt grupper med lang utdanning og høy inntekt (5; 6). Én studie tyder på at også utfallet av behandling (kreftoverlevelse) er bedre for grupper med lang utdanning og høy inntekt – selv etter korreksjon for bl.a. stadium på diagnosetidspunkt (7).

Disse studiene tyder på at det norske helse-systemet ikke utjevner sosioøkonomiske helseulikheter. Til tross for at Norge har et helsevesen med universell tilgang, med liten eller ingen pasientbetaling og med tilbud over hele landet, er helse ulikt fordelt mellom sosiale grupper. Dette svært egalitære helsesystemet er altså ikke tilstrekkelig til å utjamne forskjeller. Vi vet for lite om hvordan disse skjevhetene oppstår, men i det følgende drøftes en del mulige «vridningsmekanismer», med særskilt tanke på hvordan de forholder seg til prioriteringer i helsesystemet.

Mulige vridningsmekanismer

Hvis vi tenker oss pasientflyten gjennom helsesystemet som en sirkel, kan skjevheter oppstå i ulike deler av sirkelen:

Figur 7.1 Pasientflyt i helsesystemet



1. Det er i utgangspunktet sosioøkonomiske helseforskjeller i befolkningen som ikke skyldes egenskaper ved helsesystemet eller helsepolitiske prioriteringer. Disse forskjellene må reduseres gjennom folkehelsepolitikken og innsats rettet mot bakeliggende forhold som oppvekstvilkår, utdanning, arbeidsliv osv.
2. Enkelte studier (nevnt tidligere) tyder på at det er sosioøkonomiske skjevheter i tilgang til primærhelsetjenester, i første rekke fastlegen. Hvis det finnes slike skjevheter, kan de skyldes ulike juridiske, økonomiske, organisatoriske og pedagogiske mekanismer.
3. Flere av studiene som er nevnt tidligere tyder på at det oppstår sosioøkonomiske skjevheter et sted på veien fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten, siden grupper med lang utdanning og høy inntekt er overrepresentert i spesialisthelsetjenesten. Slik «forskjellsbehandling» kan være knyttet både til behandling, oppfølging og henvisning videre til spesialist. Igjen kan det tenkes at ulike mekanismer forårsaker skjevhetene. Kanskje er pasienter med lengre utdanning bedre til å kommunisere med legene – de snakker så å si samme språk. Dessuten kjenner disse pasientene kanskje rettighetene sine bedre, og har ressursmessig bedre utrustet til å hevde dem.
4. Tilfanget av pasienter til spesialistbehandling, både på sykehus og i privat praksis, er i altså i utgangspunktet sosioøkonomisk skjevt i de bedrestiltes favør. Det kan også tenkes at den behandlingen pasientene får i spesialisthelsetjenesten bidrar til å øke disse skjevhetene, noe for eksempel Kravdals undersøkelse (7) kan tyde på. Også her kan ulike mekanismer bidra til skjevheter. Blant annet kan rettigheter og valgfrihet som er innført de senere årene tenkes å favorisere ressurssterke pasientgrupper.

Diskusjon og konklusjoner

Sammenfattet kan altså både økonomiske, juridiske, organisatoriske og pedagogiske mekanismer bidra til at sosioøkonomiske ulikheter i helse øker, på tross av en uttalt målsetning om likeverdig tilbud og behandling. Vi har indikasjoner på at systemet faktisk kan vedlikeholde eller bidra til sosiale forskjeller, men vi vet svært lite om hvordan. En bedre faktisk oversikt gjennom kartlegging og forskning vil derfor være det første nødvendige skrittet på veien mot en enda mer likeverdig helsetjeneste. Bedre konsekvensutredninger som også tar mer eksplisitt hensyn til fordelingseffekter av framtidige, planlagte helsereformer, vil være et skritt i samme retning.

Det er ingenting som tyder på at forskjellene øker som en følge av bevisste prioriteringer. Siden de eksplisitte prioriteringskriteriene for den norske helsetjenesten er «blinde for» sosioøkonomiske forskjeller, skulle vi tvert imot forvente at prioriteringskriteriene, dersom de anvendes riktig, ville bidra til minkende sosioøkonomiske helseforskjeller. Ett mulig unntak gjelder den mekanismen som er nevnt under punkt 4: Det kan tenkes at prioriteringskriteriene favoriserer lidelser som er vanligere blant sosioøkonomisk bedrestilte grupper i befolkningen.

Siden helsetjenesten slik den fungerer i dag antakelig ikke bidrar til å redusere de sosioøkonomiske helseulikhetene, har det vært foreslått aktivt å prioritere pasienter med minst ressurser, og altså behandle like tilfeller ulikt i de ressursvakes favør (8; 9). Dersom en slik forskjellsbehandling skulle nedfelles i prioriteringskriteriene, ville det imidlertid være et brudd på et sentralt prinsipp om likebehandling i norsk helsetjeneste. Eventuelle sosioøkonomiske skjevheter bør derfor søkes opprettet på annet vis, for eksempel ved egne lavterskeltilbud til spesielt utsatte grupper som et supplement til det ordinære helse-

tilbudet. Det vises til drøfting av innvandrers helse i kapittel 17.

Det er viktig å understreke at denne gjennomgangen av forskning som viser at det er sosial ulikhet i helse, ikke er en generell kritikk av måten den norske helsetjenesten møter befolkningen på. Det er sammensatte

og til dels ukjente mekanismer som påvirker interaksjonen mellom behandlingssystemet og de ulike sosioøkonomiske lagene i befolkningen. Vi kjenner ingen helsesystemer eller organisasjonsmodeller som har bedre fordelingsvirkning enn det norske.



8 Folkehelse

Innledning

Fjorårets utviklingstrekkrapport fra Helse- direktoratet var i sin helhet viet folkehelse- arbeidet. Folkehelse ble der definert som «befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i befolkningen». Folkehelsearbeidet ble definert som «samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse» (1). Helsebegrepet omfatter både fysisk og psykisk helse.

I årets utviklingstrekkrapport om priori- tering er forebygging og folkehelse også et utvalgt område. En viktig begrunnelse for dette er at forebygging er et gjennom- gangstema for de fleste sykdomsområder og at helsefremmende tiltak kan være en bety- delig bidragsyter for å nå den sentrale helse- politiske målsettingen om flere leveår med god helse. Som et bakteppe og innledning til kapittelet har vi sakset siste del av hovedbud- skapet fra fjorårets utviklingstrekkrapport:

Vi må handle i dag for å sikre framtidens helse og velferd

Et dilemma for folkehelsearbeidet er at omkostningene ved tiltak kommer i dag, mens gevinstene kommer i fremtiden. Ofte vil det være slik at utgifter for én sektor eller ett forvaltningsnivå kan føre til be- sparelser for en annen sektor eller forvaltningsnivå. Samfunnsøkonomiske analyser kan være et redskap for å synliggjøre gevinstene ved å forhindre problemer i å oppstå i dag, fremfor å behandle dem i fremtiden.

2010 markerer et viktig skille, demografisk sett. I år kommer knekken i kurven hvor antall personer over 65 år vil øke. Dagens 65-åring ble født det året da 2. verdens- krig sluttet. Året etter, i 1946, ble det født

flere barn enn noensinne i Norge.

Etterkrigsgenerasjonene har opplevd en enorm utvikling i levestandard. Helse- tjenesten i Norge har blitt kraftig utbygd i denne perioden. Norge har i dag en av verdens beste helsetjenester og en leve- standard som ligger i verdenstoppen. De demografiske endringene vi står foran er et resultat av at vi har lyktes i å skape et samfunn med gode levekår og gode helse- tjenester. Samtidig ser vi at ulikheter i makt, penger og ressurser skaper helseforskjeller. Dette vil prege folkehelsearbeidet i årene fremover.

Det er helt avgjørende både for den enkeltes liv og helse, og for samfunnets mulighet til å opprettholde en bærekraftig velferdsstat, at disse utfordringene møtes med kunnskapsbaserte og målrettede tiltak. Vi må handle nå for å sikre frem- tidens helse og velferd.

Ett av de sentrale premissene i St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid, er at vi må forebygge mer for å løse framtidens utfordringer i helse- og omsorgssektoren. Satsingen på folkehelse bygger i noen grad på en antakelse om at det er billigere å forebygge enn å reparere. Hvorvidt dette stemmer i praksis er et empirisk spørsmål som kan vurderes i lys av prioriteringskriteriene: Hvor alvorlig er problemet? Hvilken nytte vil tiltakene ha? Og hvor kostnadseffektive er tiltakene? Hvis problemet ikke er alvorlig, kan det være riktigere å forebygge enn å behandle. Hvis problemet ikke er alvorlig, kan det være riktigere verken å forebygge eller å behandle. Da er det bedre å bruke ressursene på noe annet. Hvis problemet er alvorlig, men forebyggingstiltakene ikke er kostnads- effektive, kan det være riktigere å behandle enn å forebygge.

De samfunnsmessige kostnadene knyttet til ikke-smittsomme sykdommer som er mulige å forebygge, er store. De omfatter utgifter til behandling og rehabilitering i helsesektoren, men også kostnader knyttet til sykefravær, produktivitetstap, velferdstap og trygdeutgifter. Alkohol- og narkotikabruk medfører dessuten velferdstap for tredjepart, ulykker, kriminalitet og vold. I Norge er de samfunnsmessige kostnadene av alkohol anslått til 18 mrd kroner årlig (2) og av røyking til hele 80 mrd kroner per år dersom velferdstapet også gis en økonomisk verdi (3). I Sverige er de samfunnsmessige kostnadene ved røyking anslått til 26 mrd kr årlig (4), og kostnadene ved overvekt og fedme til rundt 13,5 mrd. kroner i året. Den potensielle gevinsten ved forebyggjings tiltak er derfor betydelig.

Virkemidler i folkehelsearbeidet – støtte til helsefremmende adferd

Virkemidlene i folkehelsearbeidet kan deles inn i to hovedkategorier, pedagogiske og strukturelle. Mens pedagogiske virkemidler i hovedsak tar sikte på å sette folk i stand til å håndtere risikofaktorer, er hensikten med de strukturelle virkemidlene å redusere forekomsten av risikofaktorer og gjøre sunne valg enklere. Strukturelle virkemidler er i sin karakter befolkningsrettede og ligger ofte utenfor helsetjenestens ansvarsområde. Pedagogiske virkemidler kan både være befolkningsrettede og individrettede og ligger oftere innenfor helsetjenestens ansvarsområde.

Pedagogiske virkemidler omfatter et bredt register av tiltak. De mest typiske eksemplene er kanskje massemediekampanjer og informasjonsprogrammer i skolen, men alle typer informasjonsvirksomhet kan beskrives som pedagogiske virkemidler, enten det dreier seg om informasjon om skader, befolkningsråd, merkeordninger eller individuell rådgivning i

møte med helsetjenesten.

Strukturelle virkemidler omfatter for eksempel avgifter og aldersgrenser som gjør helseskadelige produkter mindre tilgjengelige, eller tiltak som bygger ned barrierer for sunne valg, for eksempel ved å redusere priser på sunne matvarer, bygge sykkelveger eller sikre grøntarealer og lekeplasser for barn.

I mange tilfeller er det ikke snakk om et «enten - eller». Ofte vil pedagogiske og strukturelle virkemidler utfylle hverandre i sammensatte strategier, slik vi blant annet ser på tobakksfeltet (5). Informasjon er viktig for å forklare rasjonale bak strukturelle virkemidler og for å sikre legitimiteten til tiltak som på ulike måter griper inn i folks handlingsrom. På mange områder har myndighetene dessuten en informasjonsplikt overfor innbyggerne og et ansvar for å gi kunnskapsbasert og kvalitetssikret informasjon på felter der mange aktører og interessenter har synspunkter, slik som på kostholdsområdet.

Samhandlingsreformen trekker spesielt fram helsestasjons- og skolehelsetjenestens rolle i det tverrfaglige folkehelsearbeidet. En rekke studier har dessuten vist god effekt av enkle intervensjoner mot risikofylt helseatferd i primærhelsetjenesten. Slike intervensjoner omfatter alt fra enkle spørsmål om røykevaner og fysisk aktivitet til mer strukturerte samtaler om helseatferd. Med etableringen av kommunale frisklivssentraler får helsetjenesten også et oppfølgingstilbud til pasienter som trenger ytterligere støtte til atferdsendring. Slike intervensjoner vil stå sentralt i Samhandlingsreformens mål om å gripe tidligere inn i sykdomsforløpet og forhindre at en alvorlig tilstand utvikler seg. I klinisk praksis kan det imidlertid bli vanskelig å prioritere slike intervensjoner fordi tilstanden ikke ennå er alvorlig, og fordi en ikke vet i det enkelte tilfellet hvordan forløpet vil bli. Det kan dessuten være problematisk å ta opp et tema som pasienten selv ikke opplever som et problem.

Helsetjenesten har også en oppgave i å gi råd til personer som av ulike grunner er i kontakt med tjenesten. Det kan for eksempel dreie seg om hjelp til å mestre lidelser, tiltak for å forebygge videre problemutvikling eller oppfølging av eldre, for eksempel knyttet til ulykkesforebygging, kosthold eller alkoholbruk. Mange av disse tiltakene faller strengt tatt utenfor definisjonen av folkehelseiltak, men de hører likevel til helsetjenestens forebyggende arbeid.

Forebygging i prioriteringssammenheng

Selv om prioriteringskriteriene alvorlighetsgrad, nytte og kostnadseffektivitet primært ble utviklet for spesialisthelsetjenesten, er det også mulig å anvende dem på forebygging i primærhelsetjenesten og folkehelsearbeidet. Lønning 2 (6) trekker nemlig ikke noen prinsipiell grense mellom forebygging og andre oppgaver i helsesektoren.

Forventet alvorlighetsgrad – helseeffekter som vil ramme noen av oss

I stedet for å vente til en risikofaktor har resultert i sykdom med høy alvorlighetsgrad, kan en vurdere forventet alvorlighetsgrad av risikofaktoren dersom en ikke setter i verk tiltak. Dette vil være på samme måte som Lønning 2 vurderer prognosetapet dersom behandling eller andre tiltak ikke iverksettes. Fjorårets utviklingstrekkrapport brukte begrepet «forventet alvorlighetsgrad» (1, s. 66), som baserer seg på kunnskap om ulike risikofaktors betydning for tap av leveår og livskvalitet. Det betyr at folkehelseiltak kan settes inn i en prioriteringssammenheng basert på prioriteringsvilkårene og kan håndteres på samme måte som behandlingstiltak i samfunnsøkonomiske analyser (7). Dette kan være et bidrag til en mer langsiktig og bærekraftig tilnærming til

prioriteringsbeslutninger av helsetiltak.

Risikoen for sykdom og død øker hvis en person har flere uheldige levevaner samtidig. Blant annet viser en studie at personer som røyker, ikke er fysisk aktive, har et høyt alkoholforbruk og spiser lite frukt og grønt har fire ganger høyere risiko for tidlig død enn personer som ikke har noen av disse fire risikofaktorene. Dødsrisikoen blant gruppen med usunn helseatferd tilsvarer en 14 år eldre person med gunstig helseatferd (8).

Tilsvarende viser beregninger at endringer i helseatferd vil gi flere leveår med god helse. Danske helsemyndigheter anslår at en 25 år gammel storryker vil tape over ti gode leveår sammenliknet med en ikke-ryker. Fysisk inaktive taper åtte til ti gode leveår sammenliknet med fysisk aktive. Overvektige kvinner (KMI>30) taper 10 gode leveår sammenliknet med sine normalvektige søstre, og overvektige menn taper 5 år sammenliknet med normalvektige. Menn med høyt alkoholforbruk taper fire til fem gode leveår, og kvinner med høyt alkoholforbruk taper ett til to og et halvt gode leveår (9).

Nytte og kostnadseffektivitet

Nytten og kostnadseffektiviteten av folkehelseiltak er beskrevet i en lang rekke evalueringer. Det er godt dokumentert at lovgivning, pris og tilgjengelighet er kostnadseffektive strategier for å påvirke risikofaktorer som alkoholkonsum og tobakksbruk (10; 11). Individuell rådgivning i helsetjenesten til personer med forhøyet risiko for atferdsrelaterte helseproblemer har også vist seg effektivt og kostnadseffektivt (12). På noen områder har det imidlertid vært vanskelig å påvise tydelig og langvarig nytte av pedagogiske virkemidler. Dette gjelder blant annet på rusområdet, der evalueringer ganske entydig viser at de strukturelle virkemidlene, slik som pris og tilgjengelighet, har størst effekt både på forbruk og skader (11). Helseinformasjon

må dessuten gjentas hyppig, både for å sikre at folk husker informasjonen og fordi stadig nye kohorter kommer til. En mer sammensatt befolkning stiller krav til mer målrettet og tilpasset kommunikasjon. Nye medievaner og forventninger fra publikum stiller ytterligere krav til nytenkning.

Folkehelsearbeidet må nødvendigvis ha et langsiktig perspektiv for at en skal se resultater på befolkningsnivå. Mange av problemene som skal forebygges, vil først manifestere seg om flere tiår, og nytten av tiltakene er ikke alltid umiddelbart synlig. På den annen side har for eksempel store reduksjoner i alkoholforbruk i befolkningen gitt umiddelbare reduksjoner i alkoholskader, ikke bare akutttskader som vold og ulykker, men også i kroniske skader som leversykdom (13). Og at tiltak som for eksempel kan gi økt fysisk aktivitet har både kortsiktige og langsiktige helseeffekter for alle aldersgrupper (14), kan ha en motiverende effekt på individnivå.

Selv om mange sykdommer henger sammen med helseatferd, avviser Lønning 2 at dette skal ha konsekvenser for prioritering i behandling. Disse helseutfordringene må i stedet ses som en oppgave for folkehelsearbeidet. Sykdommene må «møtes gjennom aktiv informasjon og forebyggende tiltak rettet mot hele befolkningen, ikke med moraliserende reaksjoner overfor den enkelte pasient som har behov for hjelp og omsorg» (15, s. 86). Før sykdom har inntrådt og behandling er blitt nødvendig har imidlertid også helsetjenesten en viktig oppgave i å gi råd som kan forebygge sykdom.

Fordelingseffekter og andre prioriteringshensyn

Alvorlighetsvurderinger på befolkningsnivå kan fortone seg annerledes enn på individnivå. Et lite prognosetap for mange kan veie tyngre enn et stort prognosetap for få. Det kan også bety at karakteristika som ikke

tillegges vekt på individnivå, kan tillegges vekt på befolkningsnivå. Enkelte grupper av befolkningen med bestemte kjennetegn, for eksempel kjønn, sosioøkonomisk status eller etnisitet, kan være mer eksponert for en risikofaktor enn andre slik at en kan forvente at helsetilstanden i denne gruppen vil bli mer alvorlig. Det kan derfor være legitimt å prioritere folkehelseiltak rettet mot disse gruppene, selv om slike karakteristika avvises som grunnlag for prioritering av behandling på individnivå.

Studier har påvist at helseatferd henger sammen med sosioøkonomisk status. Desto høyere sosioøkonomisk status, desto mer helsefremmende atferd. Denne systematiske sammenhengen indikerer at helseatferd ikke bare er resultater av individuelle valg, men også formes av samfunnsstrukturer og levekår. For å utjevne forskjeller i helseatferd er det derfor nødvendig å angripe strukturene som skaper forskjellene. En sentral strategi er å bygge ned hindringer for helsefremmende atferd og gjøre det vanskeligere å ta helse-skadelige valg.

Det er en erklært politisk målsetning å løfte alle grupper i befolkningen opp på nivå med de som i dag er best stilt (16). I dette ligger det et implisitt prioriteringskriterium: I valget mellom ulike tiltak skal en foretrekke det som bidrar til å redusere sosiale helseforskjeller. Istedenfor å søke ytterligere forbedring av helse i gruppen som har det best, skal en velge tiltak som bidrar til å løfte mennesker opp på samme nivå som den best stilte gruppen. Mens Lønning 2-utvalget eksplisitt avviser sosioøkonomiske faktorer som kriterier for tildeling av rett til nødvendig helsehjelp, kan ulike målgruppers risiko være et akseptabelt kriterium i målretting av folkehelsearbeidet. En slik målretting kan i så fall begrunnes med de tre primære prioriteringshensynene: At folkehelsetilstanden i gitte grupper er mer alvorlig enn i andre, at

tiltakene vil føre til større helsegevinster og at de er mer målrettede og dermed kan være mer kostnadseffektive. Forebyggingstiltak som retter seg mot hele befolkningen vil likevel være hovedtilnærmingen i Norge.

Prioritering av folkehelsearbeid

Prioriteringskriteriene som skisseres i Lønning 2 retter seg mot «prioriteringer innen helsevesenet, ikke til fordelingen av samfunnets ressurser mellom forskjellige samfunnsoppgaver» (6, s.5). Deler av folkehelsearbeidet foregår i andre sektorer, og satsinger på folkehelse kan derfor ikke uten videre veies mot behandlingsinnsatser. Men kriteriene reiser også spørsmålet om hvordan den delen av folkehelsearbeidet som foregår i helsesektoren skal veies opp mot behandling og omsorg.

Folkehelsearbeidet er populasjonsbasert og relaterer seg til forekomst og fordeling av helse og påvirkningsfaktorer for helse i befolkningen. I klinisk arbeid møter en individer, ikke populasjoner eller representanter for populasjoner. Klinisk prioritering må derfor skje på grunnlag av alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet i det enkelte tilfellet.

Dersom prioritering mellom forebygging og behandling er en beslutning som tas i klinisk praksis, vil behandling måtte prioriteres foran forebygging, siden helsefremmende og forebyggende tiltak settes inn før tilstanden har rukket å bli alvorlig. Grundutvalget prioriterer eksplisitt sykdomsbekjempelse foran forebyggende tiltak, som igjen prioriteres foran helsefremmende arbeid (17). I praktisk klinisk arbeid er det dermed en potensiell konflikt mellom alvorlighetskriteriet og Samhandlingsreformens målsetning om å gripe tidligere inn i sykdomsutviklingen.

Prioriteringen av behandling forsterkes av andre sterke drivere i helsesektoren. Behandling og sykdomsbekjempelse er dels

etterspørselsdrevet og dels drevet av tilbudsiden: Pasienter og pårørende etterspør tjenester og nye tilbud, og ny teknologi og nye medisiner søker nye og større markeder. Forebyggende tjenester er ikke på samme måte etterspørselsdrevet.

Helsetjenesten bør ha en etisk forpliktelse til å forebygge skader og sykdom, ikke bare til å behandle dem. Prioritering mellom folkehelse og behandling må være en overordnet beslutning der folkehelse betraktes som ett av flere helsegoder som tilbys. På dette nivået kan en prioritere mellom helsegodene med utgangspunkt i prioriteringskriteriene. Det innebærer at en ser på konsekvensene (forventet alvorlighet) av en helsetilstand eller påvirkningsfaktor i befolkningen, vurderer nytten av mulige tiltak og beregner kostnadene ved å sette inn forebyggingstiltak. Dette må sammenliknes med å ikke gjøre noe, eller å behandle de forventede konsekvensene på et senere tidspunkt. Det er i første rekke offentlige myndigheter som bestemmer hvor mye av helsegodet folkehelsearbeid som skal tilbys.

Tilsvarende tilnærming kan anvendes om prioritering mellom ulike sykdomsgrupper, risikofaktorer og målgrupper innenfor de rammene som er gitt for folkehelsearbeid. Også her må en anslå forventet alvorlighet av ulike tilstander eller påvirkningsfaktorer og vurdere nytten av tilgjengelige tiltak og kostnadene ved tiltakene. En tilstand eller risikofaktor som antas å føre til betydelig tap av helse i befolkningen vil være mer alvorlig enn en tilstand eller risikofaktor som fører til mindre helsetap. Alvorlighet er ikke nødvendigvis et rent faglig spørsmål; en kan også tenke seg at folkevalgte politikere bestemmer at et bestemt problem skal anses å være alvorlig ut fra andre kriterier enn for eksempel tap av friske leveår eller kostnader i helse-tjenesten.

Samhandlingsreformen etterlyser bedre analyser av ressursbruken i kjeden fra forebygging til behandling og rehabilitering. Slike

analyser vil være nødvendig dersom en ønsker å dreie ressursbruken fra ett ledd i kjeden til et annet. Folkehelsetiltak i helsetjenesten kan begrunnes både med (forventet) alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet. Prioritering av helsesektorens folkehelsearbeid må først og fremst ivaretas gjennom overordnede prioriteringsbeslutninger som fastsetter mengden av forebyggende helsetjenester som skal tilbys med utgangspunkt i prioriteringskriteriene og analyser av ressursbruken i behandlingsskjeden.

Et viktig virkemiddel for å sikre folkehelsearbeidet i helsesektoren er å sørge for tilstrekkelige ressurser til forebyggende helsetjenester, som skolehelsetjeneste og helsestasjoner. Det er også viktig at insentivene i finansieringssystemet støtter opp om forebyggende helsetjenester og deltakelse i tverrsektorielt arbeid dersom prioriteringskriteriene, politiske mål og analyser av behandlingsskjeden tilsier en slik prioritering.

Samhandlingsreformen understreker i tillegg at forebyggingsinnsatsen skal målrettes mot områder og tiltak som kan gi dokumentert effekt og raske resultater i form av færre i sykehusinnleggelser og mindre behandling (18). Denne målrettingen går ikke nærmere inn på alvorlighet eller forventet alvorlighet av tilstandene innsatsen rettes inn mot. Nytt forstår her som raske resultater og mindre behandling.

Det er en underliggende forutsetning at økt ressursbruk på forebygging vil redusere presset på spesialisthelsetjenesten og dermed bidra til å sikre en bærekraftig helsetjeneste også i framtida. Det er imidlertid ikke sikkert at mer forebygging vil gi besparelser i helsesektoren. Godt forebyggende arbeid kan

forebygge eller utsette sykdom, men det er likevel rimelig å anta at pasientene før eller siden vil ha behov for helsetjenester. Det kan også tenkes at pasientene vil ha behov for regelmessig oppfølging og kontroll. Dersom forebyggende arbeid resulterer i flere friske leveår kan det likevel være samfunnsøkonomisk lønnsomt, selv om det isolert sett kan føre til større utgifter i helsesektoren.

Helsesektorens innsats for å identifisere og iverksette tiltak mot høyrisikogrupper spiller en sentral rolle i dette arbeidet. Samhandlingsreformen etterlyser et «opplegg for bedre identifisering og oppfølging av personer med høy risiko for utvikling av sykdommer». Denne oppgaven må i første rekke ivaretas av de kommunale helsetjenestene. Det pekes videre på behovet for «kompetanseoppbygging innen forebyggende helsetjenester» (18) for å sikre at tiltakene som iverksettes er kunnskapsbaserte.

Folkehelsearbeidet retter også oppmerksomheten mot tiltak lenger bak i årsaksskjeden for helse og uhelse. Det er en sentral folkehelseoppgave å skape helsefremmende miljøer, sikre gode levekår og legge til rette for sunne valg. I kraft av sin kompetanse og sin rolle som talsmann for helse i møte med andre sektorer kan helsetjenesten bidra til at helse-hensyn ivaretas i plan- og beslutningsprosesser også i andre sektorer.

Den nye Folkehelseloven og Helse- og omsorgstjenesteloven skal bidra til å konkretisere oppgaver og tydeliggjøre ansvar for folkehelsearbeidet. Kravet til kommuner og fylkeskommuner om at de skal ha oversikt over det lokale utfordringsbildet er sentralt for å forankre folkehelsearbeidet i kommunenes prioriteringer.



9 Teknologi og legemidler

Teknologiutvikling som prioriteringsutfordring

Den teknologiske utviklingen reiser viktige utfordringer og prioriteringsspørsmål for helsesektoren, som for eksempel lik tilgang til nye teknologier i diagnostikk og behandling. Er det slik at teknologiutvikling for diagnostikk og behandling av sjeldne sykdommer prioriteres tilsvarende som for vanlige sykdommer for å sikre en likhet i pasienttilbudet? Og hvordan inkluderes i praksis vurdering av alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet som kriterier for utvikling og prioritering av teknologiske tilbud? Disse spørsmålene er det vanskelig å besvare, ikke minst i lys av at det ikke er etablert et oversiktlig system for introduksjon av ny teknologi i helsevesenet. Dette gir spillerom for drivkrefter på forskjellige nivå i helsetjenestene og påvirker implementering og bruk av ulike teknologier.

For å belyse prioriteringsspørsmål knyttet til bruk og innføring av ny teknologi diskuterer vi konkrete eksempler på utfordringsområder fra diagnostikk og terapi, helsevesenets utfordring med å tilrettelegge for teknologisk utvikling, vedlikehold av det medisinske utstyret i helsetjenestene og etablering av introduksjonssystem for ny teknologi.

Teknologiske gjennombrudd er en sterk drivkraft i den medisinske utviklingen. Slike gjennombrudd kan komme raskt og uventet og kan i vesentlig grad endre forutsetninger for diagnostikk- og behandlingsmuligheter og har innvirkning på prioriteringsbeslutninger på ulike nivåer i helsetjenesten.

Prioriteringsutfordringer knyttet til hjerte-karsykdommer

Hjerte-karsykdom i eldrebefolkningen

Fra midten av 1980-tallet har det vært et fall i sykkelighet og dødelighet innenfor hjerte-karsykdommer (1). Sykdommene forekommer i alle aldersgrupper, men særlig blant eldre og blant begge kjønn. Arv, forstyrrelser i lipidstoffskiftet, diabetes og røyking er viktige risikofaktorer for tidlig sykdomsutvikling. Endret alderssammensetning i befolkningen kan likevel øke den absolutte forekomsten. Kardiologi er og vil være et særlig omsorgsområde for eldre mennesker. «Geriatrisk kardiologi» er imidlertid et lite utforsket område og det kan være behov for økt oppmerksomhet og forskning.

Økningen i hjertesvikt og de teknologiske utfordringene

Dagens hjertesviktbehandling baseres på behandling av årsaker (eks. kransåresykdom og klaffelidelser) og komplikasjoner i form av symptomer som dyspne og arytmier. Behandlingsprinsippene er legemidler, livstilsintervensjon og teknologiske hjelpemidler som pacemakere, CRT (resynkroniseringsbehandling) og ICD (hjertestarter) i tillegg til tilrettelegging for et liv med hjertesvikt. Bruk av pumper (assist-devicer) blir mer og mer vanlig internasjonalt, men er i Norge foreløpig begrenset til bruk som bro til transplantasjon. Det er sannsynligvis et underforbruk av ICD og CRT i Norge sammenliknet med andre land

det er naturlig å sammenlikne oss med. Det er ventet en betydelig økning i behandling med hjertestarter og biventrikulær pacemaker, og det samme gjelder mekaniske pumper.

I mange europeiske land er mekaniske pumper vanligere som mål for behandlingen enn transplantasjon pga manglende tilgang på organer. I Norge har en transplantert gjennomgående 35-50 pasienter årlig de siste 10 årene, og uten økende trend. Derfor kan en forvente at behovet for mekaniske pumper som mål for behandling må drøftes også i Norge i tiden framover.

Arytmier - utfordringer for ablasjonsbehandling, genetikk og molekylærbiologi

Elektrofysiologi og ablasjoner er eksempler der det inntil nylig ikke var prioritert å bruke ressurser. Norge ligger etter utviklingen i Europa og USA når det gjelder ablasjonsbehandling for atrieflimmer og andre forkammerarytmier. Når det gjelder å behandle mer alvorlige hjerte-kammerarytmier, er en kun i en startfase på dette feltet. Denne behandlingsformen forventes å utvikle seg videre de kommende årene, og behovet vil være økende blant hjertesviktpasienter og pasienter med medfødte hjertesykdommer.

Det er også viktige utfordringer innenfor genetikk og molekylærbiologi. En økende andel pasienter med alvorlige hjerterytmeforstyrrelser diagnostiseres med genetisk betinget hjertemuskelsykdom. Dette gjelder særlig yngre mennesker, og mange av dem vil ha en progredierende utvikling av hjertesvikt. Det ventes en økende forståelse av genenes betydning for hjertesviktutvikling og at det kommer nye metoder til genetisk og molekylærbiologisk diagnostikk og behandling i framtida. Det er viktig, uavhengig av antatte utviklingsmønstre og trender, hele tiden å følge med i og ha innsikt i den pågående utviklingen og i forskningsprosesser på fagfeltet så vel internasjonalt som nasjonalt.

Utvikling og utfordringer innenfor intervensjonskardiologien

Akutt utblokking (perkutan koronar intervensjon) av blodårene i og omkring hjertet, kombinert med legemidler, benyttes som metode i moderne behandling av hjerteinfarkt. Fra slutten av 1990-tallet er utblokking blitt etablert som en sentral prosedyre ved universitetssykehusene i Norge. Gjennom de siste 10-årene har denne teknikken gjennomløpt en rivende utvikling. Samtidig har det vært reduksjon i behovet for kransårekirurgi. I 2010 ble det utført ca 3000 kransåreoperasjoner og 12000 utblokkinger i Norge. De to metodene ventes framover å leve side om side, men balansepunktet er usikkert.

Hjerteklaffer kan nå settes inn med andre teknikker enn ved åpen hjerteoperasjon, vanligst gjennom en blodåre. Dette er i dag en behandling under utprøving og er særlig et tilbud til pasienter med forhøyet operasjonsrisiko og pasienter med medfødte hjertesykdommer. Det er usikkert hvilken plass metoden vil ha i framtida, men en antar at den vil få en betydelig rolle. Mini-invasive teknikker for å behandle de fleste klaffesykdommer er under utvikling.

Medfødte hjertesykdommer blir i dag behandlet dels kirurgisk, dels ved intervensjoner. De to tilnærmningsmåtene er komplementære og vil begge være nødvendige for å kunne behandle denne pasientgruppen også i framtida.

Gravide med hjertesykdommer utgjør en særlig utfordring. Dette gjelder gravide med medfødte så vel som erhvervede hjertesykdommer. Kunnskapen på dette området er mangelfull og dette er et eget fagområde som i dag bygges opp internasjonalt. I Norge har OUS/ Rikshospitalet bygget opp et tverrfaglig samarbeid. Behandlingsmulighetene baseres på forståelse av sykdomsårsaker og mekanismer og vil

være under kontinuerlig endring basert på kunnskaper, forskning og teknologiske nyvinninger. En må derfor ha en åpenhet for slike endringer og for at de kan endre forutsetninger og behandlingsprinsipper på kort tid (eks behandling av akutt hjerteinfarkt).

Prioriteringsutfordringer i diagnostikk innenfor nevrofag

Moderne billeddiagnostiske metoder basert på avansert magnetic resonance imaging (MRI) og positronemisjontomografi (PET) er vesentlige diagnostiske hjelpemidler innenfor de nevrologiske fagfeltene, slik som i flere andre medisinske fagfelt.

Utviklingen i nevrofag generelt, og nevrologisk diagnostikk spesielt, drives av tunge demografiske endringer. De største sykdomsgruppene, inkludert Alzheimers sykdom, viser eksponensielt økende aldersjusterte insidensrater med dobling eller tredobling av forekomsten fram mot år 2035. Det ville derfor være ønskelig om en kunne forebygge og behandle før demenssykdom utvikles. Å få til dette, vil være en sentral prioritering for å unngå at Alzheimers sykdom blir en stor kostnadsdriver i helsesektoren i tiårene framover.

Biomedisinske og -teknologiske framskritt har bidratt til mer presis tidligdiagnostikk og er nå blitt del av diagnostiske kriterier for hjerne sykdom og en forutsetning for forebygging og behandling (2). Bruk av MRI til volummålinger av hjerneavsnitt som kan vise tilbakedanning av hjernevev, er i ferd med å bli tilgjengelig i Norge. Mer avanserte MRI-teknikker er imidlertid i liten grad tilgjengelige foreløpig. Dette gjelder diffusjons- og funksjonell MRI som viser endringer i struktur og funksjon som oppstår tidligere i sykdomsprosessen.

Positronemisjontomografi som gir billedframstilling basert på molekylstruktur benyttes i nye diagnostiske kriterier for Alzheimer.

Det er også prioriteringsutfordringer knyttet til oppgradering av metodikk, utstyr og kompetanse innenfor teknologiområdene. På MRI-feltet er det behov for kompetanseutvikling av klinikere- og radiologer/radiografer, økt tilgjengelighet av spesialisert personell som MRI-fysikere, og det er behov for protokoller, software og kompetanse for etter-prosessering av MRI-funn. Videre er det behov for MRI-scannere med en høyere feltstyrke.

De to teknologiene MRI og PET utfyller hverandre som diagnostiske hjelpemidler. Det kan diskuteres om avanserte scannere, metoder og kvalifisert personell bør samlokaliseres for å kunne hente ut en større gevinst, samtidig som mer avanserte MRI-teknikker også gjøres tilgjengelig i et bredere nedslagsfelt.

Det har foregått en vesentlig teknologisk utvikling av sentrale diagnostiske verktøy som kan nyttiggjøres ved en av de store sykdomsgruppene på nevrologifeltet. Dette kan spille en stor rolle for helsesektoren oppgaver i framtida. Eksempellet belyser at prioriteringsbeslutninger om ressursbruk til diagnostiske verktøy vil være viktig for helsesektorens langsiktige strategier og satsninger.

Behov for forbedret system for evaluering, introduksjon og utfasing av teknologi

Et grunnleggende tiltak for å kunne foreta begrunnede prioriteringsbeslutninger innenfor teknologiområdet, er etablering av et organisert og transparent system for evaluering, introduksjon og utfasing av teknologi. Innføring av metodikken for *health technology assessments* (HTA) er i en tidlig fase i Norge. Implementering av HTA som ledd i et helhetlig system for introduksjon og evaluering av teknologier vil være et betydelig skritt framover for norsk helsetjeneste. Introduksjonen av et slikt helhetlig system er i seg selv å anse som en høyt prioritert oppgave

som et verktøy for å foreta riktige prioriteringer av ressurser i helsesektoren.

Legemidler som prioriteringsutfordring

Legemidler er en sentral innsatsfaktor i pasientbehandling på en lang rekke områder. Staten finansierer ca 70 prosent av den totale legemiddelomsetningen i Norge (3). Legemiddelbruk derfor et viktig ved prioritering av ressursbruk i helsesektoren. I framtida vil følgende prioriteringsutfordringer være sentrale:

- *Prioriteringer ved bruk av nye og kostbare legemidler*
Prioriteringsspørsmål vil i særlig grad komme opp i forbindelse med introduksjon av ny og kostbar behandling. Det vil bli behov for vurdering av alvorlighetsgrad, nytte og kostnadseffektivitet. Prioriteringsbeslutninger forutsetter et godt beslutningsgrunnlag, og dette betinger etablering av et helhetlig system for introduksjon av ny legemiddelbehandling.
- *Re-evaluering av prioriteringer i lys av systematisk oppfølging*
Kunnskapsgrunnlaget for prioriteringer om bruk av nye legemidler ved introduksjonstidspunktet baseres på dokumentasjon fra kliniske studier. Bruken av nye legemidler i klinisk praksis vil over tid kunne tilføre ny kunnskap om legemidlenes effekter, sikkerhet og kostnader. Slik kunnskap vil kunne endre grunnlaget for priorite-

ringer om bruk. Det er derfor en vesentlig utfordring for å sikre gode prioriteringsbeslutninger at det i kjølvannet av en systematisk introduksjonsmodell for nye legemidler også etableres gode systemer for oppfølging av legemiddelbruk, basert på kliniske oppfølgingsstudier, kvalitetsregistre, kostnad-effektanalyser m.v.

- *Prioritering av tiltak for helhetlig finansiering*
Finansieringsansvaret for legemidler er tredelt mellom RHF-ene, kommunene og folketrygden. Finansieringsordningene skal understøtte ulike formål og er dermed ulike både når det gjelder regelverk, finansieringsmodeller og økonomiske virkemidler.

Det er en generell målsetting å ha finansieringsordninger som støtter opp om en effektiv og rettferdig helsetjeneste av god kvalitet, og som understøtter gode pasientforløp og samhandlingsløsninger. På legemiddelområdet er det presisert at en ønsker finansieringsordninger som bidrar til riktig legemiddelbruk, i form av (4):

- Befolkningen skal ha lik tilgang til sikre og effektive legemidler uavhengig av betalingsevne.
- Legemidler skal brukes riktig faglig og økonomisk.
- Legemidler skal ha lavest mulig pris.

De ulike finansieringsordningene oppfyller i ulik grad de overordnede målsetningene, og det er behov for å vurdere tiltak som kan sikre en mer helhetlig legemiddelfinansiering.



10 Pasientmobilitet over landegrensene

Innledning

For å realisere de fire frihetene (fri bevegelse av varer, tjenester, personer og kapital), har tilrettelegging for eksport av rettigheter på tvers av landegrensene stått høyt på den politiske agendaen i EU. Gjennom ulike forordninger og direktiver har EU forsøkt å sikre at enkeltpersoner skal kunne ta med seg sosiale rettigheter mellom land. På helserefusjonsområdet har dette i lang tid primært vært regulert gjennom den såkalte trygdeforordningen (1). I tillegg ble det i EU også nylig vedtatt et direktiv om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester (2). I grove trekk inneholder direktivet bestemmelser som skal gjøre det mulig for pasienter å motta helsetjenester i andre avtaleland og få kostnadene refundert av hjemlandet når den aktuelle behandlingen er en del av det offentlige tjenestetilbudet i hjemlandet.

Vedtaket av pasientrettighetsdirektivet har bidratt til å akselerere utviklingen mot et koordinert indre marked for helsetjenester i Europa, og landegrensene blir stadig mindre relevante for offentlig finansiering. Selv om Norge ikke er med i EU, innebærer det norske EØS- medlemskapet at denne utviklingen også vil påvirke oss og vårt nasjonale helse-system. Hvordan utviklingen vil påvirke oss er delvis avhengig av hvilket handlingsrom de nye EU/EØS- reglene gir og hvordan Norge velger å manøvrere innenfor dette handlingsrommet.

Her vil ta opp noen sider ved det nye pasientrettighetsdirektivet som kan virke inn på prioriteringer i den nasjonale helsetjenesten.

Utvalget er foretatt med tanke på å vise noe av spekteret i de potensielle prioriteringsutfordringene som følger av utviklingen, og som vi mener bør vurderes nærmere ved inkorporeringen av direktivet i vårt nasjonale regelverk.

Restriksjoner i tjenestefriheten – en trussel mot det nasjonale prioriteringsregimet?

Selv om prioriteringer foretas på alle nivåer i helsetjenesten, er prioriteringsdebatten i Norge primært knyttet til spesialisthelsetjenesten. Innenfor spesialisthelsetjenesten regulerer prioriteringsforskriften plasseringen av pasienter i prioriteringshierarkiet gjennom vurderinger av kriterier som alvorlighet, forventet nytte og kostnadseffektivitet. Vurderingene skal bidra til at fordelingen av tjenester foregår etter prinsipper om likeverdighet og rettferdighet. For rettighetspasienter skal helsehjelpen gis innenfor medisinsk forsvarlige frister, og pasientene har krav på å motta tjenestene fra private tjenesteytere eller utenfor riket dersom fristen ikke overholdes (3). Det nye pasientrettighetsdirektivet kan imidlertid hindre at denne lovfestede retten legges til grunn for faktisk prioritering.

Utgangspunktet for det nye direktivet er at helsetjenester også er omfattet av EF-traktatens artikkel 49 om fri bevegelse av tjenester (4). Medlemslandene må i henhold til dette prinsippet etablere ikke-diskriminerende ordninger for offentlig finansiering av helsetjenester som også ytes i andre avtaleland. Prinsippet om fri bevegelse av

tjenester fører med seg at pasienter i egenskap av å være tjenestemottakere, skal kunne velge å motta helsetjenester i andre medlemsland og (på visse vilkår) få kostnadene refundert av hjemlandet. Direktivet har likevel tillatt at medlemslandene kan kreve at det gis forhåndsgodkjenning for noen typer helsetjenester. Forhåndsgodkjenning utgjør en restriksjon i tjenestefriheten. Den tillates bare dersom det kreves nasjonal planlegging og dimensjonering for å få et permanent og tilstrekkelig tilbud av den aktuelle tjenesten i eget land. Forhåndsgodkjenning skal bidra til at medlemslandene i større grad skal kunne kontrollere kostnader og unngå sløsing med økonomiske, tekniske og menneskelige ressurser i egen helsetjeneste. På bakgrunn av dette kan landene blant annet nekte å gi forhåndsgodkjenning dersom helsetjenesten kan skaffes i eget land innen en tidsfrist som er medisinsk forsvarlig for den individuelle pasienten.

Restriksjonen i tjenestefriheten gjennom muligheten til å innføre et system med forhåndsgodkjenning for visse helsetjenester, kan bety at det teoretisk vil være mulig å beholde ulike typer pasienter innenfor den nasjonale helsetjenesten. I Norge vil rettighetspasientene kunne nektes forhåndsgodkjenning, siden de i henhold til nasjonale regler har en lovfestet rett til å motta den aktuelle tjenesten i Norge innen en individuelt vurdert medisinsk forsvarlig tidsfrist.

Pasientrettighetsdirektivet vil derfor ikke virke utvidende på rettighetsgrunnlaget til pasientene som er høyest prioritert i den norske helsetjenesten. Dette stiller seg motsatt for pasienter som vurderes som behandlingstrengende i den norske spesialisthelsetjenesten, men som ikke faller under kategorien rettighetspasient. Dersom øvrige vilkår er oppfylt, kan denne pasienten fritt velge å motta behandlingen i et annet avtaleland og kreve refusjon for denne. Poten-

sielt betyr dette at pasienter som prioriteres lavere i det norske prioriteringsregimet kan velge å motta behandling for sin tilstand i et land der behandlingsskøene er kortere, og således kunne bli raskere behandlet enn høyere prioriterte pasienter.

En slik uintendert prioritering kan også forsterkes dersom lavere prioriterte pasienter som har mottatt behandling i andre avtaleland har særskilt behov for oppfølging i den nasjonale helsetjenesten etter hjemkomst. Behovet for oppfølging eller etterbehandling kan da medføre at høyere prioriterte pasienter forskyves nedover i prioriteringshierarkiet.

Muligheten for at de lavest prioriterte pasientene kan motta behandling raskere enn høyt prioriterte pasientgrupper representerer en prioriteringsutfordring som må utredes nøye i forbindelse med det forestående arbeidet med å inkorporere direktivets bestemmelser i norsk lovverk.

Økonomisk betinget pasientmobilitet

Sentralt i den norske prioriteringsdebatten er prinsippet om rettferdighet i fordelingen av og tilgangen til helsetjenester. Det er en uttalt helsepolitisk målsetning at alle skal ha et «likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon» (5, s. 7). Denne helsepolitiske målsetningen kan bare oppnås dersom den understøttes av finansieringsordningene i helsesektoren, og likeverdig tilbud om helsetjenester er derfor like fullt et spørsmål om likeverdig tilgang til helseressursene. Et slikt prinsipp kan stå i motsetning til en ordning som i utgangspunktet baserer seg på refusjon. Refusjonsordninger forutsetter at det er påløpt utgifter, og de kan virke diskriminerende for personer som

har dårlige forutsetninger for å legge ut. Direktivet åpner imidlertid for at landene kan velge å etablere ordninger der helsetjenesten betales direkte til helsetjenesteyteren, og av hensyn til målsetningen om et likeverdig tilbud om helsetjenester mener vi at en slik ordning bør vurderes i den norske løsningen.

Økonomisk betinget pasientmobilitet kan på sikt også påvirke det nasjonale tjenestetilbudet. Tjenestetilbudet må planlegges og dimensjoneres ut i fra de behovene som foreligger, og en økonomisk betinget pasientflukt vil kunne bidra til at behovssammensetningen endres. Det kan igjen gi føringer for både innhold i og omfang av tjenestetilbudet. En endring i behovssammensetningen kan også forsterkes dersom konkurransesituasjonen i det europeiske helsemarkedet (grunnet ulikt prisnivå på tjenester) fører til økt spesialisering og at ressurser og kompetanse på spesifikke områder konsentreres og sentraliseres rundt om i Europa. En sentralisering av spesialiserte tjenester i andre land vil kunne påvirke sammensetningen og dimensjoneringen av spesialisthelsetjenesten direkte, samtidig som det kan ha indirekte konsekvenser for innholdet på de øvrige tjenestenivåene.

Kommersialisert pasientflukt

Utviklingen av et indre marked for helse-tjenester kan også føre til at kommersielle aktører aktivt posisjonerer seg og tilpasser virksomheten sin til de ordningene som nasjonale myndigheter etablerer når de skal imøtekomme kravene som stilles i EU/EØS- reglene. Vi ser konturene av en slik form for profesjonalisert «helseturisme» på enkelte områder allerede i dag etter at den nye refusjonsordningen for helsehjelp i andre EØS- land trådte i kraft 1. januar 2011. Dette vil kunne utgjøre en relativt stor utfordring for tjenesteytere som ikke kan tilby konkur-

ransedyktige vilkår (primært i forhold til pris), og kan, særlig for høykostnadsland, på sikt medføre endringer i den nasjonale «tilbudsporteføljen» innenfor det aktuelle tjenestefeltet. Dette kan også ha konsekvenser for fordelingen av ressurser i helsesektoren på nasjonalt nivå, og vil på den måten påvirke prioriteringer både direkte og indirekte.

Høynet forventningsnivå

Selv om de nye EU/EØS- reglene i seg selv bare åpner for finansiering av helsetjenester som ville ha blitt dekket innenfor eget lands helsesystem, så kan økt eksponering for helsesystemer med andre innhold også påvirke forventningene til eget lands helsesystem og hva dette bør inneholde. Økt mobilitet kombinert med sterk betalingsevne og -vilje for helsere-laterte produkter og tjenester på individnivå kan gi insentiver for utviklingen av et parallelt helsemarked som pr i dag faller utenfor de offentlige finansieringsordningene, men som vil kunne skape forventninger om større grad av harmonisering av avtalelandenes nasjonale tjenestetilbud. Dette er selvfølgelig ikke en utvikling som kan tilskrives de nye EU/EØS- reglene alene. Dette vil stille større krav til helsemyndighetene om å jobbe for økt folkelig aksept for nødvendigheten av prioriteringer i den nasjonale helsetjenesten.

Pasientutveksling: Import av prioriteringsutfordringer

Norge er et høykostnadsland, og prioriteringsutfordringene som følger utviklingen av et europeisk helsemarked vil nok derfor i størst utstrekning være at norske pasienter reiser utenlands. Vi vil i mindre grad vente at et stort antall utenlandske pasienter reiser til Norge for å motta behandling her. Selv om omfanget

av en slik form for «helseimmigrasjon» antas å bli relativt lite, så vil det likevel være slik at pasienter fra andre avtaleland også har rett til behandling i norsk helsetjeneste. Den nasjonale helsetjenesten må derfor planlegges og tilrettelegges ut ifra at pasienter fra andre avtaleland også skal ha rett til å bli innplassert i det norske prioriteringshierarkiet.

Selv om helseimmigrasjonen til Norge som følge av EU/EØS- reglene antas å bli relativt liten, så kan prioriteringsutfordringene

knyttet til den likevel bli forholdsmessig stor. Behandling av pasienter fra andre land (både utenlandske pasienter og norske pasienter som returnerer etter behandling i andre land) kan blant annet føre til økt eksponering for og spredning av smittsomme sykdommer, og til økt eksponering av resistens (6). Slike forhold vil kunne binde opp økende deler av helseressursene til smitteforebygging og smitteverntiltak, og på den måten nødvendiggjøre strammere prioriteringer.





11

Finansieringsordninger og prioriteringsvirkninger

Finansieringssystemer og prioriteringsvirkninger

Alle finansieringssystemer kan ha uønskede bivirkninger. Det samlede resultatet vil alltid være en avveining mellom ulike hensyn hvor ikke alle kan ivaretas fullt ut samtidig. Det er også slik at de insentivene som finansieringssystemet gir, aldri kan analyseres adskilt fra helsesystemets struktur og rammevilkår. Ulike finansieringssystemer har ulike egenskaper knyttet til aktivitet/produksjon, produktivitet/kostnadseffektivitet, kostnadskontroll, prioriteringseffektivitet/allokeringseffektivitet, rettferdig fordeling og kvalitet. Det er et mål at finansieringssystemet er «prioriteringsnøytralt» slik at systemet ikke inviterer til vridning mot «lønnsomme» pasientgrupper. På den annen side ønsker en at finansieringssystemet skal fordele ressursene etter overordnede målsetninger for ressursbruken.

Innsatsstyrt finansiering i den somatiske spesialisthelsetjenesten

Figur 11.1 gir et overordnet bilde av hvilke målsetninger og insentiver som har preget finansieringsordningene for den somatiske spesialisthelsetjenesten fra 1970 til i dag. Perioden 1970 til 1979 omtales som kurpengeperioden. Sykehusene fikk i stor grad dekket sine utgifter til investeringer og drift gjennom folketrygden, og perioden kjennetegnes av

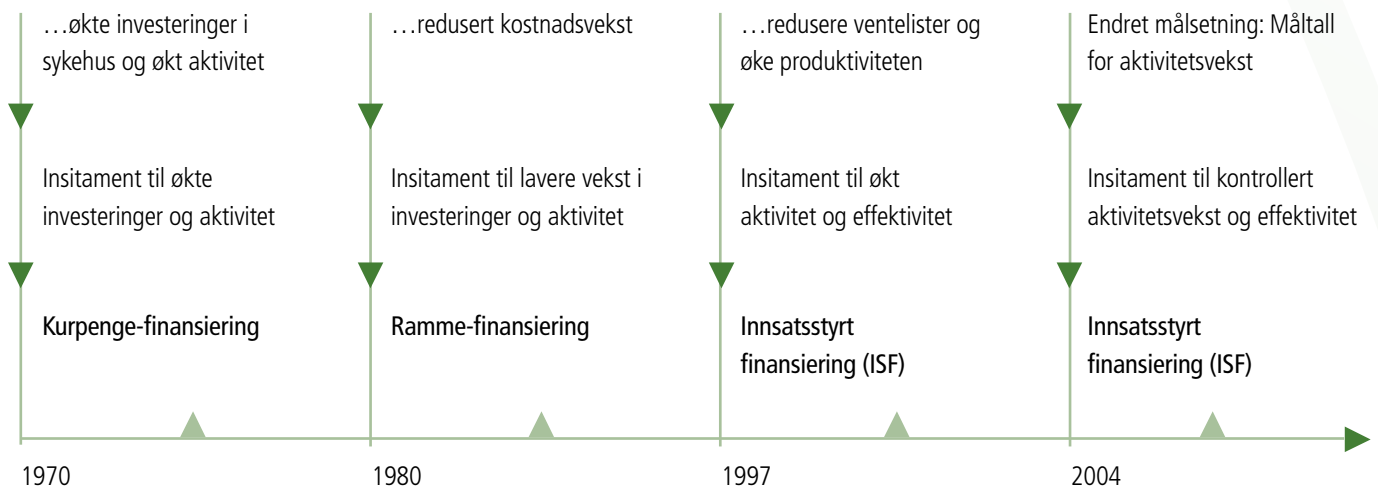
sterk vekst i investeringene, men også sterk økning i utgiftene. Rammefinansieringen og budsjettstyringen i perioden 1980 til 1996 bidro til å bremse utgiftsveksten, men førte til uakseptabelt lange ventelister og lav produktivitet. Innsatsstyrt finansiering (ISF), også omtalt som aktivitetsbasert finansiering, ble innført i 1997. Målet var økt aktivitet og produktivitet for å redusere lange ventetider og ventelister.

De tre ulike finansieringsmodellene som er nevnt gir ulik grad av ansvarsfordeling og insentiver til dem som fatter beslutninger (1). Grovt sett kan en si at en i perioden 1970-1979 overførte ansvar for aktivitetsvekst og kostnadsvekst til staten, at en i perioden 1980-1996 overførte ansvar for aktivitetsvekst og kostnadsvekst til sykehusene og fylkeskommunene, og at en i perioden 1997 til i dag har delt ansvaret mellom RHF og stat (fram til sykehusreformen i 1.1.2002 fylkeskommune-stat).

Helsedirektoratets rapport fra 2007 «Innsatsstyrt finansiering i helsetjenesten. En vurdering og aktuelle tiltak» (2) oppsummerer noen erfaringer med ISF-ordningen 10 år etter at den ble introdusert. I rapporten påpekes det at ISF-ordningen har vært ledsaget av noe skiftende mål, og at det synes å være behov for å tydeliggjøre målstruktur og anvendelsesområde.

En spørreundersøkelse blant ledere i helseforetak avdekket at flere anser at inn-tjeningskravet er sterkt og kan påvirke pasientbehandlingens kvalitet og prioritering. Helsedirektoratet legger vekt på at finansiering bare

Figur 11.1 Endring i mål og incentiver over tid



kan være ett av flere virkemidler og at riktig prioritering primært ikke er et finansieringstema, men et faglig og ledelsesmessig ansvar. Likevel vil det ikke være mulig å forsikre seg om at DRG-systemet ikke har vridnings-effekter som kan innebære at kravet til inn-tjening på avdelings- og klinikknivå påvirker de faglige prioriteringene i uheldig retning. Uten at dette kan dokumenteres gjennom systematiske undersøkelser eller datakilder, er det mange nok enkeltrapporter som gir grunn til ekstra årvåkenhet og til at systemene for finansiering vurderes løpende.

Fra 2012 er det vedtatt å ansvarliggjøre kommunene for sentrale deler av befolkningens sykehusforbruk gjennom et system med kommunal medfinansiering. Modellen skal understøtte samhandlingsreformen og kommunalt mer ansvar. Det vil bli viktig å følge utviklingen for å etterprøve om effekten blir som tilsiktet.

Refusjonsordningene i helsetjenesten

Helserefusjonsområdet er et komplisert og sammensatt regelverk. Det er en utfordring for brukerne å skulle ivareta egne rettigheter. For behandlerne er det krevende å forvalte brukernes rettigheter og til enhver tid ha oversikt over hvilke regler som gjelder.

Et komplisert regelverk er også krevende å forvalte for myndighetene og kan begrense styringsmulighetene. Det er behov for nærmere utredning om ordningenes virkemåte og måloppnåelse.

De ulike finansieringsordningenes utforming og kjennetegn er et resultat av sammensatte hensyn, både historiske og andre. Det skal også tas hensyn til at både offentlige tjenester på sykehus og privatpraktiserende helsepersonell med refusjonsrett, skal sikres finansiering og ressurstilførsel i

tråd med formål og politiske budsjettvedtak. Endringer i etablerte ordninger som har eksistert over lang tid krever gode og åpne prosesser med medvirkning fra alle berørte parter.

Resultatbaserte finansieringssystemer

Tradisjonelle finansieringssystemer baserer seg ikke på kvaliteten i tjenestene som ytes. Det finnes mange definisjoner av resultatbasert finansiering (RBF, engelsk: Pay for Performance). Felles for dem er et ønske å oppnå kvalitetsforbedring ved at finansieringen av tjenestene knyttes til graden av måloppnåelse på fastsatte prestasjonsmål uttrykt ved kvalitetsindikatorer (3). Bruk av resultatbaserte finansieringsordninger internasjonalt er økende, men fortsatt i begrenset omfang (4). De mest omfattende ordningene finnes Storbritannia og USA.

For å diskutere kvalitet i relasjon til finansieringssystemer er det nødvendig å si hva som menes med god kvalitet. I den nasjonale kvalitetsstrategien konkretiseres kvalitetsbegrepet i seks dimensjoner. God kvalitet defineres ved at tjenestene (5):

- 1) *Er virkningsfulle.* God kvalitet forutsetter at beslutninger om behandling, forebygging, pleie, omsorg og sosiale tjenester baseres på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak.
- 2) *Er trygge og sikre.* God kvalitet forutsetter at sannsynligheten for feil og uheldige hendelser er redusert til et minimum.
- 3) *Involverer brukere og gir dem innflytelse.* God kvalitet forutsetter at brukerens og pasientens erfaringer og synspunkter påvirker tjenestene.
- 4) *Er samordnet og preget av kontinuitet.* God kvalitet forutsetter at tiltakene er

samordnet og preget av kontinuitet.

- 5) *Utnytter ressursene på en god måte.* God kvalitet forutsetter at ressursene er utnyttet på en slik måte at brukeren og samfunnet får mest mulig gevinst.
- 6) *Er tilgjengelige og rettferdig fordelt.* God kvalitet forutsetter at ressursene i det samlede tjenestetilbudet er tilgjengelige og fordelt slik at alle har samme mulighet for å oppnå et godt resultat.

De seks kvalitetsdimensjonene ivaretas i hovedsak ved hjelp av rettslige virkemidler, faglige virkemidler, organisatoriske virkemidler og ved at det bevilges penger til kvalitetsforbedrende tiltak. Men alle finansieringssystemer kan påvirke kvalitet slik det er definert i kvalitetsstrategien. Kurpengefinansiering kan for eksempel tenkes å ha en negativ effekt på kvalitetsdimensjon 5) med mindre kostnads-kontroll og mindre insentiver til effektiv ressursutnyttelse sammenliknet med ISF-ordningen. Men slike sammenlikninger er ikke nødvendigvis rettferdige gitt at et sentralt mål med kurpengefinansiering nettopp var å gi insentiv til økt utbygging av tilbudet.

Finansielle insentiver kan spille en aktiv rolle i hver av de seks dimensjonene. Men skyldes manglende måloppnåelse mangel på motivasjon som kan rettes opp med finansielle insentiver eller bør andre virkemidler tas i bruk? Et annet viktig moment er mulige målkonflikter. For eksempel kan en tenke seg at reduksjon i betaling ved medisinske feil og uheldige hendelser kan komme i konflikt med et ønske om økt rapportering av medisinske feil og uheldige hendelser.

Kunnskapssenteret publiserte i 2008 en kunnskapsoppsummering om resultatbasert finansiering på oppdrag fra Norad (6). Oppsummeringen inkluderte også høyinntektsland så konklusjonene kan til dels overføres til en norsk kontekst. Noen av funnene som også var relevant for høyinntektskontekst var:

- Evidensen av effektene av resultatbasert finansiering er vurdert å være svak.
- Det er vanskelig å skille effekten av de finansielle insentivene fra de ikke-finansielle insentivene fordi en resultatbasert finansieringsordning ofte inneholder deler av begge komponentene. Mangel på grundige evalueringer gjør det vanskelig å vite hva effekten av de finansielle insentivene er.
- Resultatbasert finansiering kan bare være kostnadseffektivt dersom intervensjonen eller adferden den er tenkt å motivere til, er kostnadseffektiv og verdt å utføre, og at det gjøres for lite av den ønskede adferden.

Alle finansieringsordninger har positive og negative sider, og en er nødt til å akseptere noen bivirkninger uansett ordning. Det positive med resultatbasert finansiering er at det kan bidra til økt fokus på kvalitet i helse-tjenesten, selv om de finansielle insentivene er små. Resultatbasert finansiering kan også være nyttig for å bidra til økt tilgjengelighet på data om kvalitet, både for brukere av helsetjenestene, tjenesteyterne og offentlige myndigheter. I allmennlegetjenesten i England rapporteres det på omtrent 150 kvalitets-indikatorer som resultat av den resultatbaserte finansieringsordningen i Quality and Outcomes Framework.

Potensielle bivirkninger ved resultatbaserte finansieringsordninger er knyttet til muligheten for vridningseffekter (at det som ikke måles neglisjeres) og risiko for manipulerende adferd for å få en finansiell bonus uten at det er kvalitetsforbedring i praksis. Men slike risikofaktorer deles med andre virkemidler, for eksempel offentlig publisering av kvalitets-indikatorer og andre finansieringsordninger.

Framtidas utfordringer er mange med demografiske endringer kombinert med ny og kostbar teknologi. Endrede finansierings-



ordninger vil kun være en av mange virkemidler som er nødvendige for å komme framtida i møte. Framtidas finansierings-system kan innrettes på en måte som ivaretar behovet for styring av totale kostnader og helsetjenester av høy kvalitet i tråd med elementene i den nasjonale kvalitetsstrategien.

Men dagens kunnskap om RBF tilsier at en må være forsiktig med å innføre nye ordninger uten at det samtidig gjøres grundige evalueringer hvor effektene av de finansielle insentivene skilles ut fra en større tiltakspakke med ikke-finansielle insentiver.



Del 3

Nærmere om noen utvalgte fagområder

12 Øyeblikkelig hjelp og akuttmedisinsk kjede

Hovedprinsipper

Pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp. Det innebærer en plikt for både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten til å yte helsehjelp når hjelpen er påtrengende nødvendig. Retten til øyeblikkelig hjelp korresponderer med helsepersonellens plikt til å yte øyeblikkelig hjelp (1). Øvrige kriterier og rangering av behov vil alltid måtte komme etter retten til å få helsehjelp når det virkelig haster.

Norges spesielle geografi, bosettingsmønster, samferdsel, vær - og klimaforhold gjør det krevende å sørge for likeverdige akuttmedisinske tjenester for hele befolkningen. Akuttmedisinske tjenester av god kvalitet betinger et nært samarbeid mellom helseforetak og kommuner. Funksjonsfordeling mellom sykehus og større legevaktdistrikter er eksempler på endringer som påvirker de akuttmedisinske tjenestene. Et økende antall eldre vil gi faglige og kapasitetsmessige utfordringer. De akuttmedisinske tjenestene er en viktig del av samfunnets beredskap for å takle ulykker og katastrofer. Stortinget har vedtatt å investere betydelige ressurser i utbygging av nytt nødnett. Det er viktig at helsetjenesten tar nødnettet i bruk på en måte som realiserer potensielle gevinster. De akuttmedisinske tjenestene har også betydning for befolkningens trygghetsfølelse og tilliten til helsetjenesten. Den akuttmedisinske kjeden skal sikre at alvorlig syke får helsehjelp raskt, noe som er nødvendig for at det skal være god effekt av helsehjelpen. Kvaliteten på de akuttmedisinske tjenestene er viktig for helsetjenestens alminnelige omdømme.

Tjenester som inngår i den akuttmedisinske kjeden

Helseressurser som inngår i den akuttmedisinske kjeden vil måtte dekke to hovedfunksjoner:

- Akuttmedisinske behandlingskjeder (for pasienter med akutt alvorlig / livstruende tilstander som oftest vil ha behov for akutt sykehusinnleggelse).
- Samhandling for å finne løsninger på beste effektive omsorgsnivå/samhandling i nettverk (for pasienter med behov for øyeblikkelig helsehjelp hvor tilstanden er slik at det ikke krever at pasientene håndteres i akuttmedisinske behandlingskjeder og hvor det er mulig å finne pasientforløp på beste effektive omsorgsnivå).

Begge hovedfunksjonene dreier seg om å ivareta pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp og vil kreve nær samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Forskjellene består i at de akuttmedisinske behandlingskjedene vil være innrettet for å ivareta pasienter med akutte livstruende tilstander. Samhandling for å finne beste effektive omsorgsnivå for pasienter som ikke har en akutt alvorlig / livstruende tilstand og som ikke vil være riktig å innlegge akutt på sykehus, vil være sentralt ved gjennomføringen av samhandlingsreformen. Her vil den faglige forankringen i hovedsak være i allmennmedisin. Mange kronikere med akutt forverring av sin tilstand som responderer godt på akutt behandling, vil kunne håndteres

uten akutt innleggelse på sykehus dersom en lykkes med samhandling i den akuttmedisinske kjeden.

Akuttmedisinske behandlingsskjeder

Akuttmedisinske behandlingsskjeder er koordinerte og standardiserte behandlingsforløp hvor de enkelte leddene er gjensidig avhengig av hverandre. De ulike leddene må kunne fylle sin rolle slik at de utgjør en sømløs kjede av tiltak som ivaretar pasientens behov for helsehjelp. De akuttmedisinske behandlingsskjedene for pasienter med alvorlige/livstruende tilstander begynner på sykdom-/skadestedet og ender ofte med innleggelse på sykehus.

God kvalitet på de akuttmedisinske behandlingsskjedene er viktig for å redde flest mulig liv og å bidra til at pasienter får best mulig helsetilstand etter å ha vært rammet av akutt alvorlig/livstruende sykdom eller skade. Stadig flere pasientgrupper blir håndtert etter prinsippet om akuttmedisinsk behandlingsskjeder. Dette er en utvikling som vil fortsette. Pasienter med hjertestans, alvorlige skader (traumepasienter), akutt hjerteinfarkt og hjerneslag er eksempler på pasientgrupper/tilstander hvor det er etablert akuttmedisinske behandlingsskjeder som er forankret i faglige retningslinjer og anbefalinger.

Samhandling - behandlingsforløp på beste effektive omsorgsnivå

For pasienter som har behov for øyeblikkelig helsehjelp og hvor tilstanden ikke er livstruende, er det formålstjenlig å arbeide etter andre prinsipper enn akuttmedisinske behandlingsskjeder. Dette vil kunne gi pasienter helsehjelp på riktig omsorgsnivå og sikre effektiv bruk av helseressurser. Unødige innleggelser på sykehus kan unngås. For å få til dette, må relevante ressurser fra primær og spesialisthelsetjenesten ha en nøye koordinert samhandling. De akuttmedisinske tjenestene

vil kunne bidra til at viktige mål med samhandlingsreformen oppnås.

Framtidas behov og prioriteringsutfordringer

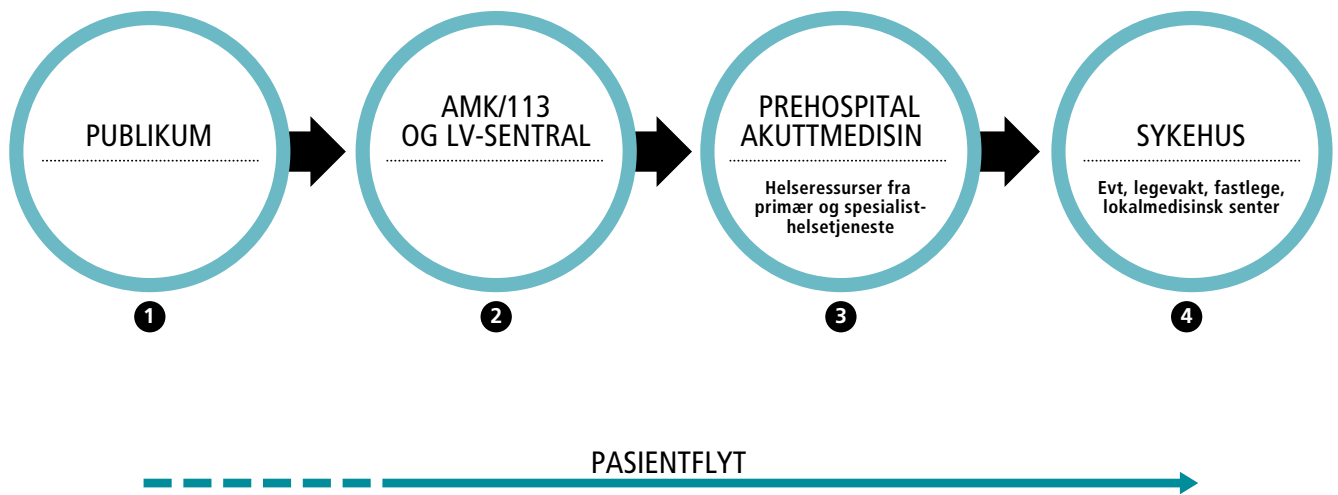
Helsetjenesten er i endring. De akuttmedisinske tjenestene er en integrert del av helsetjenesten. Funksjons- og oppgavefordeling og sammenslåing og utvidelse av legevakt-distrikter er eksempler på endringer som påvirker ambulansetjenesten. Dette kan gi både kapasitetsmessige og faglige utfordringer som må løses. Det er viktig at konsekvenser for akuttmedisinske tjenester som ambulansetjenesten og legevakt osv, blir synliggjort tidlig i planprosesser og at kompenserende tiltak blir vurdert. De pre-hospitale tjenestene må være oppmerksom på å involvere aktuelle samarbeidspartnere som kan bli påvirket når det planlegges endringer i organisering, drift og faglig utvikling av disse tjenestene.

Økt antall eldre gir utfordringer for de akuttmedisinske tjenestene

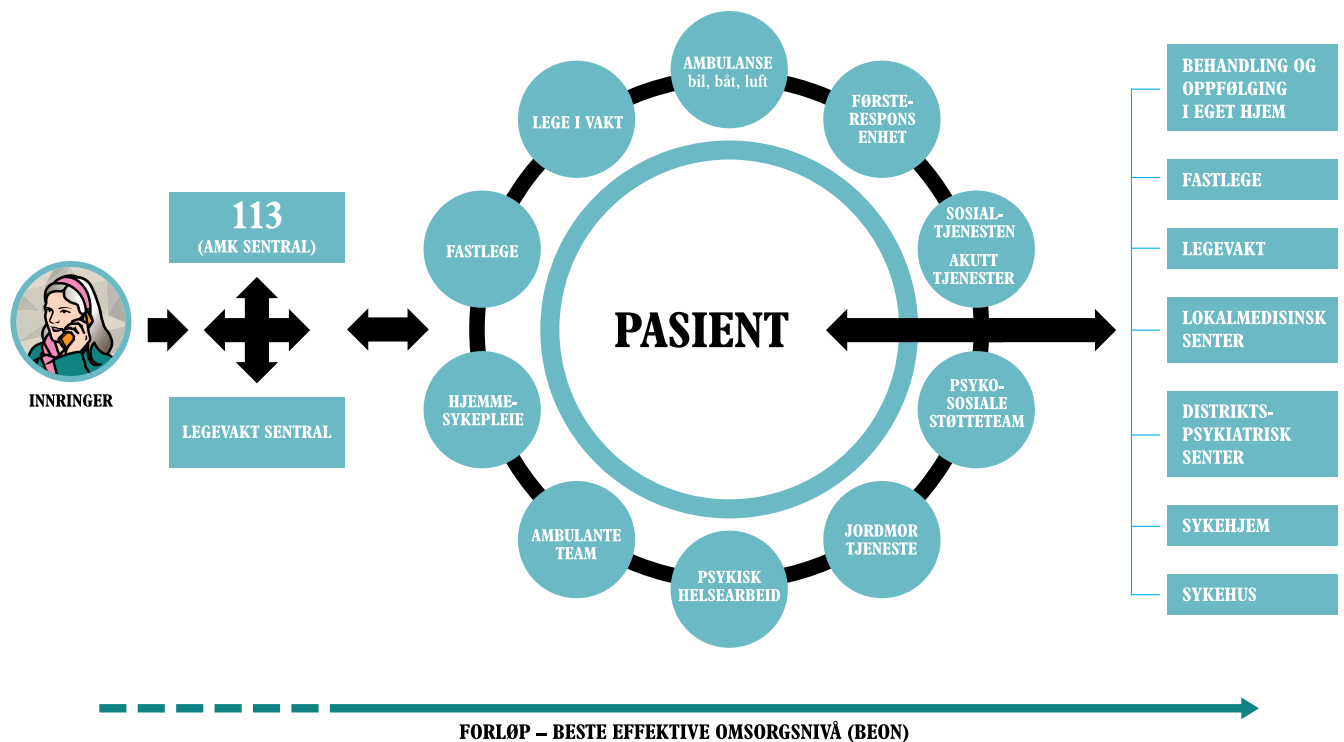
En økning av antall eldre vil påvirke de pre-hospitale tjenestene. Følgende framstilling bygger på tall fra ambulansetjenesten i Vestfold og Telemark.

Det framkommer en tydelig sammenheng mellom pasientenes alder og forbruket av ambulansetjenester. Flere eldre pasienter fører til en rekke faglige utfordringer. Det er utfordrende å undersøke, behandle og overvåke eldre pasienter. Tjenestene vil bli utfordret på å inneha tilstrekkelig kompetanse i akutt geriatri. Økt antall oppdrag vil kreve at tjenestene har tilstrekkelig kapasitet og faglig kvalitet til å ivareta pasienter i de akuttmedisinske behandlingsskjedene samtidig som de må samhandle for å finne løsninger på beste effektive omsorgsnivå for pasienter

Figur 12.1 Akuttmedisinsk behandlingsskjede



Figur 12.2 Akuttmedisinsk kjede og samhandling



hvor tilstanden ikke er alvorlig/livstruende. Dersom tjenestene ikke tilføres tilstrekkelig med ressurser, vil det kunne tvinge seg fram priori-teringsutfordringer knyttet til kapasitet og faglig kvalitet.

Telemedisin og utvikling av IKT-støtte for de akuttmedisinske tjenestene

Nødnettet vil gi helsetjenesten et tale-samband som gir grunnlag for god samhandling. Det er viktig at systemer for IKT-støtte og telemedisin er samordnet med innføringen av nødnett slik at de totalt sett støtter opp under en ønsket utvikling av tjenestetilbudet. IKT-systemer må gi muligheter til utveksling av skriftlig kommunikasjon mellom de som samhandler. Telemedisinske løsninger som f.eks Kols-kofferten som prøves ut i Egersund, vil kunne bidra til å håndtere pasienter på en forsvarlig måte som forebygger unødige innleggelser på sykehus (2). Teknologi i form av telemedisin og IKT-støtte vil være viktig for å styrke tilbudet og kvaliteten i den akuttmedisinske kjeden.

Virkemidler

Samhandlingen mellom de akuttmedisinske leddene

Videreutvikling av den akuttmedisinske kjeden og etablering av god samhandling i nettverk forutsetter at leger i vakt (legevakt), fastleger og andre akuttmedisinske ressurser er tilgjengelige, trygge og kompetente brukere av nødnettet. Det er behov for tydelige nasjonale krav til gjennomføring av tiltak som vil styrke samhandling. Samarbeid om prosedyrer, rutiner, utstyr og fagutvikling vil være sentralt. Videre må det sikres at systemer for beslutningsstøtte og elektronisk utveksling av informasjon er godt samordnet. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin framhever betydningen av

å stille formelle krav til legevakttjenesten for å utvikle denne tjenesten videre.

Innføring av nødnett i helsetjenesten gir muligheter som må utnyttes

Samfunnet bruker betydelige ressurser på innføring av nødnettet (3). Det er svært viktig at helsetjenesten tar nettet i bruk på en måte som realiserer potensielle gevinster.

Nødnettet vil knytte spesialist- og primærhelsetjenesten sammen i et felles nett og gi grunnlag for god samhandling. Ved hjelp av nødnettet vil ambulansetjenesten og legevakt ha muligheter for å kommunisere med AMK og akuttmottaket på sykehus. På denne måten vil ressurser på sykehusene være tilgjengelig for rådgivning, og det vil være mulig å holde sykehusene oppdatert slik at de er godt forberedt til å motta pasienter med alvorlig/livstruende tilstander. Ved ulykker er helsevesenet avhengig av et godt samvirke med de ulike nødetatene. Innføring av nødnett medfører at nødetatene vil kunne kommunisere bedre og dermed innebære en forbedring av samvirket på skadestedet. Det forutsetter at helsetjenesten har en modell for organisering og ledelse på skadestedet som fungerer godt og sikrer godt samvirke med de andre nødetatene, både ved dagliglivets ulykker og ved større ulykker/katastrofer.

AMK og LV-sentraler – en viktig del av helsetjenester som må utvikles videre

Akuttmedisinske kommunikasjonssentraler (AMK) i helseforetakene og kommunenes legevaktsentraler (LV-sentraler) er viktige elementer i den akuttmedisinske kjeden for å sikre befolkningen tilgang til nødvendig helsehjelp ved ulykker og akutt sykdom. Helsefaglig kompetanse i sentralene sikrer at innringer får råd av kompetent helsepersonell samtidig som ressurser (lege, ambulanse og andre ressurser) er på vei til pasienten. Dette har bidratt til

å redde liv og til å forebygge unødige komplikasjoner. I situasjoner hvor tilstanden til pasienten anses for ikke å være alvorlig, kan adekvate helseråd til innringer bidra til å løse situasjonen med ingen / minimal innsats fra andre deler av helsetjenesten. AMK og LV-sentralene er viktige for å sikre riktig prioritering av oppdrag, samt effektiv og god faglig operativ styring av helsetjenestens ressurser. De ivaretar funksjoner som er viktige for å nå målet med samhandlingsreformen.

Utfordringer

De akuttmedisinske tjenestene står overfor en rekke utfordringer de kommende årene. De skal sikre at en har velfungerende akuttmedisinske behandlingsskjeder samtidig som de skal innrette sin virksomhet slik at de kan bidra til å nå mål med samhandlingsreformen. Befolkningsøkning, et stadig større antall eldre og strukturendringer i helsetjenesten vil gi kapasitetsutfordringer.

Den akuttmedisinske kjeden er avhengig av at de ulike tjenestene som inngår i kjeden er nøye avstemt i forhold til hverandre. Når det gjøres endringer, er det viktig at tjenestene i den akuttmedisinske kjeden (ambulanse, legevakt og andre) involveres og tas med i planleggingen. For å kunne sikre at Norge har en akuttmedisinsk kjede av god kvalitet som kan møte framtidige utfordringer, er det nødvendig med oppdaterte nasjonale retningslinjer som gir nødvendige føringer og sikrer samordnet nasjonal utvikling.

Innføring av nødnett gir en unik mulighet til å utvikle helsetjenesten og videreutvikle samvirket med de andre nødetatene. For å få til dette må helsepersonell være tilgjengelige og kompetente brukere. Utvikling av kompetanse og elektronisk innsamling av pålitelige data som grunnlag for kunnskapsbasert utvikling vil være avgjørende for å kunne innrette den akuttmedisinske kjeden til å møte framtidens utfordringer.

13 Kreft

Innledning

Tall fra Kreftregisteret (1) viser at forekomsten av kreft øker med alderen. Nærmere 90 prosent av kreft som diagnostiseres er i aldersgruppen over 50 år og omtrent halvparten av alle kreftdiagnoser er i aldersgruppen fra 70 år og oppover. Ca 40 prosent av alle nye krefttilfeller er i aldersgruppen 50 til 69 år. Økningen i andelen eldre de kommende årene vil medvirke til en fortsatt økning i antallet nye krefttilfeller. Kreftbehandling er kostbart, og med utviklingen i forekomst av kreft vil behandlingen legge beslag på en økende andel av helseressursene.

Mønsteret i forekomsten av kreft viser at det har skjedd endringer gjennom de siste ti årene. Den store økningen i måling av PSA (Prostata spesifikt antigen), med påfølgende vevsprøvetaking, har ført til at prostatakreft oppdages tidligere. Innføringen av mamмографiprogrammet har bidratt til å påvise flere tilfeller av brystkreft på et tidlig stadium i sykdomsforløpet. Forekomsten av lungekreft viser et begynnende fall blant menn, mens kreftformen øker raskt blant kvinner. Dette tilskrives røykemønsteret. Nedgangen i forekomst av kreft i magesekken er kommet som en følge av påvisning av bakterien *H. Pylori* med påfølgende antibiotikabehandling for fjerning av bakterien. Det er en rask økning i forekomsten av en rekke kreftformer, som testikkelkreft hos menn og non-Hodgkin lymfom hos begge kjønn, hvor årsaken ikke er kjent. Den økte muligheten til å diagnostisere har bidratt til å øke oppdagelsen av kreft, og på et tidligere stadium. Det er dessverre likevel ikke alltid slik at dette fører til bedre overlevelse.

Helsehjelp ved kreftdiagnoser

Pasienter som får diagnostisert kreft har som regel først kommet til sin fastlege for å få undersøkt ett eller flere symptomer. Fastlegen vurderer hvordan pasientens symptomer kan utredes for å få svar på hva som er årsaken til symptomene. Det forventes at fastlegen raskt kan identifisere symptomer på kreftsykdom. Dersom det er mistanke om kreftsykdom, bør pasienten raskt henvises til rett sted i spesialisthelsetjenesten.

Utredningen av mistenkt kreftsykdom gjøres vanligvis i spesialisthelsetjenesten hvor den mistenkte lokaliseringen av kreften vil være med på å avgjøre hvilke diagnostiske utredninger som bør gjøres. Behandling av kreft er multimodal og innebærer at en rekke spesialister med spesialkompetanse på sine fagfelt deltar i pasientvurderingen og behandlingen som skal gis.

Behandling for kreft innebærer som regel kirurgi for å fjerne mest mulig eller alt av det syke vevet. Kirurgi ved kreft medfører fjerning av vev, noe som kan innebære svært synlige forandringer eller endrede kroppslige funksjoner. Kirurgisk fjerning av vev må om mulig gjennomføres med hensyn til eventuell senere kirurgi som skal gjenopprette et akseptabelt kosmetisk resultat eller kroppsfunksjoner. Behandling av kreft består svært ofte av kjemoterapi som f.eks. cellegifter, hormonhemmere, immunmodulerende og enzymhemmende behandling. Målet med kjemoterapi er å drepe kreftceller eller å hindre dem i å spre seg. Hensikten kan være kurativ (helbredende) eller palliativ (lindrende). Cellegiftbehandling er ofte en stor påkjenning for pasienten.

Strålebehandling brukes i kreftbehandlingen til både kurativ og palliativ behandling. Dette har ført til utbygging av strålebehandling samt rekruttering av fagfolk til stråleterapifaget for å øke kapasiteten. Internasjonalt er det oppmerksomhet rundt behandling med bruk av partikkelstråling. Protonterapi er kostbart, men skal teoretisk ha egenskaper som reduserer forekomsten av uønskede effekter. Norske pasienter som kan ha effekt av slik behandling sendes i dag til utlandet.

I forbindelse med innføringen av forløpstider på kreftområdet er det fra fagmiljøene og RHFene pekt på at det er kapasitetsproblemer innenfor diagnostikk. Det er for liten kapasitet innen patologi når prøvemateriale fra pasienter skal undersøkes. Det er for liten kapasitet innen radiologi og billeddiagnostikk og dette har i hovedsak to årsaker. Det ene er mangel på radiologer og det andre er at det gjøres mange billeddiagnostiske undersøkelser som ikke bidrar til bedre pasientbehandling. Innføringen av nye billeddiagnostiske teknologier som PET/CT gir nye diagnosemuligheter, men øker også behovet for kompetanse som det allerede er lite av.

Prioriteringer og satsninger

Norge har i dag screeningprogrammer for bryst- og livmorhalskreft. Helsedirektoratet har i 2011 startet forberedelsene til et nasjonalt screeningprogram for tykk- og endetarmskreft.

Gjennom Nasjonal strategi for kreftområdet (2006 - 2009) ble det fokusert på en rekke områder av norsk kreftbehandling (2). Det er laget en egen strategi for å redusere røyking (3). Det er laget handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (4). Det er beregnet at radon i inneluft er medvirkende årsak til ca. 280 nye tilfeller av lungekreft årlig i den norske befolkningen. Det er laget

nye bestemmelser om radon i byggeteknisk forskrift (5). Fysisk aktivitet påvirker risikoen for utvikling av kreft og det er utarbeidet en handlingsplan for økt fysisk aktivitet (6). Det er lansert strategi for habilitering og rehabilitering som bidrar til å møte utfordringene om rehabilitering etter kreftbehandling (7).

Etablering av nasjonale faglige retningslinjer

Helsedirektoratet fikk i 2005 i oppdrag å videreutvikle kreftfaggruppens anbefalinger til nasjonale faglige retningslinjer og veiledere for behandling av ulike krefttyper. Retningslinjene inneholder standarder for hele behandlingsforløpet for de ulike kreftformene, fra mistanke om kreft til utredning, diagnostikk, behandling og medisinsk rehabilitering. Helsedirektoratet supplerte 24. juni 2011 de nasjonale retningslinjene, slik at de fra det tidspunktet også omfattet forløpstider for henholdsvis tid til henvisningen bør være vurdert, utredning startet og behandling startet. Normen innebærer at det for minst 80 % av pasientene ikke skal gå mer enn 5 dager før en henvisning er vurdert, ikke mer enn 10 dager før utredning er startet og ikke mer enn 20 dager før behandling er startet. Det innebærer at pasienter med begrunnet mistanke om kreft må få raskere utredning og behandling for at de normerte forløpstidene skal overholdes. Handlingsprogrammene skal bidra til å gi grunnlag for prioritering innenfor kreftområdet.

En følge av å prioritere noen pasientgrupper opp er at andre pasientgrupper må prioriteres ned. Forløpstider for kreftbehandling kan innebære at mange andre pasienter med alvorlige tilstander vil komme etter kreftpasienten i køen til diagnostikk og behandling. Forløpstider for kreftbehandling vil derfor være med på å sette premisser for bruken av ressurser hvis de normerte tidene skal overholdes.

Sentralisering av kirurgisk behandling

Fra starten av 2000-tallet er antallet sykehus i Norge som opererer ulike kreftformer blitt redusert, og mer av behandlingen er blitt sentralisert. Hvor mye en skal sentralisere bør vurderes kontinuerlig. I ulike studier er det vist til et nedre antall behandlede pasienter pr. kirurg for at det skal bli tilstrekkelig vedlikehold av kompetanse. Moderne kreftbehandling er multimodal og pasientene må vurderes av et tverrfaglig behandlingsteam, noe som bare finnes på noen få sykehus. Forventet effekt av en slik sentralisering kan bli bedre kvalitet i behandlingen og økt overlevelse.

Etablering av kompetanseområde i palliativ medisin

Palliativ behandling har til hensikt å lindre plager, tilrettelegge for at pasienten kan være hjemme og dermed forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom. Det gjennomføres et pilotforsøk med etablering av palliativ medisin som et formelt kompetanseområde for å øke tilgangen på leger med nødvendig kompetanse. Gjennom dette vil helsetjenesten få tilført kompetanse som er nødvendig for å dekke et behandlingsbehov. Palliative spesialenheter på sykehjem er etablert i noen kommuner. Denne typen tiltak bør videreutvikles, blant annet som en del av Samhandlingsreformen.

Nasjonalt screeningprogram for tykk- og endetarmskreft

Helsedirektoratet startet i 2011 arbeidet med å etablere en pilot for et nasjonalt screeningprogram for tykk- og endetarmskreft. Programmet forventes å kunne starte screening i 2012. Forventet effekt av screeningen er at færre utvikler tykk- og endetarmskreft og at færre dør av sykdommen.

Framtidas behov og prioriteringsutfordringer

Det er i hovedsak personer over 50 år som får kreft. Men uavhengig av alder og den økende andelen eldre er det generelt en økende forekomst av kreft i befolkningen. Moderne kreftbehandling innebærer at et økende antall pasienter som ikke kan kureres for sin kreftsykdom vil leve lengre med sin sykdom. Et økende antall personer vil også trenge palliativ behandling. Til sammen blir det en økning i andelen av befolkningen som vil trenge en eller annen form for kreftbehandling.

Det etableres etter hvert kunnskap om langtidseffekter etter behandling med stråling og kjemoterapi av de ulike krefttypene. Langtidseffekter kan vise seg i form av skader på kar rundt hjertet og på halsen, noe som kan føre til hjerteinfarkt, klaffesvikt og hjerneslag. Pasienter tidligere behandlet for kreft vil i økende grad kunne trenge ny oppfølging og behandling.

Kompetanse

Spesialisthelsetjenesten må på ulike måter sikre kompetanse i diagnostikk, behandling og oppfølging av kreftpasienter. I radiologisk diagnostikk er det i dag store kapasitetsproblemer. Det er lange ventelister for skopi av tykk- og endetarm. Det er mangel på personell med kompetanse i palliasjon. Nye måter å tenke utdanning/videreutdanning på må til for å møte kapasitetsutfordringene i framtida.

For å bygge opp og vedlikeholde kompetanse er det nødvendig å samle spesialiserte funksjoner og pasienttilbud, slik at de som skal gi behandlingstilbudet får muligheten til å opparbeide seg og vedlikeholde erfaring og kompetanse. I denne forbindelse bør det diskuteres om utredning, diagnostikk og behandling av kreft bør sentraliseres til færre sykehus i Norge. For flere av de sjeldne krefttypene vil det bare bli tilbudt behandling ett sted i Norge.

Screening

Screening har til hensikt å finne personene som bør undersøkes nærmere for den tilstanden det screenes for. Metodene som benyttes ved screeningen må være tilstrekkelig treffsikker til at en finner de en vil finne og ikke mister noen en vil finne.

Kolorektalkreft er et stort folkehelseproblem med stor sykелighet og dødelighet. I Norge er insidensen høy og økende. Det skal settes i gang et pilotprosjekt om screening for tarmkreft der et tilbud om screening skal gå ut til en avgrenset befolkningsgruppe. Foruten tiltak som røykestopp, fysisk aktivitet og riktig kosthold er innføring av screening det eneste kjente tiltaket som kan redusere sykkelighet og dødelighet ved denne sykdommen. Men screening er ikke uproblematisk. Det kan skapes unødig frykt i befolkningen, og det vil være risiko for alvorlige komplikasjoner ved de videre undersøkelser etter positive screeningfunn.

Tiltak utenfor helsesektoren

Ikke alle årsakene til utviklingen av kreft er kjent per i dag. Det er likevel kjent hva som kan gi en redusert risiko for utvikling av kreft. Viktige enkeltfaktorer er fysisk aktivitet, sunt kosthold og å unngå røyking og alkohol. Større satsning på forebyggende tiltak mot kreft kan bidra til å redusere de store menneskelige følgene og de og samfunnsøkonomiske konsekvensene som følger av kreftsykdom. Det tar mange år før en ser effekten av forebyggende tiltak. Det er derfor viktig å komme i gang med forebyggingstiltak. Fordelen med forebyggingstiltakene er at de gir god effekt også mot andre sykdommer.

Palliasjon

Pasienter med kreft som ikke kan kureres for sin sykdom kan få behov for palliativ behandling mot sluttfasen av livet. Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter

med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling praktiseres på alle områder og nivåer av helsevesenet og fordrer et godt samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste.

Ny teknologi – høye kostnader

Nye behandlingsformer for kreft er under utvikling og felles for dem er at de er ressursintensive og/eller kostbare. Særlig utviklingen av nye biologiske legemidler åpner for nye behandlingsmuligheter. Nye legemidler som fører til helbredelse hos pasienten kan bli tatt i bruk i helsetjenesten selv om de er svært kostbare. Nye kostbare legemidler som gir livsforlengelse, men ikke helbredelse, kan bli tatt i bruk dersom effekten av tiltaket står i et rimelig forhold til kostnadene. Det er en erfaring at noen pasienter i en pasientgruppe kan ha svært god effekt av et legemiddel, mens andre ikke opplever effekt. Et viktig spørsmål er derfor om det er undergrupper av pasienter som har særlig nytte av ulike behandlinger. Det kan være vanskelig å finne ut av hvem som vil ha nytte av behandlingen, men selv om det lar seg gjøre, er det likevel ikke ensbetydende med at det offentlige skal betale for denne behandlingen.

Det utvikles stadig nye legemidler mot kreft som kan gi pasienter med alvorlig sykdom et tilbud om livsforlengende behandling. Felles for disse legemidlene er at de ofte har mangelfullt datagrunnlag, til dels svært høye behandlingskostnader, lite dokumentert erfaring fra klinisk bruk utenfor studier og dermed stor usikkerhet knyttet til både effekt og kostnadseffektivitet. Dette er en generell utfordring med nye legemidler hvor det er lite erfaring med bruk. Lite

erfaring med bruk gjør at det blir vanskelig på beregne kostnad og nytte/effekt eller ICER – inkrementell kostnad/effekt-ratio.

Ofte har det vært behandlende lege ved helseforetaket som har vært nødt til å ta beslutningen om en pasient skal få et kostbart legemiddel som livsforlengende behandling. Helsedirektoratets etablering av nasjonale faglige retningslinjer på kreft skal være faglig normerende for hvilken behandling som skal gis på de enkelte kreftformene. Handlingsprogrammene utarbeides i samarbeid mellom Helsedirektoratet og faggruppene innen de enkelte kreftformene.

PET/CT

PET er en teknologi som har fått økende oppmerksomhet de siste årene, spesielt innenfor diagnostikk av kreft. PET er en teknologi som er tatt i bruk uten at det har vært godt dokumentert hvilken plass teknologien kan ha i diagnostikken. Dokumentasjonen har blitt bedre og samtidig har bruksområdene økt. Det gjør at det nå er forventning om at alle RHFene skal etablere PET som tilbud i diagnostikken. Etablering av PET/CT med tilhørende syklotron for produksjon av det radioaktive materialet er kostbart, men åpner samtidig for bedre diagnostikk og behandling. Norge har i dag 5 PET-sentra mens Danmark har 30. Geografien i Norge gjør det betydelig dyrere å bygge ut PET enn i f.eks. Danmark.

Protonterapi er en strålebehandling som i hovedsak benyttes ved behandling av ulike kreftformer. Behandlingen er i første rekke aktuell hos pasienter hvor det ikke lar seg gjøre å tilføre tilstrekkelig store doser til svulsten med tradisjonell stråleterapi uten betydelig risiko for bivirkninger, eller hvor de stråledoser som i dag gis leder til betydelig grad av bivirkninger/seineffekter. Disse bivirkningene/seineffektene kan oftest ikke påvises før mange år etter avsluttet behandling. Protonterapi er i dag

etablert strålebehandling til barn. Bygging av et anlegg for protonterapi i Norge vil bli en aktuell problemstilling noen år fram i tid. Et anlegg for behandling av opptil 1 500 pasienter vil koste opp mot 1 milliard kroner basert på hva som er kostnadene i dag. Sverige bygger et anlegg og Danmark planlegger etablering av et anlegg.

Allogen stamcelletransplantasjon

Allogen stamcelletransplantasjon (SCT) brukes i behandlingen av bl.a. kreft. Det skjer en stadig utvikling av indikasjonsområdet for denne behandlingen. SCT er svært ressurskrevende og behandlingen gis bare ved to sykehus i Norge. Det er færre pasienter i Norge som får slik behandling enn i Sverige og Danmark. Den forventede økningen i allogen SCT de kommende år er vesentlig knyttet til transplantasjoner med stamceller fra ubeslektet giver og til transplantasjoner med navlestrengsblod hos voksne. Norge gir i dag allogen SCT til ca 70 pasienter, men vil i de kommende årene utvide dette tilbudet til 130 pasienter. Dette vil bringe Norge mer på linje med Sverige og Danmark.

Rekonstruksjon av bryst etter brystkreftkirurgi

Det er blitt økende fokus på at det i Norge er mangel på kapasitet og ressurser for å kunne gjøre rekonstruksjon av bryst etter kirurgisk behandling for brystkreft. Rekonstruksjonskirurgi er ressurskrevende, men det mangler gode analyser for samlet ressursbruk og medisinske effekter av rekonstruksjon på lang sikt, og kunnskapsgrunnlaget bør derfor styrkes. Helsedirektoratet har etablert en arbeidsgruppe som skal lage et forslag til hvordan rekonstruksjon skal integreres i pasientforløpet hos kvinner som får kurativ behandling for brystkreft. Rekonstruksjonskirurgi skal inkluderes i handlingsprogrammet for brystkreft og skal bli en del av behandlingsforløpet.



14 Rus

Innledning

Rusmiddelproblemer har svært ulik karakter; fra tunge avhengighetstilstander til akutte forgiftningstilfeller og skadelig bruk som ikke er knyttet til avhengighet. Alvorlig rusmiddel-avhengighet innebærer økt risiko for tidlig død, blant annet som følge av risiko for ulykker og overdoser. Tilstanden medfører dårlig livskvalitet med nedsatt kognitiv, sosial fungering og nedsatt fysisk fungering som følge av skader og somatiske sykdommer. I tillegg er det en sterk sammenheng mellom rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser. Avhengigheten kan medføre store sosiale problemer som arbeidsledighet, bostedsløshet og fattigdom. Dette rammer også i stor grad omgivelsene, særlig pårørende (1) og barna. Personer med problematisk bruk, uten en diagnostisert avhengighet, har økt risiko for nedsatt fysisk og psykisk funksjonsnivå ved daglige gjøremål, de har diffuse plager, sykefravær og nedsatt evne til å takle utfordringer i dagliglivet.

Alkohol er ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) en av de viktigste risikofaktorene for sykdom og tidlig død i industrialiserte land (2). Det er anslagsvis 90 000 storforbrukere av alkohol i Norge. Gjennomsnittlig alkoholforbruk er lavere enn i resten av Europa, men konsumet har vært økende i en årrekke. Blant ungdom ser imidlertid denne trenden ut til å ha snudd, og selv om datagrunnlaget er mangelfullt har det trolig vært en fallende tendens etter en topp i 2003.

Antall narkotikadødsfall i Norge er høyt. Likevel er den illegale narkotikabruken blant det laveste i europeisk sammenheng. Bruken av illegale rusmidler økte på 1990-tallet, men har siden gått tilbake og ser ut til å ha stabilisert seg. Cannabis er det mest brukte illegale rusmiddelet, fulgt av amfetamin.

Bruk av ecstasy er redusert, det samme gjelder bruken av amfetamin, men det registreres en bekymringsfull dreining mot mer tilgjengelighet og bruk av metamfetamin. Bruk av opiater har vært relativt stabilt. Bruk av illegale stoffer blant ungdom har vist en nedadgående trend siden 2004. Antall injiserende narkotikabrukere er relativt høyt i Norge, anslagsvis 8200–12 500 (1).

Misbruk av legemidler er et stort helseproblem. Internasjonalt regner en at 1/3 av alt rusmiddelmisbruk er vanedannende legemidler. I Norge har det totalt sett vært en jevn øking i salget av vanedannende legemidler (3).

Tjenestetilbudet til mennesker med rusmiddelproblemer

I spesialisthelsetjenesten tilbys tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk (TSB). De regionale helseforetakene har valgt forskjellige strategier i utviklingsarbeidet i TSB, men alle fire arbeider for å sikre tilstrekkelig lokale tilbud om poliklinisk behandling, akuttbehandling/avrusning, dag- og døgnbehandling til mennesker med ruslidelser. En del spesialfunksjoner, som for eksempel tvangsinnleggelser etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3, spesialiserte tilbud til gravide med rus- eller medikamentell avhengighet eller personer som både har ruslidelse og psykisk lidelse, er regionale funksjoner. Private tjenesteytere som har avtale med et regionalt helseforetak utgjør en betydelig andel av døgnkapasiteten.

Innenfor TSB samarbeider sosialfaglig-, psykologfaglig- og medisinskfaglig personell i behandling av ruslidelser på spesialistnivå. Dette omfatter akuttbehandling, poliklinisk behandling, dagbehandling, døgnbehandling

og tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke (tvang) etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2, 10-3 (gravide) og 10-4 (med samtykke), i tillegg til substitusjonsbehandling. TSB dekker således en rekke ulike intervensjoner med ulik varighet og ulike mål, fra kronikerbehandling med et livslangt perspektiv til kortvarige intervensjoner. Det er stor grad av fysisk og psykisk komorbiditet, og det innebærer et stort behov for samarbeid med somatisk sektor og psykisk helsevern.

Kommunen har et omfattende ansvar for tjenester til mennesker med rusrelaterte problemer. Det kommunale rusarbeidet består av både forebygging, behandling og oppfølging. Det er derfor mange instanser som vil være involvert i det kommunale rusarbeidet. Tjenester og tiltak kan omfatte håndheving av alkoholloven overfor salgs- og skjenkenæringen, råd og veiledning, bolig og oppfølgingstjenester i bolig, arbeids- og aktivitetsrettede tiltak, psykisk helsetjeneste, oppsøkende/ambulante tjenester, lavterskeltilbud, henvisning til og oppfølging under behandling i TSB eller opphold i annen institusjon/fengsel. Frivillighet supplerer de kommunale tiltakene til denne målgruppen. Den kommunale helse- og sosialtjenesten bør utgjøre kontinuiteten i behandlingen av rusmiddelmisbruk og samarbeide tett med tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) dersom pasienten har behov for mer spesialisert behandling.

Prioriteringer og satsninger

Rusmiddelmisbruk er et så alvorlig samfunnsproblem at det er tatt inn i lovverket. De viktigste lovene på rusfeltet er alkoholloven, pasientrettighetsloven, lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, tannhelsetjenesteloven, lov om psykisk helsevern, lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, spesialisthelsetjenesteloven og

sprøyteromsloven. For TSB gjelder også de øvrige lovene som regulerer spesialisthelsetjenesten.

Tiltak mot rusmiddelmisbruk har vært et politisk prioritert satsingsområde i mange år. Det har vært handlingsplaner på rusfeltet gjennom størstedelen av det siste tiåret. Opptrappingsplan for rusfeltet (2007–2010/2012) har som mål å redusere de negative konsekvensene som rusmiddelmisbruk har for enkeltpersoner og for samfunnet.

Rusreformen i 2004 var en systemreform, hvor hensikten var at mennesker med rusmiddelproblemer skulle få bedre og helhetlige tjenester og at behandlingsresultatene skulle bli bedre. Opptrappingsplanen handler blant annet om å gi rusreformen et innhold. Gjennom opptrappingsplanen har også kapasiteten i kommuner og spesialisthelsetjenesten blitt rustet opp, og kvaliteten på det samlede arbeidet har økt.

I årene fra 2006 til 2009 har kravet om prioritering av TSB og psykisk helsevern framkommet tydelig i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene: «Den prosentvise veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være sterkere enn innen somatikk» (4). I statsbudsjettet for 2010 framkom det også at TSB og psykisk helsevern skal ha prioritet, og det har også de seneste årene vært angitt måltall for veksten til poliklinisk behandling.

Også kommunene har fått tilført mer midler til kommunalt rusarbeid. For eksempel har tidlig hjelp vært et viktig satsingsområde de siste årene, og flere departement og direktorater samarbeider om satsingen på tidlig intervensjon. I tillegg har unge under 23 år vært en prioritert pasientgruppe innenfor TSB og psykisk helsevern siden innføring av ventetidsgarantien i 2008. Garantien innebærer at pasientene har rett til å få henvisningen vurdert innen 10 virkedager og motta helsehjelp innen 65 virkedager. Innenfor TSB var

det 88 prosent av pasientene som fikk vurdert henvisningen innen fristen og 91 prosent som mottok helsehjelpen de ble vurdert for innen fristen (5).

Hva er oppnådd

Tilskudd er et sentralt virkemiddel overfor kommunene og har bidratt til økt kapasitet i det kommunale rusarbeidet. Tilskuddet har økt med ca 300 millioner kroner siden 2006, og er i 2011 på 407 millioner kroner. I 2010 fikk om lag 250 kommuner og ca 650 tiltak statlige tilskuddsmidler. Øremerkede tilskudd kommer i tillegg til de statlige overføringene og lovpålagte oppgaver til kommunene. Ca 4,3 mill. av landets innbyggere bor i kommuner som mottar tilskudd til kommunalt rusarbeid. Det er likevel 173 mindre kommuner som ikke søker om tilskudd. Det er et ønske om å øke kapasiteten også i de mindre kommunene.

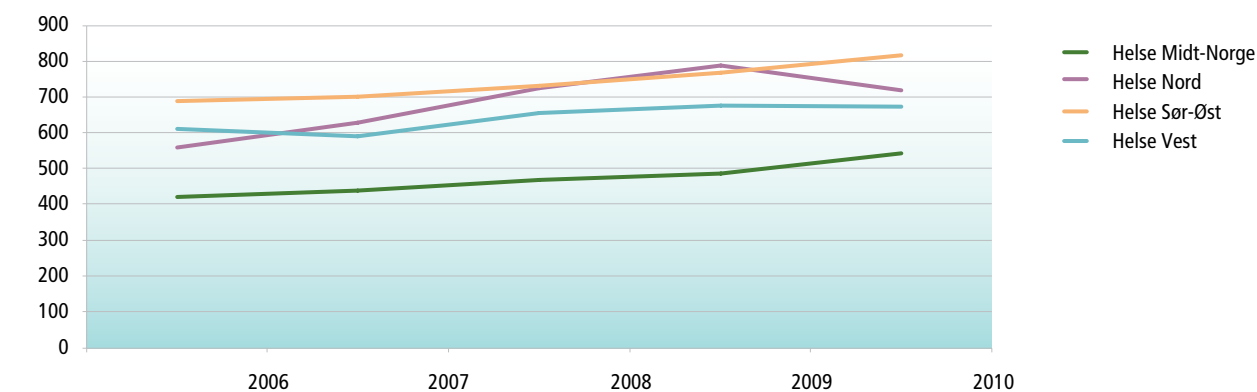
Gjennom tilskuddsordningene er det etablert lavterskel helsetiltak for rusmiddelavhengige som ikke mestrer å nyttiggjøre seg de ordinære primærhelsetjenestene. Oppfølging av pasienter i legemiddel-assistert rehabilitering er styrket, men det er fremdeles mangel-full oppfølging av både LAR-pasienter og andre med rusmiddelproblemer i kommunen.

I tillegg gis det støtte til arbeidsrettede tiltak for rusmiddelavhengige, tidlig intervensjonstiltak overfor unge i risiko og etablering av rusakutter i flere av landets storbyer. At det er mange bostedsløse i denne gruppen er fremdeles en stor utfordring, og det er behov for å prioritere og å gi et tilpasset boligtilbud til mennesker med alvorlig rusavhengighet.

På nasjonalt nivå har en nådd målet om at den prosentvise veksten i TSB og psykisk helsevern skal være sterkere enn i somatisk sektor. Fra 2006-2010 økte kostnadene til TSB med 26 prosent, mens tilsvarende tall for psykisk helsevern og somatikk var henholdsvis 11 prosent og 6 prosent. I samme periode har også den prosentvise økningen i aktivitet vært større i TSB og psykisk helsevern enn i somatikk (4). Dette gjelder særlig poliklinisk aktivitet. For døgnbehandling sees en økning i antall innleggelser, men en nedgang i antall oppholdsdøgn. Samtidig ser vi av figur 14.4 at det fortsatt er lange ventetider på behandling.

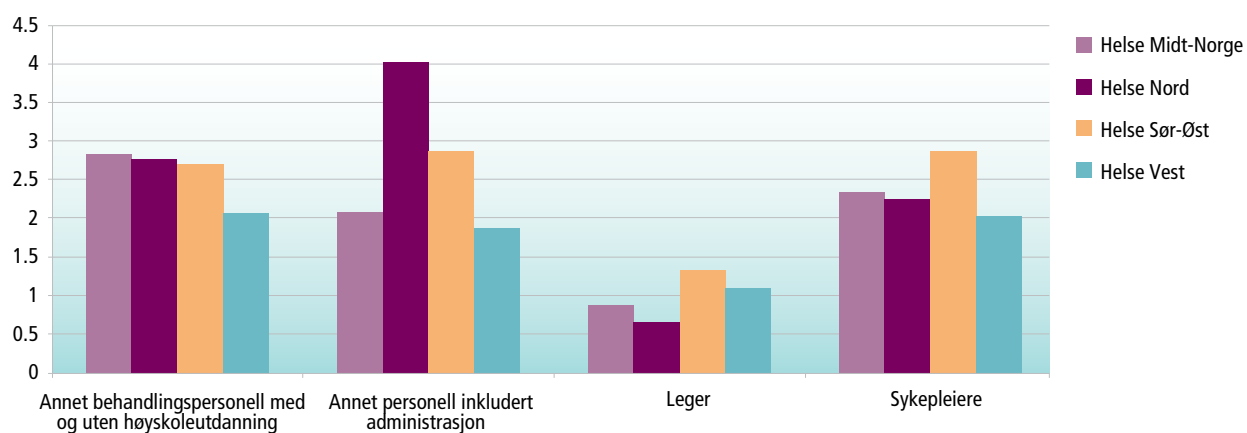
Dersom ressursbruk pr innbygger gir en indikasjon om tilgjengelighet av tjenester, ser vi i figurene 14.1 og 14.2 at det er store regionale forskjeller. I tillegg er det fortsatt regionale forskjeller i rettighetstildelingen for pasienter med rusmiddelproblemer, men det kan se ut som om regionene nærmer seg hverandre, figur 14.3.

Figur 14.1 TSB Kostnader per innbygger 18 år og eldre i ulike regioner, 2006-2010



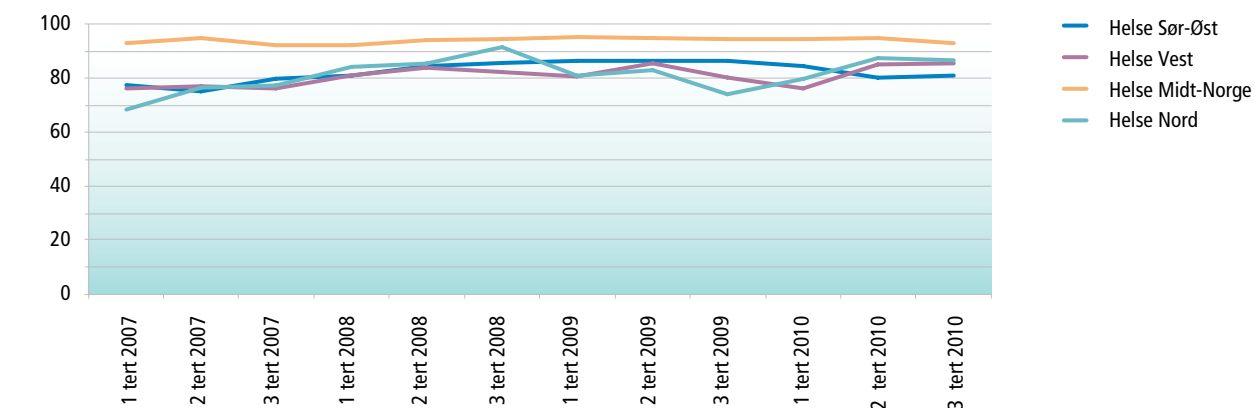
Kilde: Samdata

Figur 14.2 TSB Personell per 10 000 innbyggere 18 år og eldre i ulike regioner i 2010



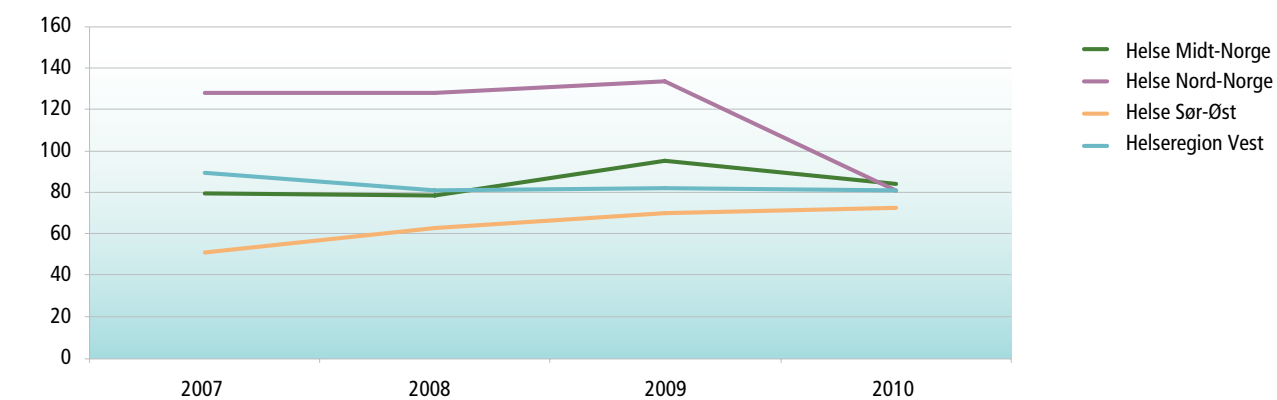
Kilde: Samdata

Figur 14.3 TSB Andel rettighetspasienter i ulike helseregioner, 1. tertial 2007 til 3. tertial 2010



Kilde: NPR

Figur 14.4 TSB gjennomsnittlig ventetid for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp i ulike regioner, 2007-2010



Kilde: NPR

Framtidas behov og prioriteringsutfordringer

Selv om narkotikabruken i Norge er lav i europeisk sammenheng, er det viktig å følge den internasjonale utviklingen i rustrender. Utviklingen i rusmønsteret må gjenspeiles i både forebyggingsinnsatser og i behandlingstilbud. Blant annet vet vi at økning i alkoholkonsum har ført til en tilsvarende økning i henvendelser for behandling av alkoholproblemer og en økning i sykehusinnleggelser med alkoholrelaterte diagnoser. Behandlingsmulighetene for vanedannende legemidler er pr i dag begrenset. Det bør vurderes om en trenger mer spesifikk behandling for pasienter med hovedsakelig sentralstimulerende misbruk. Legemidler som ofte blir forskrevet til pasienter med angst, søvnvansker eller smerter, kan være avhengighetsskapende. Bruk og derunder skadelig bruk av slike legemidler er et underforsket område og et område hvor det er behov for å sette inn tiltak. Særlig gjelder dette overfor middelaldrende og eldre.

En åpenbar prioriteringsdiskusjon innen for rusfeltet er hvorvidt en bør prioritere de med en alvorlig rusavhengighet («de tyngste») eller de som har et mer problematisk forbruk uten en etablert avhengighet. Det er en rekke tiltak som retter seg mot såkalte «tyngre» rusmiddelmisbrukere (for eksempel legemiddelassistert rehabilitering), og noen mener at disse prioriteres for høyt. De siste årene har det vært et betydelig fokus og satsing på såkalte tidlig intervensjonstiltak der målsettingen er å sette inn tiltak tidlig for å hindre at problemene utvikler seg i mer alvorlig retning. Dette er en diskusjon der «alvorlighet» settes opp mot krav om «kostnadseffektivitet» og der målet på nytte raskt blir «rusfrihet». Det kan være kostnadseffektivt å sette inn tiltak tidlig, men det kan samtidig være etisk uforsvarlig å nedprioritere helsehjelp til en pasientgruppe som er alvorlig syk.

I denne diskusjonen bør en se på ulike mål for nytte av behandling, og der grad av rusfrihet kun vil være ett mål blant mange andre (for eksempel grad av psykisk og somatisk komorbiditet, bedret sosial situasjon, aktivitet, boligsituasjon, kriminalitet osv.).

Per i dag anser en at spesialisthelsetjenesten både har et ansvar for mennesker med en alvorlig avhengighetsproblematikk og mennesker med mer problematisk forbruk av rusmidler (6). Samhandlingsreformen kan utfordre dette og framtvinge behov for en tydeligere prioritering mellom pasientene, men per i dag har vi ikke entydige svar på dette, og kanskje heller ikke godt nok forskningsgrunnlag å basere oss på.

Effekt av tiltak

Behandling av rusmiddelmisbrukere gir god effekt både i livskvalitet og levetid. For pasienter som mottar substitusjonsbehandling (LAR) halveres for eksempel risikoen for å dø, sammenliknet med å stå på venteliste til LAR (7). Risikoen for å dø er imidlertid enda høyere for pasienter som avbryter behandlingen. For pasienter i rusbehandling generelt er det gjort funn som konkluderer med en betydelig og stabil reduksjon i rusmiddelmisbruk og i antall dager med kriminalitet etter behandling, mens forbedringen i psykisk helse og arbeidssituasjon var mindre markant (8).

Nytten av rusbehandling i TSB er best der det gis påfølgende oppfølging i form av polikliniske konsultasjoner og/eller oppfølging i kommunal regi. Effektive behandlingsinnsatser i TSB svekkes dersom det kommunale tjenestetilbudet ikke er godt nok. Ved brudd i den planlagte behandlingen er det for eksempel funnet 16 ganger så høy risiko for å dø av overdose enn ellers (9). Ved vurdering av nytte av rusbehandling må en ta hensyn til den sammensatte problembelastningen som mange personer med rusmiddelproblemer har. Istedenfor å forholde seg til et lineært

og oppdelt tjenestetilbud, som til dels preger dagens behandlingstilbud, kan det være mer relevant å betrakte behandlingsforløpene som sirkulære med flere reinnleggelser, flere ulike behandlingsintervensjoner, og der det må være en bredde i hva en definerer som nyttig behandling.

Tiltak utenfor helsesektoren

De kommunale tjenestene er fundamentet i behandlingen av rusmiddelproblemer fordi avhengighetsproblemet bare er en liten del av problembelastningen. Dette gjelder særlig problemer knyttet til bosted og meningsfulle aktiviteter eller arbeid.

Samtidig er det slik at mange med en rusmiddelavhengighet eller et problematisk forbruk av rusmidler ikke oppsøker helse-tjenesten for hjelp. Det er mye behandling som foregår som selvhjelp, enten på egen hånd eller med støtte fra frivillige organisasjoner.

Samhandling

En hovedprioritet for pasienter med rusmiddelproblemer er å få sammenhengende tjenester av god kvalitet fra ulike tjenestområder som omsorgstjenester, rehabilitering, NAV og lignende. Det er viktig å sikre koordinering av den samlede innsatsen ved å tydeliggjøre ansvarsområder og å avtalefeste dem, samt å få til tettere individuell oppfølging av både brukere og pårørende (10).

Det totale tjenestetilbudet for denne pasientgruppen er ofte fortsatt fragmentert og lite samordnet. Det er stor samsykklighet mellom rus- og psykiske lidelser, og behov for bedre rutiner og klar ansvarsfordeling når det gjelder utredning, behandling og oppfølging av denne pasientgruppen. De nye retningslinjene for kartlegging, behandling og oppfølging av personer med samtidige rus- og psykiske lidelser bør derfor implementeres. Pasienter med en alvorlig rusmiddelavhengighet har, i tillegg til psykiske problemer, også ofte

alvorlige somatiske lidelser, og det er et stort behov for bedre samarbeid internt i spesialisthelsetjenesten for å gi disse pasientene den behandlingen de har behov for.

Kostnader og kostnadseffektivitet

Ved rusbehandling er de største utgiftene knyttet til varigheten av døgnbehandling. Det er ingen dyre teknologiske behandlingsmetoder innenfor dette feltet. Beregninger av kostnader pr pasient i LAR viser en gjennomsnittskostnad på kr 90 500 pr pasient pr år. Tallet inkluderer legemiddelkostnader og utgifter til utlevering av disse, men kommunale utgifter til oppfølging eller andre utgifter som ikke er direkte knyttet til LAR-behandlingen er ikke tatt med (11). Poliklinisk virksomhet i TSB hadde i 2010 en estimert median enhetskostnad på 2128 kr pr konsultasjon, og median kostnad for et døgn på en TSB-institusjon var beregnet til 2600 kr (11). På kommunalt nivå er rusmiddelmisbrukere en ressurskrevende og kostbar gruppe fordi de har behov for omfattende og langvarige koordinerte tjenester, men det er ikke mulig å identifisere hvor mye av kommunenes tjenester som ytes til personer med rusmiddelproblemer.

Selv om det er forskningsmessig vanskelig å dokumentere de samlede samfunnsmessige kostnadene knyttet til rusmiddelmisbruk (12), er det store økonomiske kostnader ved å unnlate å behandle rusmiddelproblemer. Blant annet har Gjelsvik (13) anslått de samlede kostnadene som følge av alkoholbruk til å ligge mellom 11,5 og 12,5 mrd kroner årlig for norsk arbeidsliv. Bruk av alkohol i normalbefolkningen kan også få helsemessige konsekvenser som ikke belaster TSB, men i stedet somatiske helsetjenester i form av akutte skader og somatiske lidelser. En ny studie (14) viser også at heroinavhengige som kommer inn i LAR-behandling halverer kriminaliteten. Graden av kriminalitetsreduksjon varierte

blant pasientene; de som var i kontinuerlig behandling hadde den laveste kriminaliteten under behandling, mens pasienter som falt ut av behandling hadde høyere kriminalitet. Alle pasientene hadde likevel signifikant lavere kriminalitet under behandling, sammenlignet med kriminalitet forut for behandling.

Det er sparsomt med dokumentasjon om hva slags effekt ulike typer tiltak har, og det er vanskelig å foreta vurderinger om kostnadene ved tiltakene står i forhold til effekten.

Likeverdig tilbud

Som vist i figurene 14.3 og 14.4 har det vært store regionale forskjeller i ventetid til behandling i TSB for rettighetspasienter, men fra 2010 har regionene nærmert seg hverandre. Samtidig er det variasjoner i rettighetstildeling mellom regionene. Det er også variasjoner i sammensetningen av rusbehandlingstilbudet i hver region.

Tjenestetilbudet i kommunene er ulikt organisert ut fra lokale behov og forutsetninger. Tjenestetilbudet i kommunene er styrket gjennom statlig tilskudd til kommunale rustiltak. SINTEF sin evaluering av lavterskeltiltakene i 2008 viser blant annet at særlig de store byene har et bredt og mangfoldig tjenestetilbud. En evaluering viser store variasjoner mellom kommunene i bruk av tvang overfor personer med rusmiddelproblemer, og at institusjonenes gjennomføring av tvang også varierer.

Oppsummering og sammenfatning

Rusfeltet omtales ofte som et politisk prioritert felt. Ser en ensidig på kostnader som de regionale helseforetakene har benyttet til drift av TSB eller på utviklingen i tilskudd til rusarbeid i kommunene, tyder det på en prioritering av dette feltet. Andre måleindi-

katorer kan imidlertid utfordre dette bildet. Blant annet er det fortsatt lange ventetider på behandling, og det er ikke alle kommuner som har etablert et godt rustilbud i kommunen. I tillegg er TSB fortsatt et relativt nytt fagområde innenfor spesialisthelsetjenesten og det pågår fortsatt utviklingsarbeid og strukturering av tjenestene, samtidig som det er behov for å tydeliggjøre grenseoppgangen mot kommunene.

Noen utfordringer:

- Mangel på kompetanse og stigma knyttet til problematisk bruk eller avhengighet av rusmidler påvirker muligheten til å oppdage rusmiddelproblem på et tidlig tidspunkt. Dette kan påvirke kvaliteten og nytten av behandlingen og vanskeliggjøre en rehabiliteringsprosess.
- Det er viktig å få tidlig og god informasjon om nye trender og endringer i rusmiddelbruk og evt nye brukergrupper slik at tjenestene kan tilpasse seg dette dersom det er behov for det. Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere må implementeres slik at praksis i tjenestetilbudet i større grad blir kunnskapsbasert.
- Det bør utarbeides og etableres kvalitetsindikatorer som gir oss informasjon om nytteeffekten av behandlingen som gis. Samtidig er det vanskelig å finne målbare kriterier for bedret livskvalitet, og det er åpenbart at effekten av behandlingen ikke bare kan måles i forhold til rusfrihet. Ofte er det også et sett av tiltak som til sammen kan gi en effekt og ikke kun en intervensjon – noe som gir ytterligere måleutfordringer. Videre er det behov for i større grad å prioritere klinikk-/praksisnær forskning som fokuserer på effekten av ulike behandlingsintervensjoner.
- Framover er det viktig å prioritere bedre samordning av tjenestene som retter seg mot personer med rusmiddelproblemer;

kommunale helse- og omsorgstjenester, tannhelsetjenesten, fengslene og alle de øvrige sektorene i spesialisthelsetjenesten.

Det er derfor viktig få helse- og sosialsektoren til å samarbeide godt med øvrige tiltak som kan være essensielle i behandlingen av rusmiddelproblemer, for eksempel frivillige tiltak eller andre lokale tiltak.

- Tilgjengelighet, kontinuitet og individuell behandling er sentralt dersom rusbehandling skal ha en god effekt, i tillegg til tilrettelagte boliger og meningsfull aktivitet. Dette blir stadig trukket fram som mangler ved rustjenestene både på kommunalt nivå og spesialistnivå. Ytre faktorer som fattigdom og sosial ulikhet i helse har stor betydning i utviklingen av rusmiddelproblemer i befolkningen. Det finnes effektive forebyggingsmetoder som kan utnyttes enda bedre, og det er også mulig å gi tidlig behandling for å hindre utvikling av større problemer. Barn som har foreldre

som misbruker alkohol har for eksempel dobbelt så stor sjanse for selv å utvikle rusmiddelproblemer (15).

- Både gjennom samhandlingsreformen og i utviklingen av TSB er det en dreining mot mer poliklinisk behandling og reduksjon i døgnopphold. Samtidig kan dette føre til at kommune får et større ansvar for denne pasientgruppen. Framover er det viktig å følge med på og å diskutere hvilke økonomiske og faglige konsekvenser dette vil kunne få for kommunenes oppfølging av pasientgruppen, og også hvordan pasientene vil oppleve denne dreiningen.
- Statistikken på rusfeltet er fremdeles mangelfull når det gjelder tall om behov og behovsdekning, effektmål og utviklingen i tjenestene. Det er viktig å fortsette utviklingsarbeidet for å rette på dette. Utviklingsarbeidet må ses i nær sammenheng med tilsvarende utviklingsarbeid på psykisk helsefeltet.



15 Psykisk helse

Psykiske helseproblemer

Psykiske lidelser spanner fra lettere depresjoner til alvorlige psykoser. Psykiske helseproblemer er en viktig årsak til uførhet, sykdom og tidlig død, og medfører redusert funksjonsevne og tap av livskvalitet for mange mennesker. Psykiske lidelser forårsaker flere tapte arbeidsår enn noen annen diagnosegruppe. Depresjoner gir økt dødelighet og øker også dødeligheten av kroppslige sykdommer som hjerte- og karsykdommer og kreft. Personer med psykiske lidelser er blant dem som har dårligst levekår.

Tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser

Psykisk helsearbeid i kommunene og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten skal bidra til å styrke den enkeltes mestring, funksjonsevne og muligheter for integrering i lokalsamfunnet. Tjenesteapparatet skal også delta i og underbygge det forebyggende arbeidet, ved siden av tjenestens kurative funksjoner og støttefunksjoner.

Psykisk helsearbeid i kommunene omfatter forebygging, diagnostikk og funksjonsvurdering, tidlig hjelp og behandling for øvrig, rehabilitering, oppfølging, også i bolig, psykososial støtte og veiledning samt henvisning til og samhandling med spesialisttjenesten.

Psykisk helsearbeid utføres i ulike sektorer i kommunen, og omfatter arbeid på systemnivå som forebygging, opplysningsvirksomhet og annet arbeid som motvirker stigmatisering og diskriminering.

Psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten gir utredning og behandling på spesialistnivå.

Det psykiske helsevernet for barn og unge har hovedvekt på polikliniske funksjoner (BUP), men har også tilbud om døgnbehandling og samarbeider med det kommunale tjenesteapparatet.

Psykisk helsevern for voksne er et desentralisert tjenestetilbud ved distriktpsykiatriske senter (DPS) og med sentraliserte sykehusfunksjoner i ryggen. I tillegg er det privatpraktiserende spesialister. DPS gir spesialisert utredning og tilbyr differensiert behandling poliklinisk, ambulant eller som dag- og døgnbehandling. DPS bistår også kommunehelsetjenesten med råd og veiledning og skal ivareta kontinuiteten i spesialisthelsetjenesten, dvs. være veien inn og ut av det psykiske helsevernet.

De sentraliserte sykehusavdelingene skal ha høy kompetanse om gjestående funksjoner, som akutt- og sikkerhetsavdelinger og enkelte andre spesialiserte oppgaver.

Prioriteringer og satsninger

Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999 – 2008) har vært sentral i utvikling og styrking av tilbudet til pasienter med psykiske lidelser. Verdigrunnlag og de overordnede mål for Opptrappingsplanen var i overensstemmelse med WHO sin ministererklæring fra 2005 (1) og med forskning dokumentert under «community psychiatry» i internasjonal litteratur (2).

I oppbyggingen av de kommunale tilbudene la Opptrappingsplanen hovedvekten på alvorlige lidelser. Siktemålet var at det tilbudet som da ble bygd opp også skulle kunne gi et tilbud til personer med moderate og lettere problemer. Dette medførte at voksne innledningsvis i opptrappingsperioden fikk et sterkere fokus og at

utbyggingen av tjenester til barn og unge i kommunene ble hengende etter. I statsbudsjettet for 2001 ble derfor kommunene oppfordret til å bruke 20 pst. av de statlige tilskuddene til barn og unge.

Fra 2004 skulle personer med de vanligst forekommende lidelsene gis økt prioritet innenfor gjeldende prioriteringskriterier. Utover dette har det skjedd viktige justeringer innenfor den økonomiske rammen av Opptrappingsplanen, bl.a. med økte midler til arbeidet mot vold og traumatisk stress.

I psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten for barn og unge var det først og fremst behov for styrking av tilbudet, med mål om økt behandlingsskapasitet (dekningsgrad på 5 pst. av barnebefolkningen) og styrking av samarbeidet med kommunene. Dette betydde en betydelig styrking av det polikliniske tilbudet ved BUP.

I tilbudet til voksne var det behov for både å styrke og å omstrukturere tjenestene, og utbygging av DPSer over hele landet var en hovedsatsing i Opptrappingsplanen. St prp nr1 (2004-2005) forutsatte en styrking av det ambulante tilbudet, der ambulante akutteam skulle utprøves i løpet av 2005 og være etablert ved alle DPS innen utløpet av 2008.

Psykisk helse skal fortsatt ha prioritet (statsbudsjettet for 2011), og er et sentralt tema i Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) (3).

Hva er oppnådd

Den omfattende satsingen gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse har bidratt til en markant styrking av denne sektoren.

Totaltallene for årsverk i psykisk helsearbeid i kommunene viser betydelig grad av stabilitet de to siste årene i opptrappingsperioden og de to første årene deretter (tabell 15.1). Det ser imidlertid ut til å være en ikke ubetydelig grad av reduksjon i årsverk barn og unge mens årsverk voksne ser ut til å øke tilsvarende. Dette er ikke

en ønsket utvikling og det er grunn til å følge utviklingen nøye.

Målt i årsverk er psykisk helsearbeid nå det største i kommunenes helse- og omsorgs nest etter pleie og omsorg.

Det psykiske helsevernet i spesialisthelsetjenesten har gjennomgått en betydelig styrking og omstilling. I tråd med intensjonene har driftkostnadene i psykisk helsevern for barn og unge økt mer enn for voksne, jfr tabell 1.1 For barn og unge har tilgjengeligheten til psykisk helsevern økt primært gjennom å styrke poliklinikkene (BUP). Målsettingen om en dekningsgrad på 5 pst. på landsbasis (dvs. andelen barn og unge i befolkningen som mottar et tilbud) er så godt som nådd.

Styrking av psykisk helsevern for voksne, har primært skjedd gjennom å etablere DPSer over hele landet. Disse har hovedansvar for å gi spesialisttilbud i et gitt geografisk område. Dette har bidratt til bedre tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester og at mange flere pasienter får hjelp nå enn tidligere. Samarbeidet mellom DPS og kommunene er blitt betydelig styrket. En forutsetning for å kunne ha et helhetlig tilbud til psykisk syke er at en har sentraliserte sykehusavdelinger som kan ivareta viktige funksjoner i tilfeller der det er nødvendig å sette inn særlige ressurser. For å nå de helsepolitiske målene er det likevel behov for fortsatt omstilling av tjenestene. Det må legges vekt på en faglig og kompetansemessig oppgradering av DPSene, slik at de blir i stand til å løse oppgavene som det forsettes at de skal løse. Akuttberedskap og utadrettet virksomhet må vektlegges mer. Sykehusfunksjonene må utvikles og avgrenses til de oppgavene som best blir ivaretatt der.

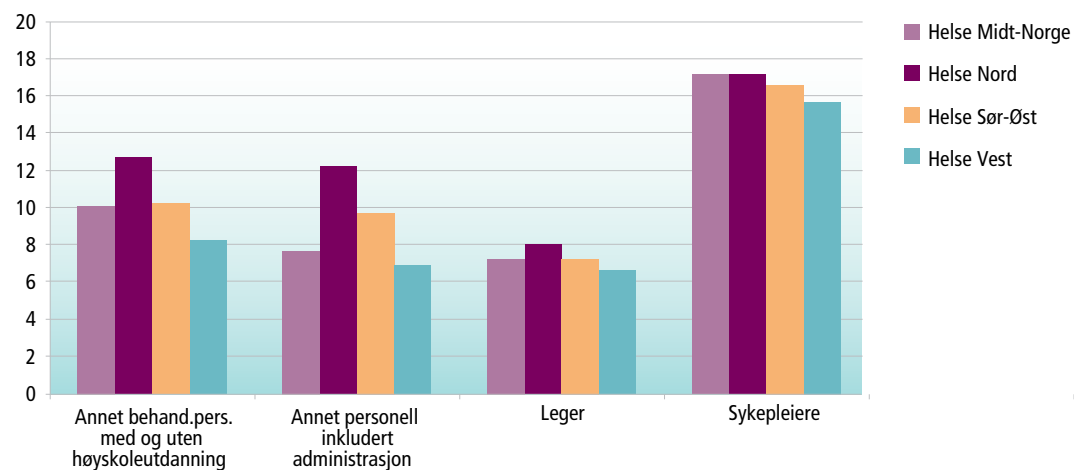
Det er store regionale forskjeller i alle typer personell pr innbygger, og det indikerer at tilgjengeligheten av tjenester til brukerne avhenger av hvor de bor.

Det er også regionale forskjeller i ventetider og rettighetstildeling i spesialisthelsetjenesten til personer med psykiske lidelser.

Tabell 15.1 Årsverk i psykisk helsearbeid i kommunene etter aktiviteter 2007 – 2010

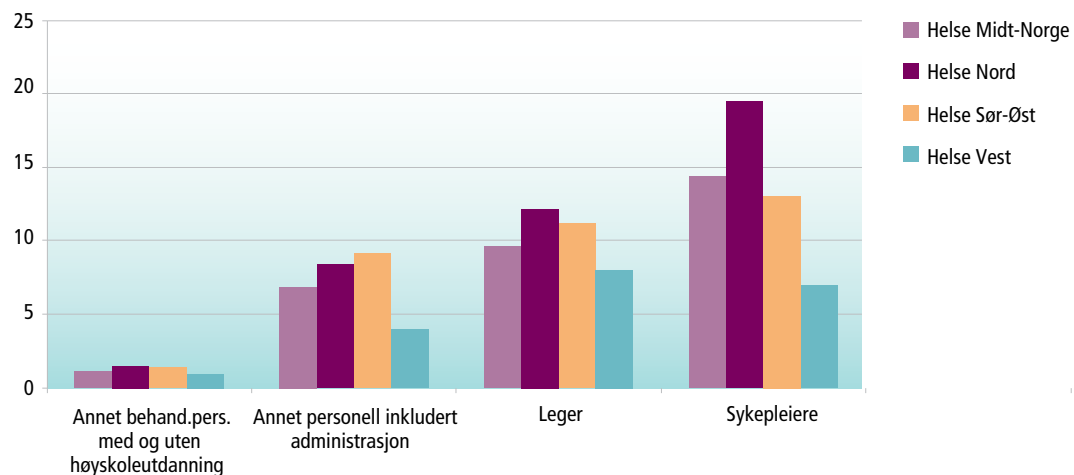
Årsverk	2007	2008	2009	2010
I alt	12 029	12 546	12 136	12 195
Årsverk voksne	9 069	9 627	9 392	9 492
Årsverk barn	2 961	2 920	2 744	2 703

Figur 15.1 Psykisk helsevern for voksne. Personell per 10000 innbyggere 18 år og eldre i 2010



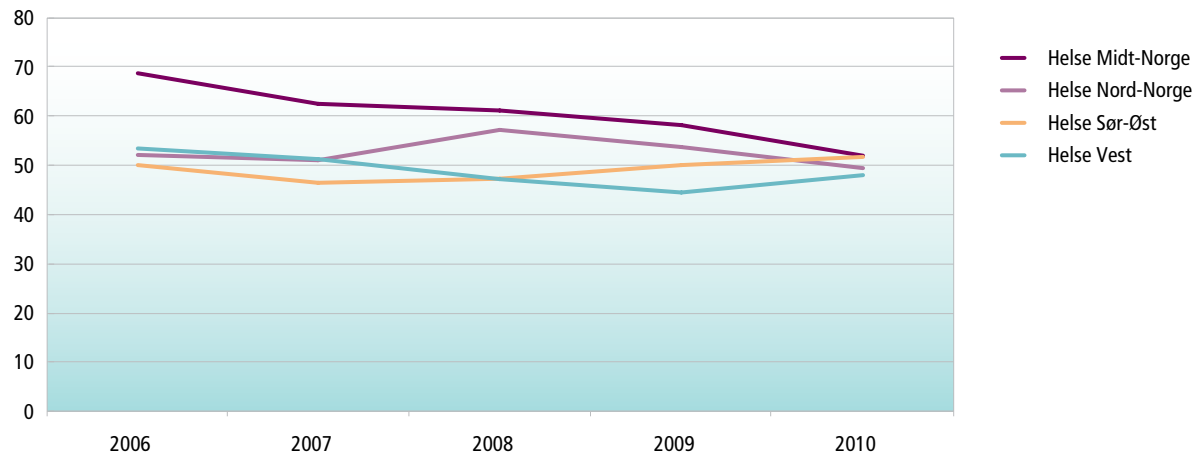
Kilde: Samdata

Figur 15.2 Psykisk helsevern for barn og unge. Personell per 10000 innbyggere under 18 år i 2010



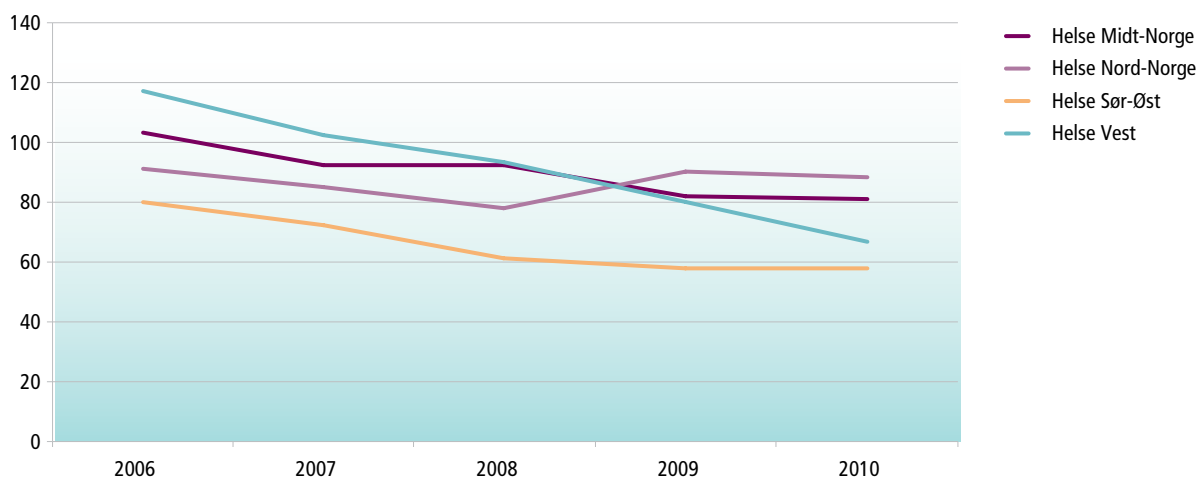
Kilde: Samdata

Figur 15.3 Psykisk helsevern for voksne. Gjennomsnittlig ventetid for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp, 2006-2010



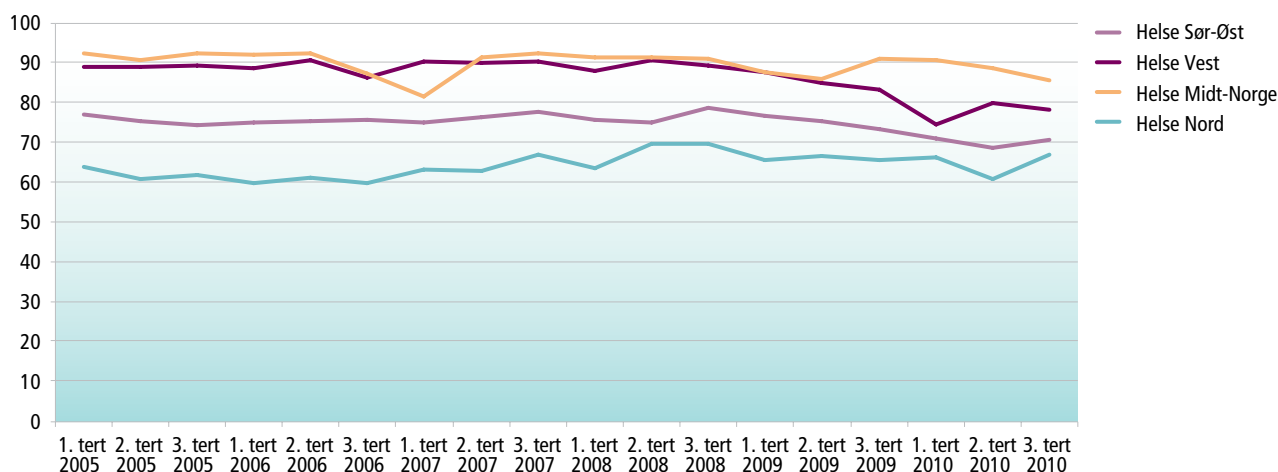
Kilde: NPR

Figur 15.4 Psykisk helsevern for barn og unge. Gjennomsnittlig ventetid for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp, 2006-2010



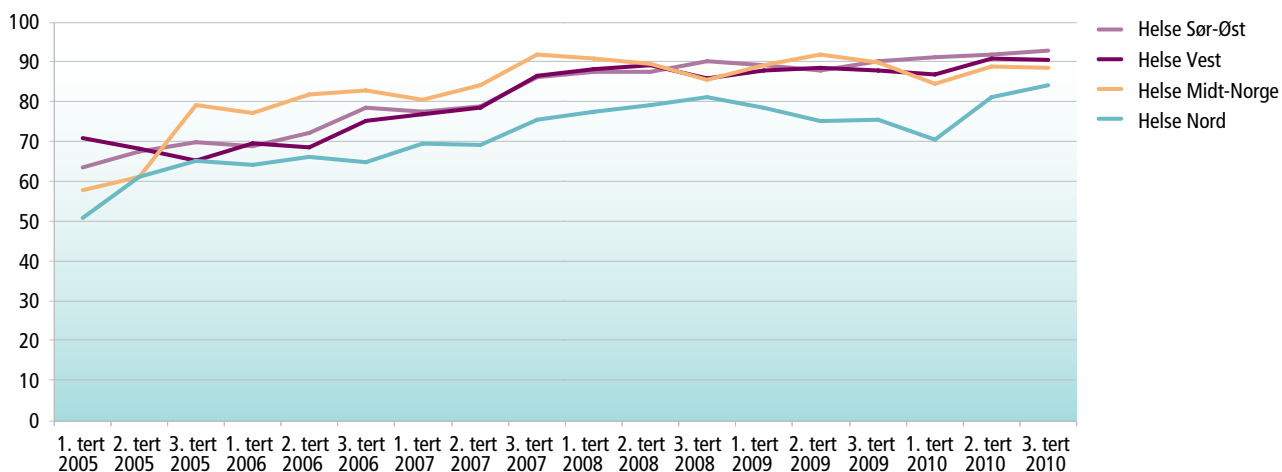
Kilde: NPR

Figur 15.5 Psykisk helsevern for voksne. Prosentandel rettighetspasienter ulike helseregioner, 1. tertial 2005 til 3. tertial 2010



Kilde: NPR

Figur 15.6 Psykisk helsevern for barn og unge. Prosentandel rettighetspasienter ulike helseregioner, 1. tertial 2005 til 3. tertial 2010



Kilde: NPR

Likeverdig tilgang – regionale forskjeller

Det er fremdeles store variasjoner i tjenestetilbudet til både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, og en kan stille spørsmål om virkemidlene for regionalt likeverd i tilbud er gode nok.

Privatpraktiserende psykiatere og psykologer som er en del av spesialisthelsetjenesten, hadde i 2010 29 pst. av pasientkontaktene i psykisk helsevern. De utgjør derved en viktig ressurs, men de er svært skjevt fordelt på landsbasis. Privatpraktiserende spesialister med avtale med regionale helseforetak er ikke pålagt å følge prioriteringsforskriften når de skal prioritere hvilke pasienter de skal behandle. Slike privatpraktiserende spesialister er ulikt fordelt i landet og for gir regionale forskjeller i tilbud og ulikheter i hvordan psykisk syke blir prioritert innad i sektoren.

Et bedra samarbeid om prioritering mellom DPS og privatpraktiserende spesialister vil kunne bidra til at de som trenger det mest får raskere hjelp. DPS-veilederen anbefaler et slik samarbeid. Det bør utformes virkemidler som kan stimulere til økt samarbeid og til å bedre integreringen av privatpraktiserende spesialister i et helhetlig tjenestetilbud.

Effekt og kostnad av tiltak

Innenfor psykisk helse er det ulike tilnærminger til hvordan lidelsene best skal behandles. Det er ulike terapiretninger og ulik vekt på bruk medikamenter.

Imidlertid legges det stor vekt på å styrke forskningen på psykisk helse og rusfeltet og å bruke kunnskapsbaserte metoder i utredning og behandling. Et viktig virkemiddel i dette arbeidet er å utvikle og implementere faglige retningslinjer. Anbefalingene i slike retningslinjer skal bygge på systematiske sammenfatninger av nyere vitenskapelige

forskningsresultater, kliniske erfaringer og brukerkompetanse. Helsedirektoratet har utarbeidet retningslinjer for flere diagnosegrupper, og flere er under arbeid.

Det er store utfordringer knyttet til måling av effekt og kostnader innenfor psykisk helsearbeid og psykisk helsevern. Psykiske lidelser kan for noen være meget langvarige og med store variasjoner i sykdomsforløp og i grad av tap av livskvalitet og funksjonsevne. Behandlingen kan derfor være både langvarig og sammensatt. Dette gir utfordringer når en skal vurdere effekt av behandling slik prioriteringsforskriften krever. Skal en måle effekt av enkeltbehandlinger i et langvarig behandlingsforløp eller skal alle enkeltelementene i et langvarig forløp måles under ett?

Effekten vil ofte være avhengig av hvor i sykdomsforløpet behandlingen settes inn. Behandlingstiltak kan ha liten effekt på kort sikt, men kan sammen med andre tiltak, være med på å gi god effekt på lengre sikt. Opplevd behandlingseffekt er ofte avhengig av andre forhold i pasientens livssituasjon. Brukerundersøkelser vil kunne gi viktig tilleggsinformasjon om hva som er virksomt. Integrering av brukerkunnskap som likeverdig kunnskap vil kunne ha stor betydning for økt kvalitet på tjenestene.

I 2009 ble det behandlet cirka 165 000 voksne pasienter i det psykiske helsevernet (4). Flertallet av disse (68 prosent) ble behandlet ved poliklinikkene. Beregninger viser at 10 prosent av pasientene brukte 79,5 prosent av ressursinnsatsen. Disse mest ressurskrevende pasientene sto for 94 prosent av oppholdsdøgnene, 24 prosent av de polikliniske konsultasjonene og 69 prosent av dagoppholdene, men kun 3 til 4 prosent av konsultasjonene hos avtalespesialistene. I den mest ressurskrevende pasientgruppen var det en overvekt av pasienter med en schizofreni-lidelse (28 prosent) eller en affektiv lidelse (33 prosent). 23 prosent av de ressurskrevende

pasientene ble tvangsinnlagt minst én gang i løpet av 2009.

I pasientgruppen som bruker mye ressurser kan det være personer som trenger mye og tett behandling og oppfølging over en periode. At få pasienter trekker mye ressurser, kan derfor være både riktig og nødvendig. Vi kan likevel ikke se bort i fra at det også kan være pasienter innenfor den ressurskrevende gruppen som ville hatt større utbytte av et bedre tilpasset tilbud i kommunen. I alt 84 prosent av de re-innlagte pasientene i 2009 tilhører den mest ressurskrevende pasientgruppen. Det kan bety at det også finnes enkelte pasienter som ikke får den oppfølgingen og behandlingen de har behov for. Det ble i 2009 behandlet cirka 52 000 pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. 10 prosent av pasientene brukte 66 prosent av ressursene. 29 prosent av de ressurskrevende pasientene mottok døgnbehandling.

I evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse ble det understreket at det var skjedd en positiv utvikling med mer nærhet til tjenestene, større tilgjengelighet og økt kapasitet der flere enn tidligere får behandling og oppfølging (5). Imidlertid er det en utfordring at vi vet for lite om innholdet og kvaliteten i tjenestetilbudet og effekten av behandlingen. I henhold til det nye rammeverket for kvalitetsindikatorer i helsetjenesten skal det arbeides spesielt med å utarbeide nye resultatindikatorer. I dette arbeidet skal det legges vekt på å benytte både forskningskompetanse, klinisk kompetanse og brukerkompetanse. Det skal legges stor vekt på brukererfaringer, og brukere og representanter fra brukerorganisasjoner skal delta i arbeidsgruppene.

Tjenestene arbeider også med utprøving av mer spesifikke verktøy for effektforskning på terapi med direkte tilbakemelding til terapeut og pasient. Et eksempel på dette er OQ 45 som utforskes ved Modum bad (6). OQ45 er

et selvrapporteringskjema som uavhengig av behandlingsmetode og diagnose gjennomføres før hver behandlingstid, evt en gang pr uke for inneliggende pasienter. Det beregnes skårer om symptomtrykk, interpersonlige forhold og sosial fungering som gir terapeut og pasient en direkte tilbakemelding om behandlingen gir forventet behandlingsrespons.

For psykiske lidelser vil ofte effekten av generelle forebyggings tiltak være komplementære til mer spesifikke helsetiltak og kunne øke effekten av disse. Generelle forebyggings tiltak favner bredere enn psykisk helse. Det gjør det komplisert å isolere effekten på psykiske lidelser og følgelig å beregne både effekt og kostnader som inngår i helhetlige tiltak og behandlingsforløp.

Tiltak utenfor helsesektoren kan også være av betydning for effekten av helsetiltak. Eksempler er bolig eller trygg omsorgssituasjon. Hvis dette ikke er i orden, kan effekten av helsetiltaket utebli. Det kan altså i enkelte tilfeller være avgjørende at andre sektorer enn helsesektoren har satt i gang tiltak for å kunne oppnå effekt av helsetiltaket, samtidig som helsesektoren ikke har innflytelse på innsats i andre sektorer. Konsekvensen er at helsetiltak ikke virker eller har dårlig effekt. Dette er utfordrende når en skal prioritere tiltak. Skal en prioritere pasienter hvor andre sektorer har gjort den nødvendige innsatsen for at helse tiltakene skal ha effekt foran andre pasienter hvor andre sektorer ikke har satt inn nødvendige tiltak?

Samhandling

Behandlings tiltakene for personer med psykiske lidelser er ofte sammensatt av tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Samhandlingsreformen har som formål at mer helsearbeid skal tilbys i kommunene fordi en mener at dette samlet sett vil bedre effekten av tjenestene.

Å prioriterere når kostnadene ved et samlet behandlingsforløp skal dekkes av ulike budsjetter, kan bli krevende. Beslutninger i spesialisthelsetjenesten kan ha konsekvenser for utgifter i kommunehelsetjenesten og vice versa. Det kan være ulikt styrkeforhold når det skal samarbeides om beslutninger om ressursbruk og hvilket budsjett ressursene skal tas fra. Dette kan få konsekvenser for hva som blir besluttet og for effekten av tiltakene.

At enkelttiltak innenfor et pasientforløp faller innenfor ulike lovverk er også utfordrende. For spesialisthelsetjenester gjelder prioriteringsforskriften. Både vilkårene om alvorlighet, effekt og kostnadseffektivitet må være oppfylt for at en pasient skal få rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp og en siste-rist for når hjelpen skal settes i gang. Det er utarbeidet prioriteringsveiledere som beslutningsstøtte for spesialister som skal foreta prioriteringer. For den kommunale helse-tjenesten er prioriteringskriteriene ikke lovfestet, men de er likevel førende. Det er foreløpig ikke utarbeidet retningslinjer eller veiledere til støtte for prioriteringsbeslutninger i kommunehelsetjenesten. Et mulig tiltak er derfor å utarbeide prioriteringsveiledere for kommunale tjenester. Disse bør i så fall samordnes med prioriteringsveilederne som gjelder for spesialisthelsetjenesten.

Omstrukturering av psykisk helsevern og god ressursutnyttelse

WHO la i 2008 fram en rapport som viser at Norge har et tungt innslag av sengeplasser sammenliknet med resten av Europa. Sverige, Danmark, Finland og England har grovt regnet halvparten så mange døgnplasser som Norge. Totalt er 85 prosent. av ressursene knyttet opp til døgnbehandling. Fremdeles går en større andel av ressursene til sentraliserte sykehus-avdelinger enn til DPS, til tross for at helseforetakene gjennom flere år er gitt i oppdrag å

endre dette ved å sette DPS i stand til å ivareta sine funksjoner og videreutvikle polikliniske og ambulante tilbud.

Økt vekt må legges på utadrettet arbeid, samarbeid og at DPSene understøtter kommunale tjenester. Et nærmere samarbeid mellom kommuner og DPS vil kunne bidra til færre, men adekvate henvisninger til psykisk helsevern, idet problemstillinger kan avklares tidligere og i direkte dialog. Det er viktig å finne en god balanse mellom døgnbehandling versus poliklinikk og ambulant virksomhet for å sikre en god ressursutnyttelse. Hjemme-behandling er lite systematisk utprøvd i Norge og vil være et viktig utviklingsområde framover. Bedre tilrette-lagte tilbud vil være påkrevd for å bedre tilbud til eldre med psykiske problemer.

Å flytte ressurser fra en virksomhet til en annen er svært krevende. Muligens er det behov for klarere virkemidler for å påvirke videre omstilling av det psykiske helsevernet. Omstil-linger må likevel baseres på en samlet vurdering av befolkningens behandlingsbehov og forventet nytte av ulike tiltak samt av kostnadseffektivitet.

Sammenfatning

Trass i gjennomføringen av den tiårige Opptappingsplanen med tilføring av betydelige ressurser, gjenstår det betydelige prioriteringsutfordringer.

Mennesker med psykiske problemer, særlig i kombinasjon med rusproblemer, er fortsatt blant dem som har de dårligste levekårene. Siden sykdoms- og problembelastningen på dette feltet ser ut til å øke, vil det kunne forsterke prioriteringsutfordringene framover.

Helsefremmende og universelt forebyg-gende arbeid møter særlige utfordringer siden arbeidet i stor grad må foregå i andre sektorer og i noen grad i konkurranse med disse sektorenes prioriteringer.

Blant utfordringene vi står overfor i framtida kan følgende nevnes:

- Oppgavefordeling og samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten ved gjennomføring av samhandlingsreformen
- Vridning av innsatsen i kommunene i retning mer forebygging og økt vekt på aktiv behandling
- Økt vekt i kommunene på tiltak til barn og unge og for personer med samtidige psykiske problemer og rusmiddelproblemer
- Videre omstilling av psykisk helsevern og overføringen av ressurser fra sykehus til gjennomføring av DPS-oppbyggingen. Omstilling fra døgnbehandling til større vekt på poliklinisk og ambulant behandling
- Innhold, kulturer og holdninger: Vekt på tjenester på brukernes premisser, ambulant virksomhet og arbeid på brukernes arenaer, styrket kvalitet, samarbeid mellom nivåene om redusert bruk av tvang
- Samhandling og samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten; organisering, kulturer og holdninger til hverandre
- Statistikken på psykisk helsefeltet er ikke så god som ønskelig for tall for behovsdekning, effektmål og for utviklingen i tjenestene. Det er viktig å igangsette et utviklingsarbeid for å møte dette. Utviklingsarbeidet må ses i nær sammenheng med tilsvarende utviklingsarbeid på rusfeltet (se avsnitt 14.6).

16 Tannhelsetjenesten

Innledning

De to viktigste tannsykdommene er karies (hull i tennene) og periodontitt (tannløsnings-sykdom). Stort sett hele befolkningen har tannsykdommer, men det er stor variasjon i alvorlighetsgrad. For et par generasjoner siden var karies ansett som et alvorlig helseproblem for hele befolkningen, og særlig for barn og unge. Det er imidlertid skjedd store forbedringer i befolkningens tannhelse, og i dag er sykdommen et alvorlig helseproblem kun for en liten andel av befolkningen (1). Periodontitt rammer i all hovedsak voksne. Sykdommen er progredierende og tiltar med økende alder.

Det er sosiale ulikheter i tannhelse som i generell helse. De som kommer dårligst ut er mottakere av stønader, personer med lav inntekt, grupper av funksjonshemmede og kronisk syke, samt eldre.

Tannsykdom har sammenheng med alder. Eldre nå og i framtida har sine tenner i behold i større grad enn før. Denne «fyllingsgenerasjonen» har et større behov for reparativ behandling og vedlikehold enn tidligere generasjoner eldre hvor mange var tannløse.

Tannsykdommer kan påvirke generelle sykdommer, og omvendt kan generell sykdom og medisinbruk påvirke tannhelsen (organtransplantasjoner, kreft, psykofarmaka med mer).

Tannhelsen har stor betydning for livskvalitet. Smerter fra tenner og munnhule/ansikts-region kan være svært invalidiserende. Det kan påvirke ernæring, noe som har betydning spesielt for eldre og syke. En god tannhelse er et aktivum når en skal delta i det sosiale livet, søke jobb etc. Undersøkelser har vist at rusmisbrukere i rehabilitering setter tannhelse som ett av de tre viktigste ønskene: Et sted å bo, se barna sine og få stelt tennene sine.

Tannhelsetjenestetilbudet

Tannsykdommenes karakter er slik at det kan være vanskelig for den enkelte å oppdage når det er behov for behandling. Derfor er det viktig med regelmessig ettersyn og «friskhetskontroll».

Tannhelsetjenesten i Norge består av en offentlig sektor, Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT), som er forankret i fylkeskommunen og en privat sektor. I 2009 arbeidet 66 prosent av tannhelsepersonellet i privat sektor. Om lag 9 prosent av landets tannleger er spesialister, og rundt 90 prosent av dem arbeider i privat sektor.

Fylkeskommunen har ansvar for å sørge for nødvendig tannhelsehjelp til noen prioriterte grupper (barn og unge 0-20 år, psykisk utviklingshemmede, eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie). Behandlingen er gratis til alle prioriterte unntatt 19-20 år som betaler 25 prosent.

Tannhelsetilbudet skal være oppsøkende, og forebyggende tiltak skal prioriteres foran behandling. Tiden som DOT benyttet til forebyggende og helsefremmende arbeid utenfor tannklinikken økte fra til 23 årsverk i 2005 til 25,5 årsverk i 2010. Det er en økning på 11 prosent. Nesten 1,5 millioner personer tilhørte fylkeskommunenes prioriterte grupper i 2010.

Fylkeskommunen har også ansvar for å sørge for at spesialiserte tannhelsetjenester er tilgjengelig for befolkningen, men den mangler virkemidler fordi majoriteten av spesialistene er privatpraktiserende. De som har størst behov for spesialiserte tannhelsetjenester er personer med omfattende tannhelseproblemer, samt personer med generelle sykdommer og handikap. Etableringen av regionale odontologiske kompetansesentra vil

bedre befolkningens tilgjengelighet til spesialiserte tannhelsetjenester.

Tannhelsetjenestetilbudet på sykehus er mangelfullt, og det er manglende samhandling mellom tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Utvalgte helseforetak vil i 2012 få i oppdrag å igangsette en forsøksordning med tannhelsetjenester organisert i tverrfaglig miljø på sykehus, hvor en både skal innhente erfaring/kunnskap om omfang av behov, og gi behandling / tjenester. Tilbudet skal forankres i spesialisthelsetjenesten.

Prioriteringer og satsninger

Lov om tannhelsetjenesten regulerer den offentlige tannhelsetjenesten, bl.a. ved at fylkeskommunen skal gi et oppsøkende og gratis tilbud til prioriterte grupper av befolkningen. Fylkeskommunen har en sentral rolle i folkehelsearbeidet, og dette er beskrevet i lov om folkehelsearbeid.

Lov om folketrygd definerer ulike diagnoser/tilstander som utløser rett til trygde- refusjon. Disse pasientene får deler av tannbehandlingskostnadene refundert av folketrygden.

Forskrift om prisopplysning ved tannlege- tjenester m.m (2) inneholder bestemmelser om prisinformasjon med mer.

St.meld. nr. 35 (2006-2007) omhandler framtidens tannhelsetjenester. Reformkarakteren i meldingen er særlig knyttet til fire områder: En geografisk utjevningsreform, en sosial utjevningsreform, et kunnskaps- og kompetanseløft og et løft i folkehelsearbeidet. De største utfordringene med tanke på likeverdige tannhelsetjenester er knyttet til geografi og bosted, personlig økonomi og den enkeltes livssituasjon.

I St.meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, foreslås tiltak for å utjevne sosial ulikhet i

helse. Strategien omfatter også tannhelse. De forslagene som angår generelle rammebetingelser i samfunnet, vil også ha betydning for tannhelsen.

Hva er oppnådd

Sosial utjevning og bedre tilgjengelighet av tannhelsetjenester til de som trenger det mest er noen av hovedmålene i St.meld.nr 35 (2006-2007).

De fleste over 20 år har ikke rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester og må i utgangspunktet betale alle utgifter selv. Det finnes likevel noen ordninger som gir unntak fra hovedregelen. Noen grupper har rett til offentlig finansiert behandling i den offentlige tannhelsetjenesten, og enkeltpersoner med spesifikke sykdommer/tilstander får innvilget hel eller delvis refusjon fra folketrygden. Selv med trygderefusjon kan behandlingen bli svært kostbar fordi det er fri prisfastsetting. Siden tannhelseproblemer, som andre helseproblemer, er sosialt skjevfordelt vil det ofte være personer med dårlig råd som har de største tannhelseproblemene og dermed også behov for den mest omfattende behandlingen. Dette bekreftes av Levekårsundersøkelsen 2008 (3; 4).

Tannhelsetjenesteloven skal revideres. Det er et mål at de som trenger det mest skal prioriteres innenfor rammen av offentlig finansierte tannhelsetjenester.

Framtidas behov og prioriteringsutfordringer

Det er størst sannsynlighet for at bedringen i tannhelsen vil fortsette. Det skjer en bedring av tannhelsen i alle lag av befolkningen, men den går raskere i høyere sosiale lag. Dette er en trend som har pågått i årtier. Jo mer oppmerksomhet som rettes mot helse, velvære, å

leve og spise sunt, jo bedre blir tannhelsen i de deler av befolkningen som følger slike leve-regler, og jo større blir forskjellen mellom dem og de som ikke mestrer livet sitt så godt eller som får helseproblemer, sosiale problemer eller kommer i en vanskelig livs situasjon.

Ordningene som finnes i dag for offentlig finansiering av tannbehandling i Norge, omfatter bare deler av befolkningen. Tannhelsetjenestens finansieringssystemer og organisering representerer utfordringer med hensyn til å nå målet om utjevning av sosiale forskjeller og hjelp til dem som trenger det mest. Undersøkelser viser at det udekkede behovet for tannbehandling er størst blandt personer i lavinntektsgruppene (5).

Tiltak utenfor helsesektoren

Alle som var friske da de ble født, ble også født med god tannhelse. I barnets første leveår er foreldrenes valg på barnets vegne avgjørende for om barnets gode tannhelse bevares eller forverres. Senere er det våre egne valg som ivaretar eller skader den gode tannhelsen vi ble født med. Tannhelsen vedlikeholdes eller forverres der vi lever våre liv: I hjemmet, i barnehagen, på skolen, i arbeidslivet, i sport og andre fritidsaktiviteter. Særlige utfordringer oppstår ved langvarig og/eller kronisk sykdom. Arbeidsløshet, eller dårlig økonomi av andre grunner, er i seg selv ingen trussel mot tannhelsen. Men vi ser ofte at det medfører en livsstil som kan bidra til at tannhelsen forringes, samtidig som regelmessig tannhelsekontroll eller nødvendige reparasjoner ikke blir prioritert. Som mennesker har vi forskjellige måter å takle utfordringer på. Det er sosiale forskjeller i tannhelse som i generell helse. Å utjevne disse forskjellene er en stor utfordring for velferdssamfunnet. Den store forbedringen av tannhelsen til den norske befolkningen viser at forebygging nytter, og at det er mulig å bevare en god tannhelse. Vi har kunnskapen som skal til.

Det som gjenstår, er å få organisert samfunnet og hverdagslivet slik at de valgene som er helsemessig sunne, også blir foretrukket.

Samhandling

Det at den offentlige tannhelsetjenesten er organisert på et eget forvaltningsnivå stiller høye krav til samhandling. For å kunne operasjonalisere samhandlingsreformens intensjoner er det viktig at de strukturelle hindringene for samhandling med tannhelsetjenesten reduseres. I dag er det personer som har helseproblemer, psykiske og sosiale problemer som også har tannhelseproblemer. Tidligere var tannhelseproblemer noe alle hadde. Den store majoriteten av befolkningen har ikke lenger store tann-helseproblemer. For dem spiller det liten rolle om dagens system blir videreført eller et nytt system blir etablert. De bør fortsatt betale for rutinemessig vedlikehold og forebyggende tjenester som i dag. Det er viktig at også tannhelsetjenester kan knyttes til et økonomisk skjermingssystem. I dag er det kun enkelte diagnoser som gir grunnlag for å føre egenandeler innenfor ordningen med egenandelstak 2.

Kostnader og kostnader i forhold til effekt

I dag oppsøker 87 prosent av befolkningen tannhelsetjenesten regelmessig. Blant de 13 prosent som ikke gjør det, finner vi de fleste blant stønadsmottakere og andre grupper med dårlig tannhelse og dårlig økonomi.

Levekårsundersøkelsen fra 2008 viser at sosioøkonomiske faktorer som inntekt og utdanning påvirker sannsynligheten for hvor ofte en besøker tannlege (3,4). Lav inntekt er den faktoren som ser ut til å ha størst betydning. Lav inntekt øker med andre ord sannsynligheten for å gå sjelden til tannlege. Det er tidligere vist at selv moderat egenbetaling ved bruk av helsetjenester kan

avgrense grupper med lav kjøpekraft fra å benytte tjenesten. Resultatene kan tyde på at særstillingen som tannhelsetjenesten har i Norge, hvor tannbehandling for voksne i hovedsak finansieres ved egenbetaling, kan medvirke til å ekskludere personer fra lav-inntektsgruppene fra å benytte tilbudet regelmessig.

Levekårsundersøkelsen viser videre en klar sammenheng mellom tannhelsetilstand og inntekt. Andelen med dårlig tannhelse går entydig ned med stigende inntekt. Når vi vet at de med lave inntekter har størst udekket behov for tannbehandling, kan det bety at egenbetalingen for noen av disse representerer en reell barriere for å benytte seg av nødvendige tannhelsetjenester.

tilgjengeligheten av tannhelsetjenester for dem som har de største behovene.

Finansieringssystemet er sannsynligvis en viktig grunn til at de som trenger tannhelsetjenester mest ikke oppsøker tjenesten. Retten til offentlig finansierte tannhelsetjenester bør større grad baseres på den enkeltes behov for tannhelsehjelp, ikke først og fremst gruppetilhørighet som i dag.

Skolering og bevisstgjøring om tannhelse i sektorer som møter personer som kan ha tannhelseproblemer, bør være en prioritert oppgave for den offentlige tannhelsetjenesten. Ansatte med slik opplæring kan da bidra med kunnskap og oppmuntring slik at krevende livshendelser og redusert helse ikke også medfører dårlig tannhelse.

Oppsummering og sammenfatning

Strukturelle tiltak og virkemidler kan bidra til bedre styring med tannhelsetjenesten slik at ressursene i større grad brukes der det er størst behov og gir størst utbytte i forhold til målsettingene om likeverdig tilbud og utjevning av sosiale helseforskjeller. Tiltakene bør bedre



17 Innvandrerhelse

Innledning

I dag er det omlag 600 900 personer bosatt i Norge som enten har innvandret selv (500 000) eller er født i Norge med innvandrerforeldre (100 000). Til sammen utgjør dette 12,2 prosent av befolkningen. Det bor innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i alle landets kommuner. Oslo har den største andelen med 170 200, som utgjør 28 prosent av befolkningen. Personer med innvandrerbakgrunn utgjør en høy andel av pasientgrunnlaget i sentrale deler av Østlandsområdet. Nær halvparten av innvandrerne har bakgrunn fra Asia, Afrika og Latin-Amerika. Kunnskapsgrunnlaget om innvandreres sykkelighet, helse og bruk av helsetjenester er mangelfullt og fragmentert blant annet fordi landbakgrunn eller fødeland ikke brukes som variabel i sentrale helseregistre og nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten fattet i møte 06.06.11 vedtak om at det skal utarbeides helserelevante data om innvandrergrupper. I første omgang vil eksisterende helseregistre hvor landbakgrunn eller fødeland er registrert bli analysert før nærmere prioritering av problemstillinger og videre kunnskapsinnhenting.

Helsedirektoratets utviklingstrekkrapport 2009 (1) hadde migrasjon og helse som tema. Her vises det til SSBs levekårsundersøkelse 2005-2006, der det kommer fram at selvrapportert psykiske problemer er større blant ungdom med innvandrerbakgrunn enn i befolkningen som helhet. Mens psykiske problemer blir mindre ved økende alder i befolkningen som helhet, er det motsatt i innvandrerbefolkningen. Når en sammenlikner befolkningen med innvandrerbakgrunn og

majoritetsbefolkningen, finner en at sykdomsmønsteret er forskjellig. Det er flere med innvandrerbakgrunn som har diabetes, angina og leddgikt enn i den øvrige befolkningen, mens atopiske lidelser, hypertensjon og kreft forekommer sjeldnere. Infeksjonssykdommer som hiv/aids og tuberkulose forekommer i større grad i innvandrerbefolkningen.

Innvandrerens helse varierer også etter kjente sosioøkonomiske faktorer som utdanning, sysselsetting, økonomi, boligstatus, arbeidsmiljø, nettverk og opplevd diskriminering. Innvandrere med sterk sosioøkonomisk posisjon har bedre helse enn innvandrere uten disse fortrinnene. God sosial forankring og gode norskferdigheter karakteriserer likeledes personer med god helse (2). Andelen som vurderer egen helse som god eller svært god er betydelig lavere blant innvandrere fra ikke-vestlige land enn blant etnisk norske (3).

Dette innebærer at helseforhold og helse-tjenestetilbudene til innvandrere må bygge på forståelsen av at mange årsaksfaktorer kan forsterke hverandre og skape en situasjon som kan oppfattes som urettferdig og ikke i samsvar med de verdier og idealer om likeverd som vi ellers bygger på.

Målsetting om lik tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet er spesielt utfordrende i forhold til de mest utsatte gruppene i innvandrerbefolkningen. Helse- og omsorgspersonell har generelt for lite kunnskap om migrasjonshelse. Det er fortsatt mangler i tilrettelegging av informasjon om helse- og omsorgstjenestene for utsatte innvandrergrupper. Tolketjenester bør utvikles videre.

En undersøkelse av tjenestetilbudet til befolkningen i bydelene Alna og Grorud i Oslo (4) viser en høyere sykkelighet blant ikke-vestlige innvandrere og at de i større grad

oppsøker det somatiske helsetjenestetilbudet enn hva som er tilfellet med befolkningsgjennomsnittet i Norge. Undersøkelser viser en overhyppighet av enkelte lidelser som KOLS og diabetes II, mens blant annet bruk av rusmidler og høyt blodtrykk er lavere enn i den øvrige befolkningen.

Regelverket legger opp til like rettigheter for alle som har lovlig opphold i landet. Det har vært en rådende holdning at en ikke skal utvikle det som er definert som særomsorg, men heller vektlegge individuell tilrettelegging. Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente.

Satsinger og prosjekter som skal bidra til likeverdige helsetjenester

Samhandlingsprosjekt i Helse Sør-Øst

70 prosent av landets ca 600 900 innvandrere eller norskfødte med innvandrerbakgrunn er bosatt i opptaksområde for Helse Sør-Øst. Innvandrerettheten er størst i sykehusområdene Oslo, Akershus og Vestre Viken. På bakgrunn av dette har Helse Sør-Øst og Oslo kommune ønsket å styrke helsetilbudet til denne gruppen. En felles satsning er iverksatt for å tilrettelegge helsetjenestene for denne befolkningsgruppen gjennom samhandlingsprosjektet «Styrking av likeverdig og integrerende helsetjeneste for minoritetsbefolkning i hovedstadsområdet» (5).

Diabetes

STORK-Groruddalen er et tilbud om forsterket svangerskapsomsorg, og et forskningsprosjekt som blant annet kartlegger kostholdsmønstre og fysisk aktivitet i en multi-etnisk populasjon. STORK-Groruddalen er et av flere folkehelse tiltak i Groruddalsatsningen som støttes

fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet.

Prosjektet ble opprettet fordi det er avdekket en høy forekomst av diabetes i dette området – spesielt hos kvinner med innvandrerbakgrunn. Formålet er å videreutvikle svangerskaps- og fødselsomsorgen og helsestasjons-tjenesten for bedre forebygging og behandling av helseproblemer som overvekt, inaktivitet og diabetes i en multietnisk befolkning.

Diabetesforbundet har de senere år hatt særskilt fokus på deler av innvandrerbefolkningen og har utviklet informasjonsmateriell på aktuelle språk, i tillegg er informasjonstelefonen om Diabetes (Diafonen) tilgjengelig på aktuelle språk.

Psykisk helse

Flere undersøkelser dokumenterer at spesielt ikke-vestlige innvandrere har mer psykiske helseproblemer enn norskfødte (6). Terapeuter med erfaring fra behandling av traumatiserte flyktninger og asylsøkere (SOHEMI) rapporterer om begrenset behandlingskapasitet og kompetanse sett i forhold til behovene som finnes (7; 8). Det er også rapportert om at de distriktpspsykiatriske sentrene (DPS-ene) vegrer seg mot å behandle flyktninger og asylsøkere og spesielt personer uten dokumentert lovlig opphold (7 - 9).

Ofte er psykiske lidelser kombinert med sammensatte sosioøkonomiske problemer (mindre rus i deler av innvandrerbefolkningen enn blant norske med psykiske lidelser), og behandlingen og hjelpetilbudet må derfor innrettes på en måte som er hensiktsmessig for de som skal hjelpes. Konklusjonen fra Øst-Afrika prosjektet (10) er at «det er grunnleggende viktig at en innser at for å kunne hjelpe denne målgruppen trengs det endringer i forhold til rammer, organisering, metodikk og holdning.»

Familieplanlegging og forebygging av uønskede svangerskap og abort

Kunnskap om seksuell helse og om prevensjon varierer i innvandrerbefolkningen, og blant enkelte innvandrergrupper er det forholdsvis høye aborttall. Ved Ullevål Universitetssykehus har jordmødre tatt initiativ til et pilotprosjekt om familieplanlegging og forebygging av uønskede svangerskap og abort (FAFUS). Prosjektet har vist at det er behov for mer kunnskap om hvordan helsetjenestene kan nå enkelte grupper av innvandrerkvinner. I prosjektrapporten heter det at «dagens helsetilbud i noen grad er utilstrekkelig for minoritetskvinner og at det bør utvikles andre metoder for å sikre et likeverdig helsetilbud. Erfaringer er gjort ift at denne målgruppen har mangelfull kunnskap om egen kropp og prevensjon».

Frivillig arbeid

En rekke sosiale aktører arbeider forebyggende og helsefremmende, spesielt for flyktninger og asylsøkere.

Oslo Røde Kors har utviklet en rekke aktiviteter og tilbud rettet mot flyktninger, kvinner, barn og ungdom. Kirkens bymisjon og Røde Kors har etablert Helsesenter for papirløse i Oslo. Det er sannsynligvis personer uten lovlig opphold over hele landet. Tilgangen til helsehjelp er svært varierende (11). Primærmedisinsk verksted (Kirkens bymisjon) i Oslo er et lavterskeltilbud for innvandrerkvinner, spesielt fra Somalia, Irak og Pakistan. Kosthold, ernæring, fysisk aktivitet, seksuell og reproduktiv helse er sentrale temaområder. Her møter kvinner som ofte har lite utdanning og er preget av tradisjonelle kjønnsrollemønstre.

Brukermedvirkning

En viktig ressurs i det forebyggende og helsefremmende arbeidet er innvandrerorganisasjoner, ressurspersoner med innvandrerbakgrunn og nettverk bestående av innvandrere som setter helse på dagsorden.

Flere afrikanske nettverk og organisasjoner, for eksempel PanAfrican Women's Association (PAWA), arbeider forebyggende mot kjønnslemlestelse, men også for psykisk helse hos kvinner og barn med afrikansk tilknytning.

Rettslige virkemidler

I helselovgivningen (pasientrettighetsloven og helsepersonelloven bl.a.) understrekes pasientens rett til informasjon, medvirkning og forsvarlige tjenester. For minoritetsspråklige vil det ofte forutsette tilrettelagt kommunikasjon via kvalifisert tolk. Informasjon og medvirkning er en viktig forutsetning for likeverdige helse- og omsorgstjenester. Hele ideen bak et forbud mot indirekte diskriminering er at en noen ganger må behandle folk ulikt for å unngå diskriminering.

Framtidas behov og prioriteringsutfordringer

Helse- og omsorgstjenestene må forholde seg til et økende antall pasienter og brukere med innvandrerbakgrunn. Innvandrere er en heterogen gruppe hvor sammensetningen endres av internasjonale forhold som Norge vanligvis ikke kan påvirke. Variasjoner i behov kan endres etter hvilke grupper som innvandrer og av hva som er årsaken til innvandringen. Helse- og omsorgstjenesten må utvikle fleksibilitet til å tilpasse seg endring i brukergruppene. Behov for tilrettelagte tjenester og informasjon vil kunne øke.

En viktig utfordring vil være å ha oversikt over helseproblem og sykdommer som rammer innvandrerbefolkningen og å ha kunnskap om mulighetene for forebygging. Det psykiske helseverntilbudet må styrkes slik at flere flyktninger, asylsøkere og andre med innvandrerbakgrunn får et adekvat behandlingstilbud så tidlig som mulig.

Gode prosjekt som STORK og Diabetes-

forbundets arbeid for innvanderer grupper må løftes og systematiseres slik at kunnskap om metodikk kan overføres. Liknende prosjekt kan bygges inn i frisklivssentraler over hele landet.

Forbedret kunnskap om innvandrerbefolkningens sykdomsbilde er nødvendig for å forbedre tilbudet til denne heterogene gruppen.

Innvandrerbefolkningens helsetilstand og sykdomsbilde henger sammen med hva vi vet om sosial ulikhet i helse. Å bedre helsesituasjonen for de svakeste gruppene er avhengig av tiltak også utenfor helsesektoren: Utdanning, arbeid, barn og familie.

Innvandringspolitikk og strukturelle forhold som diskriminering og stigmatisering påvirker innvandreres helse. Holdningsarbeid og antidiskrimineringsarbeid er overgripende og tverrsektorielt.

Det er dokumentert at pasienter/brukere som har fått tilrettelagt kommunikasjon er mer fornøyde med tjenestetilbudet enn de som ikke har fått tilrettelagt kommunikasjon via tolk (12; 13). Ulike prosjekter viser at særlig tilrettelegging fører til bedre nyttig-

gjøring av tjenestetilbudet (eks. diabetes, psykisk helse). Effekten kommer både på kort og lengre sikt.

Oppsummering og sammenfatning

Det er behov for en avklaring av hva som menes med likeverdighet i forhold til innvandrerbefolkningen og i hvilken grad tilrettelegging av tjenestene og eventuelle særtiltak er nødvendige for å kunne tilby likeverdige tjenester.

Det er svært alvorlig at de deler av befolkningen som har større sykkelighet og mindre ressurser og kompetanse ikke kan nyttiggjøre seg etablerte tjenester fullt ut.

Det er viktig å styrke datagrunnlag om innvandrerbefolkningens helse og sykdomsbilde. Det bør innhentes oppdatert kunnskap om erfaringene fra brukermedvirkning og deltakelse fra innvandrergruppene med sikte på å tilrettelegge tilbudene bedre.





18 Sluttord

Hovedtrekk

Et viktig formål med denne rapporten er å forklare hvorfor det er nødvendig å prioritere og at prioriteringene skal være forankret i verdigrunnlaget for norsk helsetjeneste. Verdigrunnlaget må gjennomsyre beslutningene i alle ledd i helsetjenesten. Alternativet er vilkårlighet og de sterkes rett.

Innledningsvis viste vi at de overordnede prioriteringer som nasjonale helsemyndigheter har satt i verk gjennom de siste tiårene har hatt den effekten en ønsket. Statlige virkemidler som lovgivning og finansierings-systemer sammen med tilførsel av betydelige ressurser har gitt resultater. Det har vært vekst i både i kommunale omsorgstjenester og i spesialisthelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesten har veksten vært størst innenfor rus (tverrfaglig spesialisert rusbehandling, TSB) og psykisk helse, mens realveksten i somatisk sektor har falt betydelig siden 2006.

Et viktig budskap fra analysen om ressursbruk pr pasient i spesialisthelsetjenesten er at vi bruker mest ressurser til vanlige behandlinger som mange trenger. De enkeltstående behandlingene som krever mest ressurser er proteseoperasjoner i hofte, kne og ankel. Dette skyldes primært at det er mange pasienter som trenger slik behandling, men også at behandlingen er ressurskrevende.

Selv om en har lyktes med viktige prioriteringer, er det mye som gjenstår. En stor utfordring er å sikre likeverdighet i hele landet. Det er store regionale forskjeller i ventetider og i rettighetstildeling. Det har vært en viss utjamning etter at Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene samarbeidet om utarbeiding av prioriteringsveiledere. Men ennå er det uheldige regionale forskjeller.

Vi får også stadig nye prioriteringsutfordringer. Noen av disse kan relateres til endringer i behov, andre til endring i muligheter. I tillegg er det utfordringer knyttet til internasjonalisering og nye rettigheter i EØS.

Endringer i behov

Endringer i behov for helsetjenester følger av endringer i alderssammensetningen, av innvandring og av endringer i livsstil.

Prioriteringsutfordringer knyttet til økningen i antall eldre og til innvandrerhelse er mange.

Eldre

Vi har diskutert hvilken betydning den såkalte «eldrebølgen» har for behovet for omsorgstjenester. Det er åpenbart at vi trenger mer ressurser til helsetjenesten, både personell og penger, for å møte behovene. Eldrebølgen vil også føre til økt behov for behandlinger som særlig kommer sent i livet. Dette gjelder kreft, brudd og demens, men også for andre sykdommer. Likevel er bildet kanskje ikke så dystert som en ofte kan få inntrykk av. Befolkningen blir stadig friskere. Det kan bety at en trenger omsorgstjenester i kortere tid før en dør enn det som var tilfellet tidligere. Vil økningen i friske år også føre til mindre vekst i aldersbestemt sykdomsutvikling? Dette vil det være viktig å få kunnskap om. Et annet viktig forhold er at det er ganske stor befolkningsvekst i Norge, noe som kan gi mulighet for mer arbeidskraft også i helsesektoren. I tillegg ventes det fremdeles vekst i økonomien, slik at byrden for samfunnet kanskje ikke blir dramatisk.

Innvandring

Innvandring bidrar også til mer arbeidskraft i landet. Men den gir også nye utfordringer for helsesektoren. Vi vet at noen av innvandrerne har store traumer knyttet til tidligere livshendelser. Hyppigheten av en del livsstilssykdommer er også stor. Et eksempel er diabetes. Men vi vet alt for lite om denne gruppens samlede sykdomsbilde. For å kunne få mer kunnskap om dette, vil informasjon om landbakgrunn i helseregistre være til stor hjelp. Dette mangler vi i dag, men er planlagt etablert de nærmeste årene. Det er også nødvendig å styrke tolketjenesten for å sikre at den helsehjelpen innvandrere får blir riktig og effektiv. Problemene knyttet til innvandrerhelse utfordrer prinsippet om universelle tjenester framfor særtiltak. Må det mer målrettede tiltak til for å sikre likeverd i tjenestene for innvandrerbefolkningen?

Endring i muligheter

Teknologi

Teknologiske gjennombrudd er en sterk drivkraft i den medisinske utviklingen. Slike gjennombrudd kan endre forutsetningene for diagnostikk og behandling, noen av dem er svært kostbare og de kan påvirke prioriteringsbeslutninger på ulike nivåer i helsetjenesten.

Ny teknologi kan i noen tilfeller bidra til store helsegevinster. Det store fallet i dødelighet for hjerte-karsykdommer kan blant annet tilskrives forbedringer i behandlingsteknologi og i legemidler. Den økte overlevelsen ved mange kreftformer skyldes også store forbedringer i behandlingsmetodene. Ny teknologi har dessuten ført til effektivitetsgevinster ved at liggetid er gått ned, og at inngrepene gjøres på måter som gir mindre smerter og kortere sykeleie for pasientene. Dette er viktige framskritt.

Men i andre tilfeller er gevinsten utover det som eksisterende teknologi gir, ikke så store. Ved innføring av ny teknologi, må en gjøre de samme vurderingene som ved andre prioriteringer om ressursbruk i helsesektoren. Både alvorlighet, effekten av den nye teknologien i forhold til eksisterende teknologi, og vurdering av kostnadene i forhold til effekt, skal vurderes før det fattes beslutninger om å innføre den nye metoden eller teknologien. Dette forutsetter at det etableres et underbygget, helhetlig system for evaluering av teknologi og legemidler som kan danne grunnlag for kvalifiserte beslutninger om evt. innføring eller utfasing. Dersom kostnadene er svært store og ikke står i forhold til nytten, skal en ikke ta metoden i bruk. Da vil vi vinne mer i helse, og gi mer nytte til pasientene, ved å bruke ressursene til andre tiltak.

Ny teknologi har ført til at pasienter kan være i live lengre. Dette er et viktig framskritt. Men i enkelte tilfeller kan det være etiske dilemmaer knyttet til å bruke denne nye teknologien. Noen ganger er gevinsten i levetid ikke lang, og den tiden en vinner kan være forbundet med mye ubehag for pasienten. Også for pårørende kan det være en påkjenning å se at nære personer lider i livets slutfase. Vi må våge å stille spørsmål ved hvor mye ressurser som skal brukes i livets slutfase, og kanskje spesielt for gamle mennesker. Det er viktig å få en åpen og reflektert debatt om behandling, lindring og ressursbruk i livets slutfase, om når en skal slutte å behandle og om hva som er en verdig død.

Behandling vs forebygging

Klarte vi å forebygge sykdom, ville det være det beste, både for dem som slipper å bli syke, men også for dem med sykdommer som ikke lar seg forebygge, siden det da vil bli mer ressurser som kan brukes til behandling av disse.

Forebyggingstiltak kan lett tape i konkurransen om ressursene. De syke har behov nå, mens gevinsten ved forebygging kommer på lengre sikt. Ved å anvende prioriteringsvilkårene er det mulig å sammenlikne forebyggingstiltak med mer kortsiktige behandlingstiltak. Vi må da vurdere forventet alvorlighet av sykdom dersom en ikke forebygger, beregne forventet effekt av tiltakene og sammenlikne med kostnadene. På den måten er det mulig å foreta prioriteringer mellom forebyggende og behandlende tiltak.

Effektive strukturelle forebyggingstiltak kan påvirke folks handlingsrom, for eksempel ved å gjøre et valg lettere og mer tilgjengelig, eller ved å gjøre det vanskeligere, dyrere og mindre tilgjengelig. Avgifter som tobakks- og alkoholavgifter, regulering av tilgjengelighet, som for eksempel vinmonopol og begrensning i skjenketider, forbud, som for eksempel røykeforbud på restauranter, og påbud, som for eksempel bruk av sikkerhetssele i bil, griper inn i individets frihet til å velge og kan derfor møte motstand. De strukturelle folkehelse-tiltakene tar sikte på å redusere forekomsten av risikofaktorer i en befolkning for å påvirke forekomsten av sykdom. Det vil alltid være krevende å legitimere inngrep i den enkeltes frihet for å oppnå framtidige helsegevinster hos mennesker en ikke kan identifisere på forhånd.

Screening er et tiltak som skal oppdage symptomer tidlig slik at vi unngår utvikling av sykdom. Screeningstiltak er svært ressurskrevende. Vi vinner helse ved å oppdage tilfeller tidlig, men metodene er ikke feilfrie, og det vil alltid være ulemper ved at noen tilfeller ikke blir oppdaget, og at noen friske vil få beskjed om at de kan være syke. Vi har lenge hatt mammografiscreening i Norge. Nå stilles det spørsmål ved effekten av screeningen. Dersom det viser seg at gevinsten er liten, bør det vurderes å avslutte programmet fordi ressursene som brukes til dette vil kunne

gi større helsegevinster hvis de blir brukt til andre tiltak. Men det er vanskelig å avslutte programmer. Det er store interesser knyttet til dem, og både fagfolk og pasienter vil kunne mobilisere stor motstand. Det skal settes i verk en pilotstudie om screening for tarmkreft. Å starte med en pilotstudie vil gi viktig informasjon når en skal bestemme om en skal prioritere dette tiltaket. Vi kan få informasjon både om effekt og kostnader, og ved det vurdere om tiltaket tilfredsstiller vilkårene for prioritering.

Organisering

Mange tilstander krever innsats av tjenester både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten for å gi god effekt. Dette stiller store krav til samarbeid og samhandling og gir utfordringer når en skal prioritere bruk av ressurser.

Kapittelet om den akuttmedisinske kjede viste at det er nødvendig at denne fungerer godt for å få god effekt av tjenestene. Kommer pasienten for seint til behandling, kan resultatet blir dårligere og verste fall fatalt. Akuttsentralene har også ansvar for at pasientene blir behandlet på rett sted, også i kommunehelsetjenesten. Å gi riktig behandling på et lavere omsorgsnivå gir både helsegevinster og sparer ressurser som heller kan bli brukt til andre pasienter.

Både innenfor psykisk helse og rus er det nødvendig at kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten samarbeider. Men når pasienten trenger tiltak som dekkes av ulike budsjetter og ulike lover, er det en risiko for at pasientene kan tape. Å fatte gode prioriteringsbeslutninger er også krevende fordi en bare får god effekt hvis mange tiltak på ulike nivåer i helsetjenesten settes i verk. At et av dem feiler, kan gi dårlig resultat for tiltak som i seg selv er gode. Samfunnsøkonomiske

analyser kan bidra til bedre beslutninger i disse tilfellene ved at alle tiltaks ressursbruk og effekt sees i sammenheng, og at en kan gi anbefalinger om iverksettelse av tiltak uavhengig av hvem som har budsjettansvar. Å bruke dette verktøyet er viktig for å bidra til helhetlige og gode prioriteringsbeslutninger.

En tilleggsutfordring både for rusmiddel-misbrukere og personer med psykiske lidelser, men også for andre, som f.eks. innvandrere, er at tiltak utenfor helsesektorens myndighets-område ofte kan være avgjørende. Det kan være å skaffe boliger, en trygg omsorgs-situasjon, gode fritidstiltak og hjelp til utdanning. Selv om helsemyndighetene ikke kan fatte beslutninger om slike tiltak, har de likevel et ansvar for å peke på viktigheten av disse og til å oppfordre til å sette dem i verk.

Et annet aspekt ved organisering av helse-tjenesten er internasjonaliseringen. I kapittel 10 om pasientmobilitet diskuterte vi hvordan EUs pasientdirektiv kan utfordre gjennom-føringen av prioriteringer som samsvarer med verdigrunnlaget vårt.

Sosial ulikhet i helse

Ulikhet i helse gjør seg gjeldende langs kjente sosioøkonomiske bakgrunnsfaktorer som utdanning og inntekt. Dette gjelder i alle land, og også i Norge. Andre tiltak enn fordeling av helsetjenester må til for å kunne redusere disse ulikhetene. Ofte kan helsetjenesten føle seg maktesløs når det gjelder å løse de store helse-oppgavene. Vi nevnte at en kanskje må supplere de universelle tiltakene for å kunne bedre helse-tjenestene til innvandrere. Kanskje en må prio-ritere å bruke mer helsetjenester og sette i verk flere tiltak som i bedre grad når dem med dårligst helse? Den sosiale ulikheten i helse utfordrer både metoder for det forebyggende helsearbeidet og prinsippene for hvordan helsetjenesten skal innrettes for å nå de mest utsatte gruppene.

Informasjon

For å fatte gode prioriteringsbeslutninger trenger vi informasjon om alvorlighet, effekt og kostnader. I arbeidet med denne rapporten har det kommet fram at det er svært sparsomt med informasjon om effekt av en del tiltak. Å måle effekt kan være krevende. Det må likevel ikke være til hinder for at det settes i verk prosjekter som kan bidra til at vi får slik viktig informasjon. Utvikling av kvalitetsindikatorer gir viktige bidrag her, men det er ikke tilstrekkelig.

Det er også vanskelig å få gode kostnads-tall. Vi har aggregert informasjon for sektorer, men mangler kostnader for behandlingstiltak. Også her må det settes i gang arbeid slik at slik informasjon blir lett tilgjengelig. Inn-føring av nasjonal standard for kostnader pr pasient vil legge til rette for utarbeiding av gode kostnadsdata i norske helseforetak (Jfr. Helsedirektoratet rapport, IS-1852 «Nasjonal spesifikasjon for KPP-regnskap – pilotering i utvalgte helseforetak» (2010)).

Å kunne vurdere alvorlighet av sykdom er helt sentralt for å gjøre gode prioriteringer i helsesektoren. Vi anbefaler at det settes i verk utviklingsprosjekter som kan bidra til større grad av operasjonalisering av alvorlighet og slik at dette kan vurderes systematisk og konsistent når en skal prioritere.

Arena for prioriteringsdiskusjoner

Rådet for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten diskuteres viktige og vanskelige saker, og rådet gir anbefalinger om prioriteringer. Rådet er en viktig arena for prioriteringsdiskusjoner der sentrale beslut-ningstakere i helsesektoren møtes.

Alle møtene er åpne, og sakspapirer og forslag til vedtak ligger lett tilgjengelig på hjemmesiden til Rådet.

Rådet kan styrkes ytterligere og gis en tydeligere plass i arbeidet med de sentrale prioriteringsutfordringene framover. Det kan bidra til at arbeidet med vanskelige og kanskje

kontroversielle prioriteringsprinsipper foregår i åpenhet og med rom for medvirkning, innflytelse og demokratisk kontroll fra alle berørte interesser.



Litteratur

1 Hvorfor prioritere. Bakgrunn og introduksjon

1. Øverås S. Helseboka 1995 : hovedtrekk ved helsetilstand og helsetjeneste i Norge. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 1995
2. Samdata spesialisthelsetjenesten 2010. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/samdata-spesialisthelsetjenesten-2010/Publikasjoner/samdata-spesialisthelsetjenesten-2010.pdf
3. Reikvam Å, Hagen TP. Endringer i dødelighet av hjerteinfarkt. Tidsskrift for Den norske legeforening 2011;131(5):468-70.
4. Cancer Registry of Norway. Cancer in Norway 2009: cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. Oslo: Cancer Registry of Norway; 2011. Tilgjengelig fra: www.kreftregisteret.no/
5. Dahl O, Lehne G, Baksaas I, Kvaløy S, Christoffersen T, red. Medikamentell kreftbehandling - Cytostatikaboken. 7 utg utg. Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Farmakologisk institutt; 2009. Tilgjengelig fra: cytostatikaboken.moses.no/index.php
- norsk helsetjeneste. Oslo: Statens forvaltningstjeneste; 1997. NOU 1997:18. Tilgjengelig fra: www.regjeringen.no/Rpub/NOU/19971997/018/PDFA/NOU199719970018000DDDPDFA.pdf
3. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV 1999-07-02 nr 63. Tilgjengelig fra: www.lovdato.no/all/hl-19990702-063.html
4. Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften). FOR-2000-12-01-1208. Tilgjengelig fra: www.lovdato.no/for/sf/ho-to-20001201-1208-001.html#2
5. Vårdens alltför svåra val? Kartläggning av prioriteringsarbete och analys av riksdagens principer och riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården. Linköping: PrioriteringsCentrum; 2007. Tilgjengelig fra: www.imh.liu.se/halso-och-sjukvards-analys/prioriteringscentrum/publikationer/prioriteringscentrums-rapportserie-2004-2006/1.192878/2007.2.pdf
6. Vårdens svåra val: slutbetänkande. Stockholm: Fritzes; 1995. SOU 1995:5. Tilgjengelig fra: www.regeringen.se/sb/d/108/a/25124

2 Verdigrunnlaget for prioritering

1. Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. Oslo: Universitetsforlaget; 1987. NOU 1987:3. Tilgjengelig fra: www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?urn=URN:NBN:no-nb_digibok_2007080600001#&struct=DIV6
2. Prioritering på ny: gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. Oslo: Statens forvaltningstjeneste; 1997. NOU 1997:18. Tilgjengelig fra: www.regjeringen.no/Rpub/NOU/19971997/018/PDFA/NOU199719970018000DDDPDFA.pdf
3. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV 1999-07-02 nr 63. Tilgjengelig fra: www.lovdato.no/all/hl-19990702-063.html
4. Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften). FOR-2000-12-01-1208. Tilgjengelig fra: www.lovdato.no/for/sf/ho-to-20001201-1208-001.html#2
5. Vårdens alltför svåra val? Kartläggning av prioriteringsarbete och analys av riksdagens principer och riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården. Linköping: PrioriteringsCentrum; 2007. Tilgjengelig fra: www.imh.liu.se/halso-och-sjukvards-analys/prioriteringscentrum/publikationer/prioriteringscentrums-rapportserie-2004-2006/1.192878/2007.2.pdf
6. Vårdens svåra val: slutbetänkande. Stockholm: Fritzes; 1995. SOU 1995:5. Tilgjengelig fra: www.regeringen.se/sb/d/108/a/25124
7. Sosialdepartementet. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Proposition 1996/97:60. Tilgjengelig fra: www.riksdagen.se/webbnav/?nid=37&dokid=GK0360
8. Sabik LM, Lie RK. Priority setting in health care: lessons from experiences of eight countries. International Journal for Equity in Health 2008;7:4. Tilgjengelig fra: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2248188/

3 Virkemidler. Prioriteringer satt i system

1. Lov om sykehus m.v. LOV 1969-06-19 nr 57 (Opphevet).
2. Schiøtz A. Doktoren: distriktslegenes historie 1900-1984. Oslo: Pax; 2003.
3. Hvem skal eie sykehusene? Oslo: Statens forvaltningstjeneste; 1996. NOU 1996:5. Tilgjengelig fra: www.regjeringen.no/Rpub/NOU/19961996/005/PDFA/NOU199619960005000DDDPDFA.pdf
4. Bjørn E, Hagen TP, Iversen T, Magnussen J. The effect of activity-based financing on hospital efficiency: a panel data analysis of DEA efficiency scores 1992-2000. *Health Care Management Science* 2003;6(4):271-83.
5. Deilkås ET. Rapport for Nasjonal Journalundersøkelse med Global Trigger Tool 2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten; 2011. Tilgjengelig fra: pasientsikkerhetskampanjen.no/no/l+trygge+hender/Kampanjenytt/_attachment/629?_ts=134a8eef5ef
6. Evaluering. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten 2007-2010. Oslo: Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010. Tilgjengelig fra: kvalitetogprioritering.no/R%C3%A5det/Publikasjoner/_attachment/13563?_ts=12a6b136b1f
7. Instruks om utredning av konsekvenser, foreleggelse og høring ved arbeidet med offentlige utredninger, forskrifter, proposisjoner og meldinger til Stortinget. FOR 2000-02-18 nr 108. Tilgjengelig fra: www.lovdata.no/cgi-wift/lldes?doc=/sf/sf-20000218-0108.html
8. Veileder i samfunnsøkonomiske analyser. Oslo: Finansdepartementet; 2005. Tilgjengelig fra: www.regjeringen.no/upload/FIN/Vedlegg/okstyring/Veileder_i_samfunnsokonomiske_analyser.pdf

4 Demografisk utvikling, personelltilgang og kompetanse

1. Botten G, Hagen TP, Waaler HTH. Sprekere eldre, rimeligere eldreomsorg? - Utgiftsbehovet i eldreomsorgen i perioden 2000-2030 under ulike forutsetninger om eldres funksjonsevne. Oslo: Universitetet i Oslo, Senter for Helseadministrasjon; 2000. Skriftserie 2000:6. Tilgjengelig fra: www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2000/HERO_2000_6.pdf
2. Waaler HT, Hofoss D, Grøtvedt L. The increase in life expectancy in Norway 1985-1998: good years or bad? *Norsk Epidemiologi* 2003;13(1):207-11.
3. Holmøy E, Langset B, Lerskau L. Et grånende Norge: betydningen av økt behov for eldreomsorg for makroøkonomi og offentlige finanser mot 2050. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2006. Rapport 2006:21. Tilgjengelig fra: www.ssb.no/emner/12/01/rapp_200621/rapp_200621.pdf
4. Waaler H, Aarseth HP, Nygaard E. Framtidas omsorgsbehov. Submitted til Tidsskrift for Den norske legeforening, 2012.
5. Bebuarar i institusjonar for eldre og funksjonshemma etter alder 1992 - 2009 [tabell]. Oslo: Statistisk sentralbyrå [oppdatert 2010; lest okt 2011]. Tilgjengelig fra: www.ssb.no/emner/03/02/pleie/arkiv/tab-2010-07-08-02.html
6. Gabrielsen B, Otnes B, Sundby B, Strand P. Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (IPLOS). Foreløpige resultater fra arbeidet med IPLOS-data for 2009. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2010. Rapport 2010:50. Tilgjengelig fra: www.ssb.no/emner/03/02/rapp_201050/rapp_201050.pdf
7. Philp I. Better health in old age.

London: Department of Health (Crown); 2004. Tilgjengelig fra: www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4093215.pdf

6 Tjenester som kanskje ikke skal prioriteres. To eksempler

1. Halvorsen K. The ethics of bedside priorities in intensive care: value choices and considerations: a qualitative study [doktoravhandling]. Oslo: Faculty of Medicine, University of Oslo Unipub; 2009.
2. Fattah S, Johnsen KH, Norheim OF. Livsforlengende behandling: analyse av to kasuistikker. Tidsskrift for Den norske legeforening 2011;127(7):878-81.
3. Halvorsen K, Slettebøl Å, Nortvedt P, Pedersen R, Kirkevold M, Nordhaug M, et al. Priority dilemmas in dialysis treatment and nursing care: the impact of old age. Journal of Medical Ethics 2008;34(8):585-9.
4. Dreyer A, Førde R, Nortvedt P. Autonomy at the end of life: life prolonging treatment in nursing homes: relatives' role in the decision-making process. Journal of Medical Ethics 2009;35(11):672-7.
5. Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD, Dugan DO, Blustein J, Cranford R, et al. Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: a randomized controlled trial. JAMA 2003;290(9):1166-72.
6. Fretheim A, Bretthauer M. Forventede virkninger ved innføring av screening for kolorektal kreft i Norge. Oslo: Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010. Tilgjengelig fra: www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/10274.cms
7. Zahl PH, Maehlen J, Welch HG. The natural history of invasive breast cancers detected

by screening mammography. Archives of Internal Medicine 2008;168(21):2311-6.

8. Gøtzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011;(1):Art. No.: CD001877. DOI: 10.1002/14651858.CD001877.pub4.
9. Breast cancer in situ: screening. Best Practice [database]. London: BMJ Publishing group [oppdatert 25 jul 2011; lest okt 2011].
10. Fletcher SW. Screening for breast cancer. UpToDate [database]. Waltham, MA: UpToDate, Inc. [oppdatert 3 jan 2012; lest okt 2011].
11. Sarkeala T, Heinavaara S, Anttila A. Organised mammography screening reduces breast cancer mortality: a cohort study from Finland. International Journal of Cancer 2008;122(3):614-9.
12. Jonsson H, Bordas P, Wallin H, Nystrom L, Lenner P. Service screening with mammography in Northern Sweden: effects on breast cancer mortality - an update. Journal of Medical Screening 2007;14(2):87-93.

7 Prioritering i et ulikhetsperspektiv

1. Sund E, Krokstad S. Sosiale ulikheter i helse i Norge: en kunnskapsoversikt. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005. Tilgjengelig fra: www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00006/IS-1304_6242a.pdf
2. Strand BH, Groholt EK, Steingrimsdottir OA, Blakely T, Graff-Iversen S, Naess O. Educational inequalities in mortality over four decades in Norway: prospective study of middle aged men and women followed for cause specific mortality, 1960-2000. BMJ 2010;340:c654.
3. Doorslaer E, Masseria C, Koolman X,

- OECD Health Equity Research Group. Income related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. I: Towards high-performing Health Systems. Paris: OECD; 2004. s. 109-65.
4. Grasdal A, Monstad K. Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester: målemetoder og empiriske funn. I: Haug K, Kaarbøe OM, Olsen T, red. Et helsevesen uten grenser? Oslo: Cappelen; 2009. s. 285-308.
 5. Jensen A. Sosiale ulikheter i bruk av helsetjenester – en analyse av data fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse om helse, omsorg og sosial kontakt. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2009. Rapporter 2009:6. Tilgjengelig fra: www.ssb.no/emner/03/02/rapp_200906/rapp_200906.pdf
 6. Smedby L. Sosioøkonomisk ulikhet i bruk av helsetjenester: lik bruk ved likt behov? [masteroppgave i sosiologi]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2009.
 7. Kravdal Ø. Sosiale forskjeller i kreftoverlevelse. Tidsskrift for Den norske legeforening 1999;119(11):1577-83.
 8. Claussen B. Legers innvirkning på sosiale ulikheter i helse. Tidsskrift for Den norske legeforening 2010;130(10):1012.
 9. Bringedal B, Bærøe B. Bør leger bidra til å utjevne sosial ulikhet i helse? Tidsskrift for Den norske legeforening 2010;130(10):1024-7.
- Bergen: Rokkansenteret; 2004. Notatserie i helseøkonomi 2004:7. Tilgjengelig fra: heb.rokkan.uib.no/publications/files/128-Notat07_04.Gjelsvik.pdf
3. Samfunnsøkonomiske kostnader av røyking: en vurdering av metodikk og kostnadenes størrelsesorden. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/samfunnsokonomiske-kostnader-av-royking-en-vurdering-av-metodikk-og-kostnadenes-storrelsesorden/Sider/default.aspx
 4. Bolin K, Lindgren B. Rökning – produktionsbortfall och sjukvårdskostnader. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2004. R 2004:3. Tilgjengelig fra: www.fhi.se/PageFiles/3244/r2004-3-rokning-produktionsbortfall-sjukvardskostnader.pdf
 5. Kahende JW, Loomis BR, Adhikari B, Marshall L. A review of economic evaluations of tobacco control programs. International Journal of Environmental Research and Public Health 2009;6(1):51-68.
 6. Prioriteringer på ny: gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. Oslo: Statens forvaltningstjeneste; 1997. NOU 1997:18. Tilgjengelig fra: www.regjeringen.no/Rpub/NOU/19971997/018/PDFA/NOU199719970018000DDDPDFA.pdf
 7. Samfunnsøkonomiske analyser i helsesektoren – en veileder [høringsutgave]. Oslo: Helsedirektoratet; 2011.
 8. Khaw KT, Wareham N, Bingham S, Welch A, Luben R, Day N. Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study. PLoS Med 2008;5(1):e12.
 9. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2006. Tilgjengelig fra: www.si-folkesundhed.dk/upload/risikofaktorer_def.pdf

8 Folkehelse

1. Folkehelsearbeidet - veien til god helse for alle. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingstrekkrapport-2010-folkehelsearbeidet--veien-til-god-helse-for-alle/Sider/default.aspx
2. Gjelsvik R. Utredning av de samfunnsøkonomiske kostnadene relatert til alkohol.

10. The tobacco atlas - Price policy [nettside]. World Health Organization [oppdatert 2004; lest okt 2011]. Tilgjengelig fra: www.who.int/tobacco/en/atlas35.pdf
11. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy. Oxford: Oxford University Press; 2010.
12. Martins RK, McNeil DW. Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviors. Clinical Psychology Review 2009;29(4):283-93.
13. Nemtsov AV. Alcohol-related harm and alcohol consumption in Moscow before, during and after a major anti-alcohol campaign. Addiction 1998;93(10):1501-10.
14. Vunne kvalitetsjusterte leveår (QALYs) ved fysisk aktivitet. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/vunne-kvalitetsjusterte-leveaar-qalys-ved-fysisk-aktivitet/Sider/default.aspx
15. Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. Oslo: Universitetsforlaget; 1987. NOU 1987:3. Tilgjengelig fra: www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?&urn=URN:NBN:no-nb_digibok_2007_080600001#&struct=DIV6
16. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. St.meld. nr. 20 (2006-2007). Tilgjengelig fra: www.regjeringen.no/pages/1936477/PDFS/STM200620070020000DDDPDFS.pdf
17. Piller, prioritering og politikk: hva slags refusjonsordninger trenger pasienter og samfunn? Oslo: Statens forvaltningstjeneste; 1997. NOU 1997:7. Tilgjengelig fra: www.regjeringen.no/Rpub/NOU/19971997/007/PDFA/NOU199719970007000DDDPDFS.pdf
18. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Tilgjengelig fra: www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf

9 Teknologi og legemidler

1. Helsetilstanden i Norge: hjerte- og karsykdommer [nettside]. Nasjonalt folkehelseinstitutt [oppdatert 4 nov 2012; lest des 2011]. Tilgjengelig fra: www.fhi.no/artikler/?id=70806
2. Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox NC, et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. Alzheimers & Dementia 2011;7(3):270-9.
3. Tall og fakta 2011: legemidler og helsetjeneste. Finansiering av legemiddelforbruket [nettside]. Legemiddelindustriforeningen [oppdatert 2011; lest nov 2011]. Tilgjengelig fra: www.legemiddelstatistikk.com/2011/kap_2/203.html
4. Helse- og omsorgsdepartementet. Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk: legemiddelpolitikken. St.meld. nr. 18 (2004-2005). Tilgjengelig fra: www.regjeringen.no/Rpub/STM/20042005/018/PDFS/STM200420050018000DDDPDFS.pdf

10 Pasientmobilitet over landegrensene

1. Regulation (EEC) No 1408/71 of the Council of 14 June 1971 on the application of social security schemes to employed persons and their families moving within the Community. Tilgjengelig fra: eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31971R1408:EN:HTML
2. Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare. Tilgjengelig fra: eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:EN:PDF
3. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV 1999-07-02 nr 63. Tilgjengelig fra: www.lovdato.no/all/hl-19990702-063.html
4. Den Europæiske Union konsoliderede udgaver af traktaten om den Europæiske Union og traktaten om oprettelse av det Europæiske Fællesskab. Den Europæiske Unions Tidende 29.12.2006; C321:E/62. Tilgjengelig fra: eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:321E:0001:0331:DA:pdf
5. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helse og omsorgsplan (2011-2015). Meld.St. 16 (2010-2011). Tilgjengelig fra: www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794
6. Simonsen GS. Antibiotikaresistens - et globalt folkehelseproblem. Tidskrift for Den norske legeforening 2008;128(22):2552.

11 Finansieringsordninger og prioriteringsvirkninger

1. Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. Oslo: Statens forvaltningstjeneste; 2003. NOU 2003:1. Tilgjengelig fra: www.regjeringen.no/Rpub/NOU/20032003/001/PDFS/NOU200320030001000DDDPDFS.pdf
2. Innsatsstyrt finansiering i helsetjenesten: en vurdering og aktuelle tiltak. Oslo: Helsedirektoratet; 2007. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/innsatsstyrt-finansiering-i-helsetjenesten-en-vurdering-og-aktuelle-tiltak/Sider/default.aspx
3. Kvalitetsindikatorer [nettside]. Helsedirektoratet [oppdatert 27 nov 2011; lest 16 jan 2012]. Tilgjengelig fra: helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/Sider/default.aspx
4. Value for money in health spending. Paris: OECD; 2010. OECD Health policy studies.
5. ... Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015). Oslo: Helsedirektoratet; 2005. Tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial--og-helsetjenesten-og-bedre-skal-det-bli-2005-2015/Sider/default.aspx
6. Oxman A, Fretheim A. An overview of research on the effects of results-based financing. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2008. Report 2008:16. Tilgjengelig fra: www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/3219.cms

12 Øyeblikkelig hjelp og akuttmedisinsk kjede

1. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV 1999-07-02 nr 64. Tilgjengelig fra: www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html
2. Askeland OR. Først i landet med ny Kols-koffert [nettdokument]. Aftenbladet [oppdatert 28 mar 2010; lest 16 jan 2012]. Tilgjengelig fra: www.aftenbladet.no/nyheter/lokalt/Forst-i-landet-med-ny-Kols-koffert-1913349.html#.Txa2CaVSd8E
3. Fakta om Nødnett-leveransen. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/faktabrosjyre-om-nodnett-leveransen/Publikasjoner/faktabrosjyre-om-nodnett-leveransen.PDF
5. Forskrift om tekniske krav til byggverk (Byggteknisk forskrift). FOR-2010-03-26-489. Tilgjengelig fra: www.lovdata.no/ltavd1/filer/sf-20100326-0489.html
6. Sammen for fysisk aktivitet: handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009. Oslo: Departementene; 2004. Tilgjengelig fra: www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/pla/2004/0001/ddd/pdfv/231922-fa-handlingsplan_2005-2009.pdf
7. Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011: særtrykk av St.prp. nr. 1 (2007–2008) kapittel 9. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011. Tilgjengelig fra: www.regjeringen.no/upload/HOD/SHA/S%C3%A6rtrykk%20av%20St.prp.nr.1%20kapittel%209.pdf

13 Kreft

1. Cancer Registry of Norway. Cancer in Norway 2009: Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. Oslo: Cancer Registry of Norway; 2011. Tilgjengelig fra: www.kreftregisteret.no/
2. Nasjonal strategi for kreftområdet 2006-2009. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2006. Tilgjengelig fra: www.regjeringen.no/upload/HOD/Sykehus/kreftstrategi%202006-2009.pdf
3. Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006-2010. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2006. Tilgjengelig fra: www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/pla/2006/0003/ddd/pdfv/282228-nasjonal_strategi.pdf
4. Oppskrift for et sunnere kosthold: handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011). Oslo: Departementene; 2007. Tilgjengelig fra: www.regjeringen.no/upload/kilde/

14 Rus

1. Melberg HO, Hakkarainen P, Houborg E, Jääskeläinen M, Skretting A, Ramstedt M, et al. Measuring the harm of illicit drug use for friends and family. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 2011;28(2):7-23.
2. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009. Tilgjengelig fra: www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf
3. Bruk av vanedannende legemidler. Rapport fra bruk av tildelte prosjektmidler i 2009. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2011.
4. Samdata spesialisthelsetjenesten 2010. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/samdata-spesialisthelsetjenesten-2010/Publikasjoner/samdata-spesialisthelsetjenesten-2010.pdf

5. Norsk pasientregister. Ventetider og pasientrettigheter. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/ventetider-og-pasientrettigheter-2010/Sider/default.aspx
6. Vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2007. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/vurdering-av-henvisninger-til-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-/Sider/default.aspx.
7. Clausen T, Anchersen K, Waal H. Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): a national prospective cross-registry study. *Drug and Alcohol Dependence* 2008;94(1-3):151-7.
8. Melberg HO, Lauritzen G, Ravndal E. Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad: en prospektiv studie av stoffmisbrukere i behandling. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning; 2003. SIRUS rapport 2003:4. Tilgjengelig fra: www.sirus.no/filestore/Import_vedlegg/sirusrap.4.03.pdf
9. Ravndal E, Amundsen EJ. Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: an 8-year prospective study. *Drug and Alcohol Dependence* 2010;108(1-2):65-9.
10. Følgeevaluering av tillitspersonforsøket: delrapport 2. Oslo: Rambøll; 2010. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/
11. Waal H, Clausen T, Håseth A, Lillevold PH. Første år med nye retningslinjer: statusrapport 2010. Oslo: Senter for rus og avhengighetsforskning; 2011. SERAF rapport 2011:4. Tilgjengelig fra: www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2011/nedlastinger/SERAF-rapport-nr-4-2011-Statusrapport-2010.pdf
12. Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet: grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken. Skretting, A. and Storvoll, E. E., red. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning; 2011. SIRUS rapport 2011:3. Tilgjengelig fra: www.sirus.no/filestore/Automatisk_opprettede_filer/sirusrap.3.11.pdf
13. Gjelsvik R. Utredning av de samfunnsøkonomiske kostnadene relatert til alkohol. Bergen: Rokkansenteret; 2004. Notatserie i helseøkonomi 2004:7. Tilgjengelig fra: heb.rokkan.uib.no/publications/files/128-Notat07_04.Gjelsvik.pdf
14. Bukten A, Skurtveit S, Gossop M, Waal H, Stangeland P, Havnes I, et al. Engagement with opioid maintenance treatment and reductions in crime: a longitudinal national cohort study. *Addiction* 2012;107(2):393-9.
15. Torvik FA, Rognmo K. Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2011. Rapport 2011:4. Tilgjengelig fra: www.fhi.no/dokumenter/0d04decc0b.pdf

15 Psykisk helse

1. Mental Health Declaration for Europe: facing the challenges, building solutions. WHO European Ministerial Conference on Mental Health Facing the Challenges, Building Solutions, Helsinki 12 - 15 Jan 2005. Tilgjengelig fra: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88595/E85445.pdf
2. Thornicroft G, Szukler G, red. Textbook of community psychiatry. Oxford: Oxford University Press; 2001.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helse og omsorgsplan (2011-2015). Meld.St. 16 (2010-2011). Tilgjengelig fra: www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794

4. Pedersen BP, Sitter M, Lilleeng SE, Bremnes R. Pasienter i det psykiske helsevernet 2009. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/pasienter-i-det-psykiske-helsevernet-2009/Sider/default.aspx.
5. Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009): sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. Oslo: Norges Forskningsråd; 2009. Tilgjengelig fra: www.forskningssradet.no/
6. Forskningsprosjekt skal vurdere evaluering av terapi [nettside]. Modum Bad [oppdatert 21 apr 2009; lest nov 2011]. Tilgjengelig fra: www.modum-bad.no/nyheter/cms/2009/april/bedre-terapi-med-tilbakemelding/16

16 Tannhelsetjenesten

1. Holst D, Schuller AA, Dahl KE. Bedre tannhelse for alle? : tannhelseutvikling i den voksne befolkning i Nord-Trøndelag fra 1973 til 2006. Den norske tannlegeforenings tidende 2007;117(13):804-11.
2. Forskrift om prisopplysning ved tannlegetjenester m.m. FOR-1996-01-26-122. Tilgjengelig fra: www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-19960126-0122.html
3. Ekorndrud T, Jensen A. Tannhelse: personell og kostnader, tannhelsetilstand og tannlegebesøk. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2010. Rapport 2010:29. Tilgjengelig fra: www.ssb.no/emner/03/02/rapp_201029/rapp_201029.pdf
4. Ekorndrud T, Jensen A. Tannhelsetilstand og tannlegetjenester: analyser av regionale og sosiale skilnader i egenvurdert tannhelse, tannstatus, bruk av tannlegetjenester og egenbetaling hos tannlege. Oslo: Statistisk sentralbyrå;

2010. Rapport 2010:51. Tilgjengelig fra: www.ssb.no/emner/03/02/rapp_201051/rapp_201051.pdf

5. Ekorndrud T, Jensen A. Vaksne bruker tannlegetjenester ulikt. Samfunnsspeilet 2011;25(4):2-8. Tilgjengelig fra: www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/201104/01/

17 Innvandrers helse

1. Migrasjon og helse: utfordringer og utviklingstrekk. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingstrekkrapport-2009-migrasjon-og-helse-utfordringer-og-utviklingstrekk/Sider/default.aspx
2. Blom S. Sosiale forskjeller i innvandrers helse: funn fra undersøkelsen Levekår blant innvandrere 2005/2006. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2010. Rapporter 2010:47. Tilgjengelig fra: www.ssb.no/emner/03/01/rapp_201047/rapp_201047.pdf
3. Kumar B, Grøtvedt L, Meyer HE, Søgaard AJ, Strand BH. The Oslo immigrant health profile. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2011. Rapport 2008:7. Tilgjengelig fra: www.fhi.no/dav/920ab22ad5.pdf
4. Rohde T, Lippestad J, Bjerkkan AM, Hem K-G. Evaluering av tjenestetilbud til befolkningen i bydelene Grorud og Stovner i sammenheng med Hovedstadsprosessen. Oslo: SINTEF Teknologi og samfunn, Helsetjenesteforskning; 2010.
5. Styrking av likeverdig og integrerende helse-tjeneste for minoritetsbefolkning i hovedstadsområdet: et samhandlingsprosjekt [prosjektbeskrivelse]. Oslo: Oslo Kommune; Helse Sør-Øst; 2011. Tilgjengelig fra: www.oslo-universitetssykehus.no/aktuelt/prosjekter/Documents/Prosjektbeskrivelse_Likeverd_i_Hovedstadsområdet_v.3.8.pdf

6. Ahlberg N, Aambø A, Gihle I. Utfordringer innen helse og omsorg blant minoriteter: tilbakeblikk og erfaringer. Oslo: Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse; 2005.
7. SOHEMI mener: Høringssvar fra SOHEMI til Nasjonal helse- og omsorgsplan [nettsted]. Helsedirektoratet [oppdatert 28 Okt 2010; lest nov 2011]. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/
8. SOHEMI mener: Psykisk helse (fra SOHEMI's møte 13.april)[nettside]. Helsedirektoratet [oppdatert 30 apr 2010; lest nov 2011]. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/
9. Årsmelding 2010 - Helsesenter for papirløse migranter. Oslo: Kirkens Bymisjon; 2011. Tilgjengelig fra: www.bymisjon.no/PageFiles/15350/%c3%85rsmelding%202010%20Helsesenteret%20for%20papirl%c3%b8se%20migranter.pdf
10. Hultberg KB, Farshbaf M. Sluttrapport Øst-Afrika prosjektet/Prosjekt for traumatiserte flyktninger. Oslo: Lovisenberg Diakonale Sykehus; Tøyen DPS; 2009. Tilgjengelig fra: www.lids.no/stream_file.asp?iEntityId=17345
11. Aarseth S, Kongshavn T. Presentasjon fra Symposium om helsetjenester til papirløse migranter i Tromsø 11. juni 2011 [ppt]. Oslo Legeforening [oppdatert 24 jun 2011; lest nov 2011]. Tilgjengelig fra: www.legeforeningen.no/asset/52843/1/52843_1.ppsx
12. Kale E, Syed H. Language barriers and the use of interpreters in the public health services: a questionnaire-based survey. Patient Education and Counseling 2010;81(2):187-91.
13. Kale E, Ahlberg N, Duckert F. Hvordan håndterer helsepersonell språklige barrierer? En undersøkelse av tolkebruk i helsevesenet. Tidsskrift for Norsk Psykologiforening 2010;47(9):818-23.