



Prioriteringsrådets råd

LEGELIVET

BERIT BRINGEDAL

LEFO – Legeforskningsinstituttet

Nasjonalt råd for prioriteringer i helsetjenesten skal, som navnet tilsier, gi råd om prioriteringer og prioriteringsprosesser i norsk helsetjeneste. Hvilke råd har de gitt, og hvilke begrunnelser gis?



Rekonstruksjon av bryst etter kreftbehandling var en av Prioriteringsrådets anbefalinger. Foto: P. Marazzi, Science Photo Library

Dette er tema for en ny artikkel [\(1\)](#) basert på en analyse av hvilke saker rådet har hatt til behandling, hvilke anbefalinger det ga og hvordan disse ble begrunnet.

Prioriteringsrådet ble først etablert i 2002, siden endret og reetablert i 2007. I den aktuelle perioden besto det av 25 medlemmer fra helsetjenesten, brukerorganisasjoner, forvaltning, universitet/høyskoler, ledet av helsedirektøren. I tillegg til anbefalinger i konkrete prioriteringsspørsmål skal rådet bidra til offentlig diskusjon om prioritering.

Virksomheten er dokumentert på hjemmesidene, og det er også disse som danner grunnlaget for vår analyse. Siden 2007 har rådet gitt anbefalinger i 18 saker, 15 av dem med tilhørende begrunnelse. Eksempler på saker er: Bør vaksiner mot humant papillomvirus (HPV) eller rotavirus inkluderes i vaksinasjonsprogrammet? Bør voksne tilbys to cochleaimplantat? Bør det screenes for fødselsdepresjon? Bør det screenes for livmorhals- eller kolorektalcancer? Bør man tilby kateterbasert implantasjon av hjerteklaffer?

Rådet anbefalte det aktuelle tiltaket i fem tilfeller (f.eks. to ultralydundersøkelser av alle gravide, rekonstruksjon av bryst etter kreftbehandling og HPV-vaksinering), mens fire tiltak ble ikke anbefalt (rotavirusvaksinering, to cochleaimplantat, screening for

fødselsdepresjon og kateterbaserte hjerteklaffer). Seks saker ble verken anbefalt eller avvist. Disse tiltakene kunne vurderes iverksatt selektivt, eventuelt for forskningsformål. Det kunne være vanskelig å identifisere hvilken anbefaling som ble gitt i noen saker.

Gjeldende lovverk tilsa at prioriteringsbeslutninger skulle ta hensyn til tilstandens alvorlighet og tiltakets medisinske effekt og kostnad. I rådets begrunnelser er disse kriteriene usystematisk anvendt. I noen saker henvises det til alle tre, i andre bare ett eller to, og i noen saker henvises det til andre kriterier. Vi kunne ikke spore noen systematisk eller konsistent bruk av kriterier. Dette kan skyldes at vi ikke hadde tilgang til hva som faktisk skjedde i møtene. Analysen bygger kun på dokumentasjonen som ligger på rådets hjemmesider. Det er likevel grunn til å anta at dokumentasjonen uttrykker rådets meninger, siden det har transparens og offentlig diskusjon som viktige målsetninger.

Den inkonsistente bruken av kriterier kan alternativt skyldes at det var utfordrende å komme til entydige konklusjoner. Mange medlemmer og bred sammensetning innebærer ofte interessenmotsetninger. Dette kan også forklare det lave antallet anbefalinger rådet ga i perioden: 12 klare anbefalinger over en periode på åtte år.

Den overordnede begrunnelsen for rådet er at det skal bidra til bedre beslutninger i helsetjenesten. Om så er tilfellet, kan ikke denne studien svare på. Vi kan imidlertid konkludere med at rådet har gitt få anbefalinger. Dersom disse anbefalingene *har* hatt betydning, er det også viktig å vite at begrunnelsene for dem bygger på inkonsistent bruk av kriterier.

LITTERATUR

1. Wester G, Bringedal B. The Norwegian National Council for Priority Setting in Health Care: decisions and justifications. *Health Econ Policy Law* 2017; 1 - 19. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 2. oktober 2017. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0685

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2023. Lastet ned fra tidsskriftet.no 2. desember 2023.