

Innhold

Sammendrag	2
Bakgrunn	3
Kort om utvalget	3
Aktuelle beslutningssituasjoner	3
Hva skal dette notatet brukes til?	4
Bakgrunn	4
Om prioriteringsbeslutningene	4
Erfaringer fra andre land	5
Presentasjon av MCDA	5
Tilgjengelig kunnskap om bruk av MCDA i prioriteringsbeslutninger	7
Oversiktsartikler	8
Andre kilder	8
Forenklede MCDA verktøy	8
Nasjonell modell for åpne prioriteringer inom hälso och sjukvård	8
GRADE Evidence to Decision (EtD) rammeverket	9
EVIDEM rammeverket	11
En generell vurdering av MCDA som praktisk prioriteringsverktøy	11
Mer inngående diskusjon	13
Valg og inndeling av kriterier	13
Vekting av kriterier	14
Konkretisering av anvendbarhet for ulike nivå	15
Faglig nivå	15
Administrativt nivå	16
Politisk nivå	18
Generelt om MCDA-metodens anvendbarhet på administrativt og politisk nivå i kommunene	20
Vurdering av hvilken informasjon som må være tilgjengelig for bruk av MCDA	20
Hvordan slik informasjon kan framskaffes, forvaltes og vedlikeholdes i et system for prioritering	21
Kilder til bakgrunnsinformasjon	21
Informasjon for å belyse prioriteringskriteriene	22
Et (nasjonalt) system for å støtte prioriteringer i kommunene og tannhelsetjenesten	23
Konklusjon	25
Referanser	26

Sammendrag

Blankholmutvalget skal levere en NOU (norsk offentlig utredning) om prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten. For beslutninger på faglig, administrativt og politisk nivå i disse tjenestene skal utvalget vurdere om kriteriene fra spesialisthelsetjenesten (nytte, ressursbruk, alvorlighet) kan anvendes, og i så fall hvordan. Etter prioriteringsmeldingen skal det på gruppenivå i spesialisthelsetjenesten prioriteres på bakgrunn av kostnadseffektivitet ved å regne kostnad per kvalitetsjustert leveår (QALY) og av et kvantitativt mål på alvorlighet. Dette kan være vanskelig for tiltak i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og tannhelsetjenesten, både på grunn av mangelfulle data og fordi det ofte kan være et ønske om å ta hensyn til effekter som går utover QALY. En mulighet er da å ta i bruk Multi Criteria Decision Analysis (MCDA), en annen type beslutningsmetode for å samtidig ta hensyn til flere ulike kriterier. Før utvalget eventuelt anbefaler MCDA som en tilnærming på administrativt og politisk nivå i disse tjenestene, har utvalget ønsket å få vurdert 1) metodens anvendbarhet som praktisk prioriteringsverktøy; 2) hvilken type informasjon som må være tilgjengelig; og 3) hvordan slik informasjon kan framskaffes, forvaltes og vedlikeholdes i et system for prioritering.

MCDA kan gjøres ved mer avanserte tallmessige modeller eller med enklere metoder. Bruk av fullstendig MCDA vurderes å være for teknisk og ressurskrevende til at den kan brukes lokalt i prioriteringsbeslutninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten. En enklere form for MCDA vurderes imidlertid å kunne være svært nyttig. Et beslutningsverktøy som bygger på deler av MCDA-metoden kan bidra til mer likebehandling og åpenhet i de kommunale prioriteringsbeslutningene, og være en reell støtte for beslutningstakerne.

Ved bruk av forenklet MCDA kan prioriteringskriteriene beskrives i flere underkriterier og på en slik måte at de gir beslutningstakerne rom for faglig skjønn og lokale tilpasninger. I tillegg til spesifikke hensyn som belyser de overordnede prioriteringskriteriene, vil det være mulig å også integrere andre hensyn om ønskelig. Det kan utarbeides veiledning for vektning av de ulike kriteriene, men i så fall vil det trolig være hensiktsmessig at beslutningstakerne fortsatt har rom for å selv vekte kriteriene slik de mener er riktig i den aktuelle beslutningssituasjonen. På administrativt og politisk nivå kan man vurdere å anbefale at prioriteringsprosessen og beslutningen dokumenteres skriftlig som del av en MCDA, men dette vurderes å ofte ikke være hensiktsmessig på et faglig nivå.

Bruk av enklere MCDA verktøy kan piloteres i utvalgte kommuner. Verktøyene kan deretter revideres basert på tilbakemeldinger før de implementeres videre.

Det vurderes å være behov for et nasjonalt system for å støtte systematiske og kriteriebaserte prioriteringsprosesser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og tannhelsetjenesten, delvis tilsvarende Nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Et slikt system kan legge til rette for prioritering i kommunene både ved innhenting og vurdering av dokumentasjon, og ved opplæring i og støtte til prioriteringsprosessen i kommunene.

Bakgrunn

Kort om utvalget

Blankholmutvalget skal levere sin NOU (norsk offentlig utredning) om prioriteringer i kommunal helse- og omsorgstjeneste og fylkeskommunal tannhelsetjeneste til Helse- og omsorgsdepartementet innen 31.12.2018. Målet med utvalget er å få en helhetlig drøfting av prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten. Utvalgets arbeid skal bidra til mer kunnskap og åpenhet om prioritering i helse- og omsorgstjenesten, og utvalget skal foreslå mulige prinsipper for prioritering og *hvordan prioriteringskriterier kan anvendes på ulike beslutningsnivåer og i ulike beslutningssituasjoner*.

I mandatet står det at problemstillingene [i den kommunale helse- og omsorgstjenesten] ofte er sammensatte og vanskelige å kategorisere, og kunnskapsgrunnlaget om effekt av ulike tiltak er i mange tilfeller svakt. Samtidig er de skjønsmessige vurderingene mange, og ansatte står ofte overfor vanskelige etiske dilemmaer (1).

Aktuelle beslutningssituasjoner

I utvalgets mandat beskrives, i tråd med inndelingen i Meld. St. 34 (2015-2016) (2) tre nivåer, og utvalget har beskrevet noen aktuelle beslutningssituasjoner:

Faglig nivå Beslutningssituasjon: Helse- og sosialpersonells møter med pasienter/brukere Beslutningstaker: Helse- og sosialpersonell, brukere, pasienter, pårørende Eksempler: Prioritering av tiltak for enkeltpasienter (henviser til spesialisthelsetjenesten?), mellom pasienter (hvordan skal hjemmesykepleieren fordele tiden mellom brukerne?) og mellom pasientgrupper (skal fysioterapeuten drive fallforebygging i grupper eller opp mot enkelte risikopasienter?)
Administrativt nivå Beslutningssituasjon: Løpende drift, budsjettprosesser, dimensjonering, tildeling/ fordeling av tjenester og organisering Beslutningstaker: Tildelings/vedtakskontor, rådmann, kommunale ledere, brukere Eksempler: Prioritering mellom ulike tjenester (ansette ny fysioterapeut eller opprette ny fastlegehjemmel? øke tannhelsetilbud eller psykisk helse-tilbudet, styrke omsorgstjenestene eller utvikle forebyggende tiltak blant barn og unge?).
Politisk nivå Beslutningssituasjon: Styringsdokumenter fra HOD, stats- og kommunebudsjett, lovverk Beslutningstaker: Storting og regjering, HOD og KMD, kommunestyret, brukere

Eksempler:

Overordnede beslutninger, budsjettvedtak, som øremerking av penger til helse- og omsorgstiltak i kommunene.

For disse nivåene er utvalget bedt om å vurdere i hvilken grad kriteriene fra spesialisthelsetjenesten (nytte, ressurs og alvorlighet) også kan anvendes for de tjenestene som dekkes av utvalgets mandat, og i så fall hvordan.

Etter prioriteringsmeldingen skal det på gruppenivå i spesialisthelsetjenesten prioriteres på bakgrunn av kostnadseffektivitet ved å regne kostnad per kvalitetsjustert leveår (QALY) og av et kvantitativt mål på alvorlighet. Dette kan være vanskelig for tiltak i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og tannhelsetjenesten, både på grunn av mangelfulle data og fordi det ofte kan være et ønske om å ta hensyn til effekter som går utover QALY. En mulighet er da å ta i bruk Multi Criteria Decision Analysis (MCDA), en annen type beslutningsmetode for å samtidig ta hensyn til flere ulike kriterier.

Hva skal dette notatet brukes til?

Før utvalget eventuelt anbefaler bruk av MCDA som en tilnærming til prioritering på administrativt og politisk nivå, er det tre forhold som utvalget ønsker vurdert, og som vi belyser i dette notatet:

1. En generell vurdering av metodens anvendbarhet som praktisk prioriteringsverktøy for beslutningstakere på administrativt og politisk nivå.
2. En vurdering av hvilken type informasjon som må være tilgjengelig for at metoden skal kunne tas i bruk.
3. En vurdering av hvordan slik informasjon kan framskaffes, forvaltes og vedlikeholdes i et system for prioritering.

Bakgrunn

Om prioriteringsbeslutningene

Hver dag gjøres prioriteringsbeslutninger i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i tannhelsetjenesten. Vi kan ikke velge om det skal prioriteres, men vi kan velge prinsippene som skal ligge til grunn for disse beslutningene (2). Slik kan prioriteringene bli mindre tilfeldige, pasienter med like behov vil få likere behandling, og legitimiteten rundt vanskelige beslutninger vil øke. Mange av prioriteringsbeslutningene kan være svært komplekse, med mye og variert informasjon.

Stortingsmeldingen om prioritering i spesialisthelsetjenesten innførte tre kriterier for prioritering (nytte, ressursbruk og alvorlighet) og skilte mellom to ulike nivåer av prioritering (klinisk nivå og gruppenivå). På det kliniske nivået gis de tre kriteriene en tekstlig beskrivelse, og nytte- og alvorlighetskriteriene utdypes i flere dimensjoner. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om tiltaket kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for overlevelse eller redusert funksjonstap, fysisk eller psykisk funksjonsforbedring og reduksjon av

smerter, fysisk eller psykisk ubehag. Stortingsmeldingen presiserer at det i praksis også kan være andre hensyn som blir tillagt vekt enn de som er omfattet av nyttekriteriet til bruk på klinisk nivå. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra risiko for død eller funksjonstap, graden av fysisk og psykisk funksjonstap og smerter, fysisk eller psykisk ubehag. På gruppenivå skal disse to kriteriene kvantifiseres ved hjelp av kvalitetsjusterte leveår (QALY). Ved vurdering av ressurskriteriet på gruppenivå skal ressursbruk sammenstilles med nytten av tiltaket i en kostnad-effektbrøk ved helseøkonomiske analyser.

I de kommunale helse- og omsorgstjenestene og de fylkeskommunale tannhelsetjenesten er kvalitetsjusterte leveår (QALY) i sin nåværende form ikke alltid egnet til å informere prioriteringsbeslutningene. I spesialisthelsetjenesten er pasientgruppene som oftest karakterisert ut fra en diagnose, eller beslutningen gjelder et forebyggende tiltak som skal forhindre en bestemt framtidig sykdom/lidelse. I kommunehelsetjenesten og i tannhelsetjenesten vil QALY ofte være en mindre aktuell måleenhet ved prioriteringsbeslutninger. Gruppene av pasienter eller brukere er heterogene, med flere og ulike diagnoser. Dessuten innbefatter ikke QALY alle typer effekter som gjerne vil vurderes som relevante. For eksempel kan det å oppleve livsglede, ha sosiale relasjoner og evne til å mestre livet tross sykdom og påkjenninger være vel så viktig for de fleste pasienter med kroniske sykdommer som mer diagnosespesifikke utfall. Helse- og omsorgspersonell oppfordres til å spørre pasientene: «Hva er viktig for deg?» Skal vi skape pasientenes helsetjeneste må vi vite hva som er viktig for dem. Dette fanges ikke nødvendigvis opp av QALY per i dag. Pasientene i spesialisthelsetjenesten har selvsagt også ofte kroniske lidelser og flere diagnoser og behov/mål som ikke nødvendigvis fanges opp av QALY, men dette blir i liten grad vektlagt i prioritering av tiltak på gruppenivå i spesialisthelsetjenesten.

I de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i tannhelsetjenesten er det vanskelig å applisere fremgangsmåten fra spesialisthelsetjenesten, hvor man på gruppenivå skal vekte kostnad-effektbrøken for et tiltak med tilstandens alvorlighet. Jo mer alvorlig en tilstand er, jo høyere kostnad-effektbrøk aksepteres. Imidlertid kan det tenkes at andre metoder, som for eksempel MCDA kan være egnet til å gjøre en tilsvarende vurdering, uten tilgjengelige kostnad-effektdata, for beslutninger på administrativt og politisk nivå.

Erfaringer fra andre land

Reidun Førde har utarbeidet et notat til utvalget med oversikt over prioriteringsføringer i Norden, Storbritannia, Nederland og Tyskland. Notatet er basert på kontakt med kolleger som har arbeidet med prioriteringsetikk og/eller har vært sentrale medlemmer i et europeisk nettverk for etikkraadgivning i helsetjenesten, samt søk i forskningsdatabaser og gjennomgang av offentlige dokumenter. Oppsummert kom det ikke fram at noen av landene hadde egne kriterier eller verktøy for prioriteringsbeslutninger i primærhelsetjenesten. Bruk av MCDA er ikke omtalt i dette notatet.

Presentasjon av MCDA

Beslutninger i helsesektoren er sjelden enkle, og involverer typisk en rekke faktorer, flere muligheter, manglende informasjon og ulike syn og preferanser (3). Dette gjelder i høyeste grad også for prioriteringsbeslutninger i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i tannhelsetjenesten. MCDA er en tilnærming eller et verktøy som på en systematisk måte kan gi struktur og støtte til slike komplekse beslutninger, ved at man eksplisitt vurderer ulike kriterier og veier dem mot hverandre. I

praksis tar vi ofte slike beslutninger ved intuisjon og ved at vi implisitt vurderer og vekter ulike kriterier, eller ved utredninger med en ofte lite strukturert og mangelfull vurdering av ulike tiltak. MCDA kan gjøres på mange ulike måter og er ikke låst til en spesifikk metodologi. MCDA er brukt som beslutningsverktøy i områder som markedsføring, økonomi og miljøvern. I de siste tiårene har MCDA også til en viss grad blitt tatt i bruk i helsesektoren, selv om mye av dette i stor grad har vært knyttet til forsknings- og utviklingsarbeid.

MCDA som beslutningsstøtte i helsetjenesten kan i prinsippet gi en rekke fordeler. Metoden gir en systematisk og strukturert tilnærming til beslutninger, noe som kan bidra til likebehandling på tvers av både pasienter og kommuner. En offentlig kjent og tilgjengelig metode vil også kunne føre til mer åpenhet om prioriteringsbeslutningene. Metoden er fleksibel, og vil kunne fungere i en rekke ulike beslutningssituasjoner, med ulike involverte parter og varierende typer kunnskap. Det er ikke nødvendig å bruke metoden i sin helhet, man kan forenkle og tilpasse etter formål og behov.

MCDA kan også hjelpe med å vekte tiltak mot vedtatte prioriteringskriterier, på samme måte som man i stortingsmeldingen om prioriteringer i spesialisthelsetjenesten foreslår en fremgangsmåte hvor kostnad-effektbrøken justeres for alvorlighet. Vurderingene av tiltak og vekting av kriteriene kan da omgjøres til tallmessige verdier som lar seg aggregere til en totalsum eller totalskår. Dette er sentralt i en fullstendig, kvantitativ MCDA-metode. Men man kan også rangere tiltakene basert på en mer skjønnsmessig vekting av kriteriene. Uansett om man bruker en fullstendig kvantitativ eller en mer skjønnsmessig MCDA-metode, kan man sammenligne ulike tiltak som skårer ulikt mot kriteriene på en felles skala, eller man kan rangere tiltak i grupper med f. eks. høy, middels, lav eller ingen prioritet. Det kan variere hvem det er som vurderer hvordan skåringene innad i kriteriene skal måles, hvordan vektingen mellom kriteriene skal være, og hvordan rangeringen til sist skal gjøres. Ideelt bør man undersøke preferansene til de som blir omfattet av beslutningene.

Fullstendig MCDA-metode, basert på ISPOR rapport fra 2016 (4).

	Trinn	Innhold	Til diskusjon
1	Beslutning og alternativer	Hvilken type beslutning? Hva er alternativene? Hvem er involverte parter?	
2	Kriterier	Hvilke kriterier skal brukes? Metode for å bestemme kriteriene?	Sentralt eller lokalt bestemt? Alltid de samme kriteriene?
3	Skåre tiltakene	Hvor godt skårer de ulike tiltakene på hvert kriterium? Tiltakene gis tallmessige eller andre typer verdier som gjenspeiler dette	Grov eller fin inndeling? Kvalitativt og/eller kvantitativt?
4	Endringer innad i kriteriene	Hvor mye bedre er eks. 'høy' enn 'middels' nytte?	F.eks. skala fra 1-100, kategorier som lav/middels/høy, >/< enn en terskelverdi etc.
5	Vekting mellom kriterier	Er noen kriterier viktigere enn andre? Vektig kan angis i prosent, eller mer skjønnsmessig	Vekting eller ei? Hvem skal bestemme vektene? Alltid lik vekting, eller variasjon?

			Eks: Hvor stor vekt legges på nytte vs alvorlighet vs ressurs
6	Kalkulere totalskår	Hvordan summere opp? Skår for hvert tiltak vektet mot kriteriene i en matematisk modell, eller mer skjønnsmessig	Additiv, multiplikativ eller mer skjønnsmessig metode?
7	Usikkerhet	Hvordan ta høyde for og kommunisere usikkerhet i kunnskapsgrunnlaget?	Kvalitativ beskrivelse nok? Bruk av GRADE ¹ ? Sensitivitetsanalyse mulig?
8	Kommunisere resultat	Presentasjon av funnene – hvordan skal de brukes?	Vurdering, råd eller beslutning? Ja/nei (godkjent/ikke godkjent), rangering?

¹GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) Working Group har utarbeidet metode for gradering av tillit til dokumentasjon og styrken av anbefalinger

I et tenkt eksempel hvor man tar utgangspunkt i de tre prioriteringskriteriene fra spesialisthelsetjenesten og anvender dem i en kommunal prioriteringsbeslutning, vil en fullstendig MCDA kreve følgende:

- a) Et kunnskapsgrunnlag som gjør at hvert av de aktuelle tiltakene kan vurderes mot vedtatte prioriteringskriterier (f. eks. kriteriene nytte, ressursbruk og alvorlighet).
- b) Et arbeid der hvor skår for hvert enkelt tiltak, for hvert av de tre kriteriene, gis en felles tallmessig verdi eller sorteres i grovere kategorier (for eksempel på skalaen fra 0 til 100, lav/middels/høy eller større/mindre enn en terskelverdi)
- c) Et arbeid hvor man innhenter relevante og involverte parter preferanser for
 - a. Hvordan ulike skåringer innad i et kriterium skal vektlegges
 - b. Hvordan avveininger mellom kriterier skal vektlegges
- d) En metode for å kalkulere totalskår for de ulike tiltakene og rangere eller gruppere disse
- e) En metode for å ta høyde for usikkerheten, både i kunnskapsgrunnlaget og modellen

Ulemper med en fullstendig MCDA metode er at den kan være komplisert i bruk, og at det kan kreve betydelige ressurser og kompetanse å hente inn og vurdere dokumentasjonen. En bred innhenting av relevante kriterier fra flere ulike parter, med tilsvarende innsamling av preferanser hva gjelder skåring og vektning er en tidkrevende prosess som vil kreve både kompetanse og mye arbeid.

En annen utfordring er at kunnskapsgrunnlaget for mange av de aktuelle tiltakene er svakt eller ikke-eksisterende. Dette er imidlertid ikke nødvendigvis en innvending mot verktøyet som sådan, tvert imot kan det hevdes at MCDA vil kunne bidra til å vise fram at kunnskapsgrunnlaget er mangelfullt.

Tilgjengelig kunnskap om bruk av MCDA i prioriteringsbeslutninger

Ut fra vårt arbeid virker det å være lite tilgjengelig kunnskap om bruk av MCDA eller MCDA-lignende metoder i administrative og politiske beslutninger i helse- og omsorgstjenestene i kommunene og tannhelsetjenesten. Innen helse synes hovedtyngden av litteratur å omhandle bruk av MCDA ved vurdering av kostbare tiltak i spesialisthelsetjenesten, men MCDA har også vært testet i beslutninger om folkehelseiltak og screening.

Det foreligger ingen relevante Cochrane-oversikter, og vi kjenner heller ikke til andre systematiske oversikter over studier som vurderer effekter eller erfaringer av å bruke MCDA i praktisk prioriteringsarbeid i kommunale helse- og omsorgstjenester eller tannhelsetjenesten.

Oversiktsartikler

Etter en gjennomgang av tre relativt nye systematiske oversiktsartikler om MCDA i helse finner vi få artikler som er direkte overførbare til utvalgets mandat og problemstillinger (5-7). To britiske artikler undersøkte prioriteringer i folkehelsearbeid (public health), men begge artiklene rangerte en gruppe intervensjoner og er ikke veldig relevante for å vurdere anvendbarheten til MCDA i praktisk prioritering i kommunene (8, 9).

Vi har også gjort et oppdatert søk basert på søkestrengen fra en av de systematiske oversiktsartiklene (7). Filtret for de siste fem årene gav dette 105 nye treff i Pubmed, men basert på en gjennomgang av titler var ingen av disse artiklene relevante for arbeidet.

En systematisk oversikt («scoping review») av Kneale og medarbeidere fra 2017 (10) undersøkte bruken av dokumentasjon i engelske beslutninger om folkehelseiltak. Man bør ikke trekke sterke konklusjoner på grunnlag av en slik oversikt basert på 21 studier, men tre trender for hvordan dokumentasjon fremskaffes og brukes kan være relevante:

- Tilgjengelig forskningsbasert dokumentasjon er ofte ikke tilpasset den lokale konteksten.
- Lokale eksperter er ofte en viktig kilde til kunnskap.
- Lokal kunnskap, om enn anekdotisk, blir ofte sett på som viktigere enn mer solid og etablert kunnskap.

Selv om dette ikke direkte omhandler MCDA er det nyttig fordi det sier noe om hvordan kunnskap innhentes og brukes i en kommunehelsekontekst, i et helsesystem ikke ulikt det vi har i Norge.

Andre kilder

En bok redigert av Marsh og medarbeidere fra 2017 (3) gir en grundig gjennomgang av bakgrunnen for MCDA, beskriver ulike metoder og en rekke kasuistikkstudier. Et av kapitlene omhandler bruk av MCDA i prioriteringer på lokalt nivå i Storbritannia. Her presenteres ulike MCDA-metoder og egnetheten drøftes i lys av kompleksitet, tilgjengelig tid, dokumentasjon og kompetanse.

International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) publiserte i 2017 to artikler som beskriver god praksis for å gjennomføre en MCDA (4, 11). Det kan være verdt å ha disse som et utgangspunkt, men de er svært detaljerte og ikke rettet mot eventuell bruk av forenklet MCDA-metode i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og tannhelsetjenesten.

Forenklete MCDA verktøy

Under beskriver vi ulike former for kriteriebasert beslutningsstøtte som kan være aktuelle hvis man ønsker å bruke enklere MCDA-verktøy ved prioriteringsbeslutninger.

Nasjonell modell för öppna prioriteringar inom hälso och sjukvård

En relevant kilde til kunnskap om bruk av forenklet MCDA-metode er Sveriges «Nasjonell modell för öppna prioriteringar inom hälso och sjukvård» (12). Det finnes flere rapporter fra Prioriteringscentrum, et nasjonalt kunnskapssenter for prioriteringer som holder til ved Universitetet

i Linköping. Den svenske nasjonale modellen kan sees på som en forenklet versjon av MCDA til bruk på gruppenivå, og består av følgende steg:

1. Klargjøring av formål og prioriteringsområde (f. eks. ulike behovs- eller sykdomsgrupper, eller et virksomhetsområde som habilitering, hjemmesykepleie, fysioterapi)
2. Identifisering av hva som skal rangordnes (prioriteringsobjekt – dvs. en kombinasjon av en helsetilstand og et tiltak)
3. Bedømming av alvorlighetsgrad
4. Bedømming av pasientnytte
5. Bedømming av kostnad i forhold til pasientnytte
6. Vurdering av kvaliteten av dokumentasjonen/underlaget for bedømmingene
7. Sammenslåing og rangordning
8. Presentasjon av rangordningen med begrunnelse

Skalaene som brukes er

- for bedømming av alvorlighet: svært stor, stor, moderat eller liten
- for bedømming av pasientnyttene: svært stor, stor, moderat eller ingen
- for bedømming av kostnad i forhold til pasientnytte: svært høy, høy, moderat eller lav

Til sist rangordnes tiltakene på en skala fra 1-10, der 1 angir det som er høyest prioritert, og 10 det som er lavest prioritert. Det gis en veiledning, men ingen absolutte kriterier for hvordan rangordningen skal gjøres. Hvis ulike prioriteringsordninger skal vurderes sammen, kreves det drøfting og kalibrering.

Sentralt i metoden er en skåringsmatrise som gir en oppskrift for beslutningsprosessen. De har en egen tabell til hjelp for å avgjøre alvorlighetsgrad. Det er publisert en rapport som omhandler arbeidet med å innføre en metode for systematiske prioriteringer i en svensk kommune (13).

GRADE Evidence to Decision (EtD) rammeverket

Evidence to Decision (EtD) rammeverket ble utviklet gjennom prosjektet Developing and Evaluating Communication Strategies to Support Informed Decisions and Practice Based on Evidence (DECIDE-www.decide-collaboration.eu), et prosjekt delfinansiert av EU (2011-15) (14-16). DECIDE prosjektet var initiert av GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) Working Group, og Kunnskapscenteret var en sentral partner. Andre partnere var bl. a. WHO, National Institute for Health and Care Excellence (NICE) og Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). EtD rammeverket skal hjelpe beslutningstakere å gå fra dokumentasjon til en anbefaling eller en beslutning. Ideen er at avveiningene som gjøres i denne prosessen skal være eksplisitte og gjennomsiktede, og i størst mulig grad bygge på den beste tilgjengelige forskning. EtD rammeverket kan betraktes som en forenklet MCDA metode, selv om EtD rammeverket ikke forutsetter eksplisitt vektning av kriteriene og ikke innebærer at en beslutning blir tatt på grunnlag av en tallmessig utregning av en totalskår.

EtD rammeverket vurderer og viser fram kunnskapsgrunnlaget om virkningene av aktuelle tiltak (forventede positive og negative virkninger, balansen mellom fordeler og ulemper (nytte), økonomiske konsekvenser (ressurser)), inkludert en vurdering av tilliten til forskningsresultatene

(GRADE-vurdering). Rammeverket omfatter i tillegg andre faktorer eller kriterier som ofte blir vurdert når det gis anbefalinger eller tas beslutninger, f.eks. problemets alvorlighet og omfang, verdimeslige forhold, hvorvidt tiltaket er gjennomførbart og akseptabelt, og mulige konsekvenser for sosial ulikhet. Flere av disse kriteriene kan sies å være dimensjoner ved nyttekriteriet. Med verdimeslige forhold menes hvilken vekt man tillegger ulike utfall. De fleste tiltak har både positive og negative virkninger, og balansen («nyttens») vil avhenge av hvorvidt ulike personer og grupper har forskjellige verdier eller preferanser, dvs. om det er variasjon i hvordan man vektlegger de positive og negative utfallene.

EtD rammeverket er fleksibelt og kriteriene kan tilpasse ulike formål. EtD rammeverket kan tilpasses de prioriteringskriteriene som blir vedtatt.

Det finnes litt ulike EtD rammeverk som gir støtte til informerte beslutninger for ulike grupper (pasienter, helsepersonell samt beslutningstakere med ansvar for folkehelse, helsesystem samt finansiering av helsetiltak). Felles for EtD rammeverkene er at de kan:

- informere om fordeler og ulemper ved aktuelle tiltak/tjenester
- sikre at beslutningstakerne tar hensyn til viktige faktorer (kriterier) som er avgjørende for en informert beslutning
- gi et konsist sammendrag av den beste tilgjengelige forskningsbaserte dokumentasjonen, og en oppsummering av annen relevant informasjon, for å informere bedømmelsen av hvert kriterium
- gi struktur til diskusjonen/beslutningsprosessen og identifisere årsaker til uenighet
- vise fram beslutningsgrunnlaget til dem som beslutningen angår og slik sikre transparente beslutningsprosesser

Rammeverket har vært brukertestet, og har vært benyttet i utvikling av WHO-retningslinjer bl.a. for oppgavedeling («Optimizing health worker roles for maternal and newborn health»). Disse retningslinjene ligger på www.optimizemnh.org hvor brukere av anbefalingene kan gjenfinne EtD-rammeverket og selv se dokumentasjonsgrunnlaget samt hvilke avveininger som ble gjort av gruppa som formulerte anbefalingene. Internasjonalt har EtD rammeverket bl.a. vært brukt i flere land i Latin-Amerika, samt i Spania og Italia.

I Norge har EtD rammeverket bl.a. vært brukt i utarbeidelse av nasjonale retningslinjer i Helsedirektoratet. Se f. eks. vedlegg i [Nasjonal faglig retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv behandling – ECT](#) som viser hvordan arbeidsgruppa som utarbeidet denne retningslinjen kom fram til de ulike anbefalingene.

EtD rammeverket kan brukes i et papirbasert format, eller som et internettbasert interaktivt verktøy (interactive EtD – iEtD). iEtD er utviklet av non-profit organisasjonen Epistemonikos i Chile (mer om iEtD her: <https://ietd.epistemonikos.org>). iEtD verktøyet kan både gi støtte i selve beslutningsprosessen, samt brukes for å produsere rapporter som viser fram beslutningsgrunnlaget i et kortfattet og ett tilgjengelig format.

Det papirbaserte verktøyet er oversatt til norsk, sammen med en nærmere beskrivelse og veiledning (se vedlegg 1 og 2). I høst vil vi oversette iEtD til norsk i et utviklingsprosjekt på FHI der vi skal teste, tilpasse og utvikle dette verktøyet ved oppdatering av FHIs smittevernveileder.

Det pågår arbeid for å oppsummere erfaringer med bruk av EtD og iEtD. Inntrykket fra både nasjonale og internasjonale erfaringer er at verktøyene har vært brukt i miljøer som har tilknytning til GRADE Working Group, eller som har tilgang til metodestøtte. For arbeidsgruppene som utarbeider retningslinjer i Helsedirektoratet kan det være krevende å sette seg inn og fylle ut EtD rammeverket, men det er mulig å lære seg strukturen og logikken. For retningslinjen om ECT ble det sagt at det å vise fram verktøyet og hvordan arbeidsgruppen brukte det i retningslinjen var en svært overbevisende argumentasjon for retningslinjens troverdighet i møte med klinikere.

EtD rammeverket har hovedsakelig vært brukt i enkeltbeslutninger, ikke til rangering eller prioritering av en rekke ulike tiltak. Det er imidlertid ikke noe i veien for at rammeverket også kan brukes til å rangere ulike tiltak. EtD og iEtD kan vurderes til bruk som verktøy til støtte for prioriteringsbeslutninger i folkehelsearbeid og i tjenestene for øvrig, inkludert kommunale helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenesten.

EVIDEM rammeverket

EVIDEM rammeverket har blitt kontinuerlig utviklet siden 2006 og er åpent tilgjengelig fra non-profit organisasjon EVIDEM Collaboration (<http://www.evidem.org/evidem-framework/>) (17).

Rammeverket er modulbasert og bygget opp for å møte prinsippene for MCDA. EVIDEM er blitt testet og implementert for flere ulike beslutninger i flere ulike land: Canada, Sør-Afrika, Italia, Belgia, m.fl. Det ser ut til at rammeverket særlig har vært benyttet i beslutninger som gjelder spesialisthelsetjenesten. Metoden er ment å kunne anvendes for alle typer helsetjenestetiltak, for alle beslutningsnivåer og i alle settinger globalt.

Rammeverket er forholdsvis omfattende, og inkluderer systematiske søk for kunnskapsinnhenting, arbeidsgruppemøter og evidenssyntese. Metoden er sannsynligvis for omfattende i bruk for i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og tannhelsetjenesten lokalt, men noen elementer kan potensielt være nyttige, blant annet en omfattende web-basert database med tidligere beslutninger.

En rapport fra Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) fra et pilotprosjekt om bruk av MCDA sammenlikner EVIDEM og EtD (18). Rapporten påpeker bl.a. at EtD bruker en mer kvalitativ tilnærming enn EVIDEM rammeverket, ved at EtD ikke kalkulerer vektete totalskårer, men forutsetter diskusjoner for vurderingene for hvert kriterium. En annen forskjell er at EVIDEM vurderer «kvaliteten av dokumentasjonen» som et eget kriterium i beslutningsprosessen, mens EtD tar hensyn til tilliten til dokumentasjonen i vurderingen av hvert kriterium. KCE vurderer dette som mer hensiktsmessig, siden tilliten til dokumentasjonen kan variere mellom kriteriene.

En generell vurdering av MCDA som praktisk prioriteringsverktøy

Vi vil fraråde at en fullstendig MCDA gjøres til et standardverktøy til prioriteringsbeslutninger på kommunalt nivå, av tre grunner: For det første fordi tilgjengelig kunnskap og kapasitet til å gjøre dette ute i kommunen ikke er til stede – metoden er ikke forståelig og lett anvendbar i praksis i de aktuelle tjenestene uten betydelig støtte. For det andre er det mangelfullt kunnskapsgrunnlag for mange av tiltakene for en tradisjonell MCDA basert på QALY. En forenklet MCDA ved f. eks. EtD rammeverket kan imidlertid gjennomføres selv der det mangler forskning. For det tredje foreligger det svært lite relevant litteratur om erfaringene ved en slik systematisk bruk av MCDA verktøy i reelle prioriteringssituasjoner i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og tannhelsetjenesten.

Det er derfor hensiktsmessig å utrede og pilotere ulike praktiske tilnærminger før man eventuelt anbefaler bestemte standardverktøy på administrativt og politisk nivå i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og tannhelsetjenesten.

Det kan tenkes at det på sikt vil være mulig å innføre en form for fullstendig MCDA-vurdering for noen beslutninger. Dette kan være overordnede og mer prinsipielle beslutninger tatt på nasjonalt eller regionalt nivå. En mer omfattende vurdering av hvilke metoder for preferanseinnhenting og vektning som eventuelt skal brukes må da gjøres. For flere av de aktuelle tiltakene vil det for eksempel også kreve at det utarbeides nye metoder for å estimere kvalitetsjusterte leveår slik at også relevante aspekter ved omsorgstjenestene og pasientviktige utfall fanges opp. Det pågår forskning internasjonalt som kan gi viktige bidrag her.

Det er naturlig at ansvaret for MCDA-vurdering av slike større beslutninger gis til et nasjonalt organ.

På kort sikt kan man prøve ut en forenklet beslutningsstøtte med et MCDA-liknende verktøy hvor man inkluderer de vedtatte prioriteringskriteriene samt andre relevante hensyn. Et slikt verktøy vil kunne styrke likebehandling, åpenhet og forutsigbarhet i prioriteringsbeslutninger. Dette kan ta form etter en skåringsmatrise, som er en nøkkelkomponent i MCDA.

Et forslag til beslutningsstruktur, med bruk av de tre prioriteringskriteriene nytte, alvorlighet og ressursbruk som eksempel:

Spørsmålet/beslutningen:							
Tiltak	Alternativ	Nytte	Alvorlighet	Ressursbruk	Andre hensyn	Dokumentasjon og usikkerhet	Konklusjon
Begrunnelse:							

For å sikre at relevante aspekter av prioriteringskriteriene blir vurdert, bør disse beskrives mer detaljert, i flere dimensjoner eller underkriterier, slik det f. eks. er gjort i EtD rammeverket. Det vil være naturlig å se mot spesialisthelsetjenesten og hvordan Meld.St. 34 beskriver kriteriene for prioritering på klinisk nivå. I stortingsmeldingen utdypes den tekstlige versjonen med flere ulike dimensjoner av nytte- og alvorlighetskriteriet slik:

Nyttekriteriet

Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at helsehjelpen kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for:

- Overlevelse eller redusert funksjonstap
- Fysisk eller psykisk funksjonsforbedring
- Reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag

Alvorlighetskriteriet

Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra:

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

En tilsvarende detaljering av kriterier for de kommunale helse – og omsorgstjenestene vil være nyttig. For disse tjenestene er det aktuelt å legge inn andre underkriterier i tillegg, som f. eks. mestring. Slike mer detaljerte kriterier vil forenkle de faktiske vurderingene av ulike tiltak, og en slik beskrivelse gir en større mulighet til å utøve faglig skjønn ved at man kan vektlegge ulike aspekter av det som pasient- og brukergruppene opplever som viktige utfall.

Mer inngående diskusjon

Valg og inndeling av kriterier

Hvilke kriterier er relevante? Standardmetoden for MCDA er å samle inn relevante kriterier gjennom litteratursøk, tidligere beslutninger, retningslinjer og/eller ved å spørre involverte parter. Antall kriterier varierer. I den systematiske oversiktsartikkelen av Marsh og medarbeidere fra 2014 varierte antall kriterier mellom 3 og 19, med et gjennomsnitt på 8,2 (6).

Ett spørsmål er om kriteriene skal bestemmes sentralt og dermed være like for alle beslutningstakere og beslutningssituasjoner, eller om man skal åpne for lokale tilpasninger. Om man følger standardmetodologien for MCDA tilsier denne at man for hver enkelt beslutning skal velge sitt sett med kriterier. Det er i midlertid sterke argumenter som tilsier at kriteriene bør være like: Likebehandling, forutsigbarhet og åpenhet er viktige verdier i samfunnet, og som Meld.St. 34 2015-2016 trekker frem som viktige også i prioriteringsarbeidet. Dersom ulike beslutningstakere brukte ulike kriterier for prioritering ville det gå imot disse verdiene. Følgelig bør prioriteringskriteriene som blir vedtatt eller anbefalt for de kommunale helse- og omsorgstjenestene og tannhelsetjenesten brukes av alle kommunene.

Nært knyttet til sentrale eller lokale kriterier, er spørsmålet om alle beslutninger skal vurderes med de samme kriteriene eller om man skal kunne bruke noe ulike kriterier for ulike beslutninger. Argumentet om likebehandling, forutsigbarhet og åpenhet er gjeldende også her. Et annet relevant argument, som også diskuteres av Marsh og medarbeidere (19), er at beslutninger som tas innenfor de samme budsjettammene bør vurderes med de samme kriteriene.

De kriteriene som utvalget foreslår og som blir vedtatt av Stortinget kan beskrives tekstlig, med flere dimensjoner, slik at relevante aspekter kan fungere som indikatorer for de vedtatte kriteriene. I prioriteringsmeldingen i spesialisthelsetjenesten beskrives nyttekriteriet i tre dimensjoner: Overlevelse eller redusert funksjonstap, fysisk eller psykisk funksjonsforbedring, og reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag. På tilsvarende måte vil de tre prioriteringskriteriene brukt i spesialisthelsetjenesten også kunne spesifiseres til å fange opp alle relevante aspekter ved prioriteringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og tannhelsetjenesten.

Gitt fleksibiliteten i MCDA-verktøyet kan man tenke seg en mellomløsning der de anbefalte prioriteringskriteriene ligger fast, men at man også åpner for at andre kriterier kan inkluderes i beslutningen. En annen måte å sikre rom for skjønn og lokal tilpasning er å beskrive kriteriene på en slik måte at beslutningstakerne selv kan vektlegge det de mener er relevant for beslutningen. (En

lignende anbefaling gis i Meld.St. 34). Uansett vil det være viktig å finne en god balanse mellom likebehandling og sentrale føringer, og selvbestemmelse og fleksibilitet hos beslutningstakerne.

En tredje vurdering er hvordan man skal dele inn eller skåre kriteriene. I sin enkleste form kan dette gjøres kvalitativt, for eksempel «høy-middels-lav alvorlighet», eller ved at man skårer over/under en gitt terskelverdi (nyttig/ikke nyttig, alvorlig/ikke alvorlig). EtD rammeverket gir beslutningstakerne en struktur for slike kvalitative eller skjønnsmessige skåringer av hvert kriterium. Om man derimot ønsker en kvantitativ vektning og summering av alternativene må inndelingen av kriteriene tallfestes. Fordelen med dette er at det kan gi en mer systematisk og objektiv tilnærming. En svakhet er at dersom kunnskapsgrunnlaget og vurderingene er usikre så vil en slik metode framstå som i overkant sikker.

Vekting av kriterier

I komplekse beslutningsprosesser vil man alltid, implisitt eller eksplisitt, vekte de kriteriene som man tar hensyn til.

For å få mer åpenhet og bedre diskusjoner om viktige prioriteringsbeslutninger på administrativt og politisk nivå i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og tannhelsetjenesten, er det rimelig å åpne for en form for eksplisitt vektning av kriteriene, som det har blitt gjort i spesialisthelsetjenesten. Med vektning menes at noen kriterier vektlegges mer eller mindre enn andre (til forskjell fra en nøytral vektning hvor for eksempel nytte, ressursbruk og alvorlighet vektlegges 1/3 hver). Dette vil underbygge kommunene sin selvbestemmelse og mulighet for å gjøre selvstendige vurderinger. På faglig og administrativt nivå i kommunene vil vektingen eventuelt måtte gjøres av de aktuelle beslutningstakerne. På lokalt nivå vil man sjelden ha ressurser til å søke etter litteratur om preferanser, og man vil neppe ha kapasitet eller kompetanse til å gjøre undersøkelser blant brukere i kommunen. Det vil imidlertid være mulig mer uformelt å få en viss oversikt over ønsker og preferanser til pasienter, brukere og pårørende, samt erfaringer og meninger blant helse- og omsorgspersonell. Den forenklede beslutningsstøtten vil kunne bidra til at denne vektingen gjøres mer eksplisitt. Vektingen vil da kunne skje ved at enkelte dimensjoner av kriteriene tillegges mer vekt i beslutningen, og at dette begrunnes.

EtD rammeverket gir beslutningstakerne mulighet til å skåre på en fem punkt-skala hvorvidt vurderingen av hvert enkelt kriterium er i favør av tiltaket, eller av alternativet. Dette åpner for en eksplisitt drøfting og vektning av kriteriene etter at vurderingene for hvert enkelt kriterium er gjennomført. Dette er muligens en mer hensiktsmessig, lettere tilgjengelig og mindre «akademisk» øvelse enn en kvantitativ vektning av kriteriene før den konkrete beslutnings-/prioriteringsprosessen. Vi antar at beslutningstakere med god grunn kan vegre seg mot å bruke kvantitative systemer som fører til at en beslutning kommer ut som et direkte resultat når man trykker på Enter-knappen – da mister man kontrollen over hva som blir den faktiske konklusjonen. En «teknisk» løsning kan aldri være tilstrekkelig når det gjelder en så kompleks prosess som prioriteringsarbeid, der ikke minst tilliten til selve beslutningsprosessen er grunnleggende. Hvis beslutningen framstår som en «svart boks» som ingen egentlig forstår, svekkes tiltroen til både prosess og beslutning.

For noen viktige beslutninger på administrativt eller politisk nivå og som omhandler grupper kan en fullstendig kvantitativ MCDA-modell med preferansevektinger gjennomføres. Dette arbeidet bør da gjøres av et sentralt organ. På samme måte som man finner preferansene for endringer innad

kriteriene, finnes det en rekke ulike metoder for å tillegge kriteriene ulike vektorer. Noen av metodene er de samme som for å finne preferanser for endringer innad i et kriterium (trinn 3). Vektene kan genereres fra pasienter/brukere, fra beslutningstakere eller fra folk flest. Dersom man benytter de samme preferansevektene i alle kommuner og i alle beslutninger vil metoden gi like resultater, men dersom ulike preferansevektor brukes kan dette føre til at kommuner gjør ulike beslutninger basert på det samme kunnskapsgrunnlaget. Dette er noe utvalget eller eventuelt senere beslutningstakere må ta stilling til.

Konkretisering av anvendbarhet for ulike nivå

Her følger en mer inngående beskrivelse av hvordan metoden eventuelt kan anvendes som praktisk prioriteringsverktøy på de ulike nivåene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og tannhelsetjenesten.

Faglig nivå

Selv om vi ikke er bedt om å beskrive bruk på dette nivået velger vi å omtale det kort, for å vise at metoden også kan være relevant og ha implikasjoner her.

Helsepersonells møte med enkeltpasienter eller prioriteringer mellom pasienter i de kommunale helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenesten har mye til felles med det som i Meld.St.34 2015-2015 omtales som klinisk nivå i spesialisthelsetjenesten. Mange av vurderingene og forslagene er derfor overførbare.

Det er viktig at forslag til metode for prioritering både fungerer som reell og god beslutningsstøtte og at den gir tilstrekkelig rom for det som Meld.St.34 omtaler som skjønnsmessige vurderinger. Videre er det rimelig at metoden ikke gir helsepersonell merarbeid i form av for eksempel økte dokumentasjonskrav. Vi mener derfor at anbefalingene ikke bør inkludere noen form for skriftlige krav til dokumentasjon eller registrering som vil innebære merarbeid i tjenestene.

Det viktigste vil være å innføre en struktur for hvordan man gjør vurderingene som fører til en faglig prioriteringsbeslutning. Det innebærer at tiltakets nytte, ressursbruk og tilstandens alvorlighet alltid blir vurdert, at man er klar på hvordan de vektlegges, og at man har vurdert tilliten til dokumentasjonen som foreligger. Et godt prioriteringsstøtteverktøy kan hjelpe til å koble de brede og abstrakte prioriteringskriteriene (f.eks. nytte) til den informasjonen man kan observere eller har i beslutningssituasjonen. Denne beslutningsstrukturen kan formidles til de involverte partene ved gode faglige retningslinjer og eventuelt i beslutningsstøtte integrert i elektronisk pasientjournal. Hvis EtD rammeverket brukes, kan prosessen synliggjøres som vedlegg i kliniske retningslinjer, slik at både helsepersonell og pasienter selv kan vurdere grunnlaget for anbefalingene, om de ønsker det.

Det er viktig at helsepersonell får støtte for å gjøre kloke valg, jfr. f. eks. Legeforeningens pågående kampanje «[Gjør kloke valg](#)» inspirert av den internasjonale kampanjen «Choosing Wisely» (20). Kjernebudskapet går ut på at legen og pasienten oppfordres til en dialog om overdiagnostikk og overbehandling og at pasientene skal gjøre kloke valg i samråd med legen. Målet er å redusere overdiagnostikk og overbehandling. Fokus er på kvalitet og pasientsikkerhet, ikke på kostnader. I vurdering av hvilke tiltak som faller i kategoriene overdiagnostikk og overbehandling, kan bruk av MCDA-liknende verktøy vurderes. Det er både nasjonalt og internasjonalt økende oppmerksomhet

på overdiagnostikk og overbehandling, og det er sannsynligvis et stort potensiale for både bedre tjenester og mindre ressursbruk ved effektive strategier mot dette.

Faglighet og profesjonsetikk tilsier at helsepersonell forsøker å gi rettidig hjelp til alle og mest til dem som har størst behov. I akuttmedisinen er triage (sortering) av pasienter i ulike hastegrader velkjent. For alle helsepersonellgrupper kan det i daglig praksis være svært krevende å prioritere brukere med ulike problemer og ulike behov. Dette problemet øker når folks forventninger til tjenestene øker. Det er en stor utfordring i prioriteringsarbeidet at ressurssterke grupper kan fortrenge svakere grupper med større behov for hjelp. Pasienter med sammensatte og kroniske lidelser, og pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer ender ofte bakerst i køen.

Den virkelige prioriteringen av tjenestene foregår i stor grad i det daglige arbeidet i dialogen mellom brukerne og tjenesteutøvere/helsepersonellet. Hvordan tjenestene organiseres og ledes vil i stor grad påvirke kvaliteten og effektiviteten av tjenestene, og den reelle prioriteringen.

Hvis man tar hensyn til prioriteringskriteriene i utarbeidelse av nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og annen beslutningsstøtte kan dette bidra til at gode prioriteringsbeslutninger faktisk blir implementert i praksis.

Administrativt nivå

Vi har vært i kontakt med Oslo kommune og Helsedirektoratet, som opplyser at det per i dag ikke er noen sentralt kjente prioriteringsverktøy eller prioriteringskriterier til bruk på administrativt og politisk nivå i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er imidlertid veiledere, retningslinjer m.m. som gir føringer for hva som er forsvarlig praksis og som gjennom dette bidrar til hvordan kommunene prioriterer. "Forsøksordning for statlig finansiering av omsorgstjenestene" (2015) (21) har som mål å sikre likhet og riktig behovsdekning, og i forbindelse med dette har Helsedirektoratet utarbeidet et eget kriteriedokument og en samtaleguide til bruk i kommunene som er med i forsøket. Det er også utarbeidet en forskrift om kriterier for tildeling av sykehjemsplass. Dette er imidlertid mer faglige kriterier enn prioriteringskriterier. I forbindelse med utarbeidelse av dette dokumentet var Helsedirektoratet i kontakt med noen kommuner som hadde utarbeidet egne kriterier for tildeling av tjenester og en form for prioritering.

Helsedirektoratets veileder «God klinisk praksis – en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling» skal støtte tjenesten i å foreta prioriteringer når det gjelder tannbehandling voksne pasienter, både på individ- og systemnivå (22).

Beslutninger på administrativt nivå i helse- og omsorgstjenesten omhandler gjerne grupper av pasienter. I spesialisthelsetjenesten karakteriseres disse gruppene ofte av en felles diagnose. Dette er ikke like vanlig i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, hvor f. eks. en fastleges arbeidsoppgaver omfatter en liste med pasienter, hver med sine liv, diagnoser og problemer. Forebygging, omsorg og rehabilitering i kommunehelsetjenesten er heller ikke nødvendigvis først og fremst knyttet til spesifikke diagnoser. Derfor er estimat av kvalitetsjusterte leveår (QALY), som er diagnosespesifikke, ofte mindre egnet til å kvantifisere nytte og alvorlighet for slike pasientgrupper.

Andre beslutninger på administrativt nivå omhandler enkeltpasienter eller –brukere. Et eksempel er tildeling av kommunale omsorgstjenester. Her kan det være både relevant og mulig å hente inn

informasjon som kan brukes til å vurdere alvorlighet og nytte (Jmfør kapittel 2.4 i Helsedirektoratets Veileder for saksbehandling IS-2442) (23). Det vil være både praktiske og etiske utfordringer knyttet til dette. De praktiske vil kunne løses, mens de etiske utfordringene nok gjør at en slik individvurdering ikke er ønskelig: er det riktig å gjøre kostnad-nyttevurderinger på individnivå? Personer med kroniske tilleggssykdommer vil i QALY-rammeverket ikke ha samme evnen til å nyttiggjøre seg av et tiltak som personer uten disse tilleggssykdommene, og vil dermed få lavere prioritet.

Også på administrativt nivå kan det være hensiktsmessig at det gjøres en mer skjønnsmessig vurdering av kriteriene i beslutningsprosessen. På dette nivået kan det i tillegg være aktuelt at beslutningstaker dokumenterer beslutningsprosessen skriftlig. Dette kan være ved et vedtakskontor, i et gruppemøte eller andre administrative beslutningsorganer. Et enkelt verktøy vil kunne bidra til å strukturere beslutningsprosessen, dokumentere hvilke hensyn som er tatt og gi støtte til beslutningstakerne både under prosessen og etter at beslutningen er gjort kjent. Et slikt verktøy bør være så enkelt at det kan tas i bruk i praksis uten omfattende opplæring eller metodestøtte, og uten at det skal være nødvendig å hente inn mye dokumentasjon eller preferanser for å vekte kriterier.

Eksempel:

Tildeling av langtidsplass på sykehjem – forenklet prioriteringsstøtte

Beslutning:

Skal bruker A eller B få tildelt den ledige plassen på sykehjemmets langtidsavdeling

Alternativer:

A får plassen, B får plassen

Vurdering av prioriteringskriterier:

Beslutningstakeren må anslå hvor alvorlig situasjonen vil bli for de to brukerne dersom de ikke får tildelt plassen: reduseres overlevelsen, bli funksjonen forverret, øker smerter eller ubehag, eller blir mestringen redusert? Og i hvor stor grad?

Deretter må man vurdere i hvor stor grad en sykehjems plass vil være til nytte for brukerne: vil overlevelse øke? Funksjonen bedres? Smerter eller ubehag reduseres? Eller vil mestringen øke?

Til sist må ressursbruken vurderes. For denne beslutningen, gitt at brukerne krever like mye ressurser fra sykehjemmet, vil det ikke være noen forskjell. Dersom den ene brukeren vil kreve mer ressurser, kan det skyldes at tilstanden er mer alvorlig. En høyere ressursbruk kan da aksepteres.

Andre relevante hensyn:

Det kan være andre hensyn som også er relevante for beslutningen. Bor den ene brukeren alene, med begrensede muligheter til å klare seg selv? Har tiden brukerne har ventet på plass noe å si for beslutningen?

Dokumentasjon og usikkerhet:

Mange av vurderingen vil bli gjort av beslutningstakeren/ne, uten noen form for dokumentasjon utover informasjonen som helsepersonell og eventuelt bruker/pårørende har framskaffet. Det er

derfor rimelig at dette opplyses og at det også opplyses dersom de har forankret beslutningen i noen form for dokumentasjon.

Konklusjon:

Avhenger av beslutningen og alternativer. Kan være en rangering, et direkte valg mellom to alternativer eller en terskel (hvor enkelte tiltak gis prioritet og andre ikke).

Begrunnelse:

En nærmere utdypning av vurderingen, inkludert kriterier som ble vektlagt.

Beslutning: Tildeling av langtidsplass på sykehjem						
Alternativ	Nytte	Alvorlighet	Ressursbruk	Andre hensyn	Dokumentasjon og usikkerhet	Konklusjon
Bruker A	Ingen innvirkning på overlevelse eller smerter. Vil øke funksjon og mestring MIDDELS	Noe smerter. Fungerer greit i egen bolig. LAV	Lik LAV	Har ventet lenger	Erfaringsbasert	Tildeles ikke plassen
Bruker B	Ingen innvirkning på overlevelse eller smerter. Vil øke funksjon og mestring MIDDELS	Har en del smerter. Ikke god funksjon i egen bolig. MIDDELS	Lik LAV		Erfaringsbasert	Tildeles plassen
Begrunnelse: Bruker B tildeles plassen fordi tilstanden ansees som noe mer alvorlig og fordi boligen bidrar til at brukers funksjon er nedsatt.						

Politisk nivå

Beslutninger på det politiske nivået i kommunene vil ofte være basert på de administrative vurderingene. Hvilke typer fagpersoner som skal ansettes eller hvordan kommunen skal disponere midler til helse- og omsorgstjenester, inkludert forebyggende tiltak vil ofte være beslutninger som tas i et samarbeid mellom administrative og politiske aktører, ved at administrasjonen utreder sakene og politikerne fatter vedtakene. Vurderingene vi har gjort for de administrative beslutningene er derfor også gyldige for denne typen politiske beslutninger.

Mer overordnede beslutninger i tannhelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som omhandler for eksempel lovverk, nasjonale styringsdokumenter eller overordnede prioriteringer, kan være mer egnet for en mer omfattende MCDA-vurdering med tilhørende vurdering av kunnskapsgrunnlaget. Pr i dag vil det nok ikke være tilgjengelig kunnskap for

mange av disse beslutningene, men i slike overordnede beslutninger på gruppenivå foreligger ikke de samme praktiske og etiske utfordringene som på administrativt og faglig nivå.

Et viktig element for å få til en slik vurdering vil være et organ som både kan bidra med å fremskaffe et best mulig kunnskapsgrunnlag for tiltakene som vurderes, innhente preferanser for skåring og vektning av kriteriene og gjøre selve analysen. Som tidligere beskrevet vil en sentral del av arbeidet være å utvikle instrumenter som måler livskvalitet på en måte som er relevant for helse- og omsorgstjenesten. Dagens instrumenter er i stor grad sykdomsspesifikke eller begrenset til noen utvalgte dimensjoner av helserelatert livskvalitet. I Storbritannia jobber NICE sammen med blant annet Universitetet i Sheffield med et slikt prosjekt («Extending the QALY»).

Det vil også være et omfattende arbeid å hente inn preferanser for hvordan ulike tiltak skal skåres og vektet. Det finnes en rekke ulike måter å gjøre dette på, men felles for dem alle er at de krever metodisk kompetanse.

Eksempel:

Prioritering av tannhelsetjenester – fullstendig MCDA

1) Beslutning

Skal fylkeskommunen gi gratis tannbehandling til 19- og 20-åringer, eller til rusmisbrukere i helseinstitusjoner?

2) Kriterier

Vurderingen tar utgangspunkt i de tre vedtatte kriteriene fra spesialisthelsetjenesten: nytte, ressursbruk og alvorlighet

3) Skåring av tiltak

Her må beslutningstakerne, med støtte i et sentralt organ, innhente kunnskap om hvordan de to gruppene skårer vurdert mot de tre kriteriene. Dette kan gjøres gjennom kunnskapsoppsummeringer, litteratursøk eller i samarbeid med kliniske eksperter.

4) Endringer innad i kriteriene

Videre må man bestemme hvordan disse skåringene omgjøres til tallmessige verdier på en generisk skala, helst ved å hente inn involverte parter preferanse for ulike endringer innad i kriteriene.

I eksempelet om tannhelsetjenesten kan en tenkt skåringsmatrise, hvor hvert tiltak er skåret på en skala fra 0 til 100 mot de tre kriteriene, se slik ut:

	Nytte	Ressursbruk	Alvorlighet
19- og 20-åringer	20	50	10
Rusmisbrukere	60	70	90

5) Vektning av tiltak

Videre må det bestemmes hvordan de tre kriteriene skal vektet mot hverandre.

Preferanseinnhentingen for dette gjøres på samme måte som for skåringspreferansene. Deretter brukes vektene til å kalkulere en totalskår for hver av alternativene.

6) Kalkulere totalskår

Selve kalkuleringen kan også gjøres på flere måter. I eksempelet er det brukt en multiplikativ tilnærming hvor hver enkelt skår er multiplisert med vektingen og deretter summert opp i en totalskår:

	Nytte	Ressursbruk	Alvorlighet	Totalskår
19- og 20-åringer	20	50	10	22 (9+10+4)
Rusmisbrukere	60	70	90	74 (24+14+36)
Vekt (%)	40	20	40	

7) Usikkerhet og dokumentasjon

Beslutningstakerne må ta høyde for og kommunisere usikkerheten i metoden. Hvor godt er kunnskapsgrunnlaget, og hvilken tillit kan vi ha til resultatene? GRADE kan for eksempel brukes her. Man kan også gjøre sensitivitetsanalyser for å vise usikkerheten i modellen.

8) Resultat

Til sist må resultatet presenteres og også begrunnes for de involverte partene. I vårt tenkte eksempel har vi med hjelp av MCDA kommet frem til at rusmisbrukere bør gis gratis tannbehandling framfor 19-20 åringer.

Generelt om MCDA-metodens anvendbarhet på administrativt og politisk nivå i kommunene

Et MCDA verktøy som eventuelt skal brukes lokalt på administrativt og politisk nivå i kommunene bør være utformet slik at kriteriene er forståelige, og metoden bør være lett anvendbar. Selv et forenklet MCDA verktøy vil imidlertid kreve tid, personell og kunnskap. Det er tenkelig at et godt forenklet MCDA verktøy kan bidra til mer velinformerte beslutninger uten at det nødvendigvis tar større ressurser enn det som brukes i slike beslutningsprosesser i dag, men sannsynligvis vil det kreve ressurser og opplæring å få tatt det i bruk. Det kunne være interessant å teste ut bruk av enklere MCDA verktøy i noen pilotkommuner slik at verktøyet kan revideres og tilpasses basert på erfaringer i praktisk bruk, før det eventuelt tas i bruk i større skala i flere kommuner.

Vurderinga av hvilken informasjon som må være tilgjengelig for bruk av MCDA

Hvilken informasjon som må være tilgjengelig for at man kan bruke MCDA verktøyet vil være avhengig av kriteriene, detaljnivået ved den MCDA metoden man velger, og til dels det aktuelle tiltaket som skal vurderes.

Det er ressurskrevende å innhente forskningsbasert dokumentasjon om nytten (balansen mellom fordeler og ulemper når det gjelder de ulike typer utfall eller underdimensjonene av nyttekriteriet) ved implementering av ulike aktuelle tiltak i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og tannhelsetjenesten. Selv om det ofte vil være mangel på god dokumentasjon, kan vi ikke ta dette for gitt uten å søke systematisk i databaser over slik litteratur. Dersom det ikke finnes gode systematiske oversikter eller metodevurderinger, men kun enkeltstudier, kan det for viktige prioriterings spørsmål

være aktuelt å utarbeide slike kunnskapsoppsummeringer eller metodevurderinger for å få et best mulig beslutningsgrunnlag.

Videre vil det for bruk av MCDA være nødvendig å innhente informasjon om de andre prioriteringskriteriene, f. eks. alvorlighet og ressursbruk, og eventuelt andre kriterier som man er enige om å vurdere. For å beregne kostnadseffektivitet kan det være hensiktsmessig å gjøre helseøkonomiske analyser, om datagrunnlaget er tilstrekkelig.

Ved bruk av EtD rammeverket innhenter man både forskningsbasert dokumentasjon om de enkelte kriteriene, og supplerer også med annen type informasjon der det kan være aktuelt. EtD rammeverket kan vanskelig brukes lokalt i kommunene. Det vil være nødvendig med metodestøtte bl.a. for å innhente informasjonen som rammeverket skal fylles med.

For mange av tiltakene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og tannhelsetjenesten er det svak eller manglende effektdokumentasjon. På den annen side har vi dokumentasjon for effektive tiltak som ikke alltid er implementert i kommunene, f. eks. når det gjelder enkelte forebyggende tiltak for bedre folkehelse.

Til sist vil det være aktuelt å innhente informasjon for å vekte kriteriene. Dette kan gjøres ved litteratursøk, eller ved å innhente preferanser blant aktuelle pasient- eller brukergrupper.

Hver enkelt kommune vil ikke være i stand til å hente inn slik informasjon uten betydelig støtte. Kommunene har ikke ressurser eller kompetanse til å innhente slik informasjon, og det vil dessuten være uhenksom å gjøre dette informasjonsarbeidet lokalt og parallelt i de enkelte kommunene.

Ved større og viktige beslutninger som gjelder alle eller de fleste kommuner, f. eks. innen velferdsteknologi, kostnadskrevende forebyggende tiltak, endrede måter å organisere tjenester på o.l., vil det gjerne være ønskelig med omfattende innhenting av informasjon for å gjennomføre en grundigere beslutningsprosess, gjerne ved bruk av en fullstendig MCDA.

Hvordan slik informasjon kan framskaffes, forvaltes og vedlikeholdes i et system for prioritering

Kilder til bakgrunnsinformasjon

I et nasjonalt system for prioritering i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, bør man ha informasjon om hva som er de største helseutfordringene i befolkningen, samt informasjon om hvilke tiltak som gir oss best mulighet til å forbedre helse, fordele helsegevinster på en mer rettferdig måte og drive helsetjenester mer effektivt. Vi trenger informasjon både om befolkningen (helsetilstand, sykdommer, risikofaktorer) og om tjenestene (f.eks. om forebyggende tiltak, konsultasjoner hos fastleger, bruk av hjemmetjenester, institusjonsplasser, reinnleggelser etc.).

Nedenfor gir vi eksempler på viktige kilder for slik bakgrunnsinformasjon, men denne oversikten er ikke fullstendig.

Data om helsetilstanden eller sykdomsbyrden i befolkningen, med framskrivninger og etter hvert mer detaljerte beskrivelser, kan vi få fra [Senter for sykdomsbyrde](#) ved Folkehelseinstituttet (FHI). Senter for sykdomsbyrde deltar i det internasjonale samarbeidet Global Burden of Disease. Dette prosjektet gjør det mulig å følge med på helsetilstanden og sykdommer over tid i 188 land, blant andre Norge. Dette er viktig kunnskap for å prioritere forebyggende tiltak/folkehelse tiltak.

Det er flere kilder til informasjon om lokale forhold som kan benyttes ved prioriteringsbeslutninger i kommunene, bl.a. [Folkehelseinstituttets folkehelse rapporter](#) og [folkehelse profiler](#). Kommunene og fylkeskommunene kan bruke folkehelseprofilene og statistikkbankene som en av flere kilder når de søker svar på to kjernespmål:

- Hvordan er helsetilstanden hos innbyggerne i kommunen?
- Hvordan er situasjonen i kommunen når det gjelder faktorer som fremmer eller reduserer helsen i befolkningen?

[SAMDATA kommune](#) beskriver utvikling og variasjon i kommunale helse- og omsorgstjenestene. Styringsdata fra SAMDATA kommune har som mål å gi mer kunnskap om kommunal variasjon i helse- og omsorgstjenester og understøtte kommunenes eget forbedringsarbeid.

Vi har også behov for data om bruk av de kommunale helse- og omsorgstjenestene og tannhelsetjenesten. Ved å koble sykdomsdata, for eksempel fra ulike registre og undersøkelser, og forbruksdata (fra Norsk pasientregister), med demografiske databaser, for eksempel fra SSB, har vi mulighet for å vurdere fordelingen av «god helse» i befolkningen. Denne informasjonen kan brukes for å få en mer rettferdig fordeling av tjenester. Analyser av forbruksmønstre, justert for alder, kjønn og andre sykdommer, kan også avdekke uforsvarlige variasjoner som kan skyldes over- og / eller underbehandling, eller andre uhensiktsmessige prioriteringer.

Informasjon for å belyse prioriteringskriteriene

For bruk av MCDA vil spørsmålet om virkninger av tiltak som regel være det viktigste. Informasjon for å belyse de tre prioriteringskriteriene nytte, alvorlighet og ressursbruk vurderes best ved systematiske oversikter over studier som har undersøkt det aktuelle tiltaket, samt ved innhenting av andre typer studier/annen relevant informasjon for å belyse kriteriene. Eventuelt kan det utarbeides metodevurderinger for å gi støtte til større prioriteringsbeslutninger, der vi har tilstrekkelig dokumentasjon og mulighet for å måle kostnadseffektivitet gjerne ved bruk av QALY. En fullstendig metodevurdering inneholder både en systematisk oversikt over tiltakets effekt og sikkerhet (fordeler og ulemper ved tiltaket), kostnadseffektivitet og eventuelt andre økonomiske, etiske, juridiske og / eller organisatoriske konsekvenser ved å innføre nye eller avvikle etablerte tiltak.

For tiltak i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og tannhelsetjenesten der vi mangler forskningsbasert kunnskap og der det ikke er hensiktsmessig å utarbeide fullstendige metodevurderinger, kan vi bruke enklere MCDA verktøy og hente inn den beste tilgjengelige kunnskapen som vi kan finne.

Et (nasjonalt) system for å støtte prioriteringer i kommunene og tannhelsetjenesten

Som beskrevet over, vil kommunene ikke ha ressurser eller kompetanse til å bruke MCDA uten betydelig støtte. Selv innføring av svært enkle MCDA verktøy vil sannsynligvis kreve en del støtte. Dessuten vil mange prioriteringsbeslutninger være felles på tvers av kommunene. Det er u hensiktsmessig at innsamling av informasjonen og vurderingene av prioriteringskriteriene skal gjøres i hver enkelt kommune, selv om de endelige beslutningene skal fattes lokalt.

Selv om den kommunale helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenestene er forskjellig fra spesialisthelsetjenesten, er det viktige elementer fra det nasjonale systemet for prioriteringer i spesialisthelsetjenesten som det kan være verdt å tilpasse og videreutvikle for prioriteringsstøtte for kommunene.

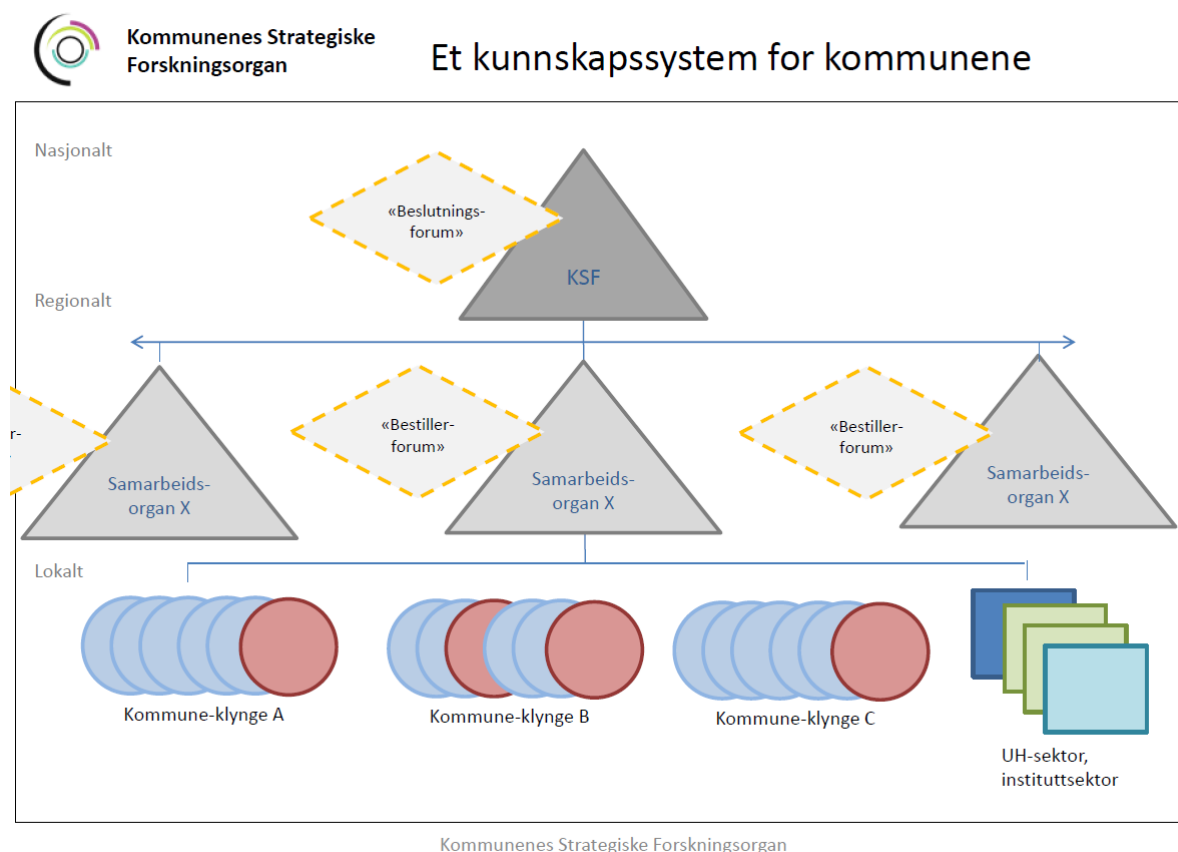
«Nye metoder» er et nasjonalt system som vurderer innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Dette systemet er basert på et tett samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten ved de regionale helseforetakene, helseforetakene (sykehusene), Statens legemiddelverk, Folkehelseinstituttet, Statens Strålevern og Helsedirektoratet. Beslutninger i Nye metoder kan tas på to nivå; nasjonalt eller lokalt. Nye metoder har et Bestillerforum RHF som består av fagdirektørene i de regionale helseforetakene og to representanter fra Helsedirektoratet, mens Statens legemiddelverk, Folkehelseinstituttet og Statens strålevern har en observatør hver. Bestillerforum RHF beslutter hvilke forslag/metodevarsler som skal gå til nasjonal metodevurdering og hvilken type metodevurdering som skal utføres, gir oppdrag om nasjonal metodevurdering til enten Statens legemiddelverk eller Folkehelseinstituttet, og gjennomgår rapportene etter utført metodevurdering og tar stilling til om disse er klare til å sendes til beslutning i de regionale helseforetak. Beslutningsforum for nye metoder som består av de fire administrerende direktørene i de regionale helseforetakene, og en observatør fra brukerutvalgene, fatter beslutning om hvilke metoder som kan innføres til bruk i spesialisthelsetjenesten.

Statens legemiddelverk utarbeider hurtigmetodevurderinger (på engelsk: single technology assessments) for legemidler. Folkehelseinstituttet har ansvar for metodevurderinger for ikke-medikamentelle tiltak, samt for alle fullstendige metodevurderinger. Fullstendige metodevurderinger brukes gjerne når flere liknende tiltak skal vurderes samlet, f. eks. flere ulike legemidler for samme diagnose. En fullstendig metodevurdering kan gi grunnlag for å rangere tiltak etter f. eks. kostnadseffektivitet.

Det vurderes å være behov for et noe liknende system for å framskaffe, forvalte og vedlikeholde informasjon for å støtte gode systematiske og kriteriebaserte prioriteringsprosesser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og tannhelsetjenesten. Et slikt system kan legge til rette for prioritering i kommunene både ved innhenting og vurdering av dokumentasjon, og ved opplæring i og støtte til prosessen.

Det er naturlig å se et slikt system i sammenheng med andre initiativ for å støtte forsknings- og utviklingsarbeid i kommunene, konferer Helse- omsorg 21. Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) ble opprettet på rådsmøte i HelseOmsorg21 i mars i 2017. Frem til utgangen av 2018 skal KSF følge opp «satsingsområde Kunnskapsløft for kommunene» i HelseOmsorg21-strategien, og sørge for

styrket forskning, innovasjon og utdanning innen kommunenes helse- og omsorgstjenester. KSF har utarbeidet forslag til et kunnskapssystem for kommunene med et «beslutningsforum» på nasjonalt nivå, og samarbeidsorganer / «bestillerforum» på regionalt nivå, samt kommuneklynger og universitets- og høyskolesektor på lokalt nivå. Figuren nedenfor som illustrerer dette er hentet fra KSFs rapportering til HO21- rådet 06.06.18.



Det er flere eksempler på lokale initiativ for å bygge opp kompetanse i og knyttet til kommunene. Regional samarbeidsstruktur for helsetjenesteutvikling og helseinnovasjon på Agder omfatter vel 300 000 innbyggere. Her har man startet med e-helse og velferdsteknologi og ønsker å fortsette med forskning. Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest er et samarbeid mellom Bergen og 10 andre kommuner i regionen, Universitetet i Bergen, Høgskulen på Vestlandet, Haukeland sjukehus, Haraldsplass Diakonale sykehus og Folkehelseinstituttet.

Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet (tidligere Kunnskapscenteret) er det ledende nasjonale miljøet både mht. metodekompetanse og kapasitet når det gjelder utarbeidelse av systematiske oversikter og metodevurderinger for å informere beslutninger i helse- og omsorgstjenesten. Det er flere nasjonale og regionale miljøer som framskaffer annen type informasjon og kunnskap som også er relevant for prioriteringsbeslutningene i kommunene.

Det kan være hensiktsmessig å ha både en sterk sentral institusjon, og et nettverk av lokale fagmiljøer å spille på i et system for prioriteringer i kommunene. Det sentrale institusjonen kan sikre

bruk av gode metoder, og koordinere og veilede lokale fagmiljøer som opparbeider kompetanse på å støtte prioriteringsarbeid i kommunene ved å utarbeide relevante kunnskapsoppsummeringer og metodevurderinger samt gi støtte til bruk av MCDA.

Det er også viktig å utarbeide gode metoder for å sikre at innspill fra fagfolk og brukere som beslutningene angår blir tatt hensyn til i utarbeiding av kunnskapsgrunnlaget og ved bruk av MCDA.

Konklusjon

Multi Criteria Decision Analysis (MCDA) kan anvendes i prioriteringsbeslutninger på administrativt og politisk nivå i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i tannhelsetjenesten. Bruk av MCDA kan bidra til mer strukturerte og transparente prioriteringsprosesser og beslutninger. Dette kan gi vanskelige prioriteringsbeslutninger større legitimitet. Det er imidlertid ikke mulig eller hensiktsmessig å anvende fullstendig og kvantitativ MCDA metode på lokalt nivå. God anvendelse av MCDA for prioriteringsprosesser fordrer at det bygges opp et kunnskapssystem for kommunene og tannhelsetjenesten, med et sterkt sentralt miljø med god metodekompetanse og med kapasitet til å støtte prosesser ved viktige prioriteringsbeslutninger. Ulike MCDA metoder, fra helt enkle til mer fullstendige MCDA verktøy bør pilot-testes. Basert på erfaringene kan disse revideres og tilpasses ulike beslutningssituasjoner før MCDA eventuelt tas i bruk i større skala.

Referanser

1. Blankholmutvalget <https://www.blankholmutvalget.no/mandat/> (14.9.2018)
2. Meld. St. 34 (2015–2016). Verdier i pasientens helsetjeneste—Melding om prioritering. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/> (14.9.2018)
3. Marsh K, Goetghebeur M, Thokala P, Baltussen R (red). Multi-Criteria Decision Analysis to Support Healthcare Decisions. Springer International Publishing, 2017.
4. Thokala P, Devlin N, Marsh K, Baltussen R, Boysen M, Kalo Z, et al. Multiple Criteria Decision Analysis for Health Care Decision Making--An Introduction: Report 1 of the ISPOR MCDA Emerging Good Practices Task Force. Value Health 2016; 19: 1-13.
5. Wahlster P, Goetghebeur M, Kriza C, Niederlander C, Kolominsky-Rabas P, National Leading-Edge Cluster Medical Technologies 'Medical Valley EMN'. Balancing costs and benefits at different stages of medical innovation: a systematic review of Multi-criteria decision analysis (MCDA). BMC Health Serv Res 2015; 15: 262.
6. Marsh K, Lanitis T, Neasham D, Orfanos P, Caro J. Assessing the value of healthcare interventions using multi-criteria decision analysis: a review of the literature. Pharmacoeconomics 2014; 32: 345-65.
7. Adunlin G, Diaby V, Xiao H. Application of multicriteria decision analysis in health care: a systematic review and bibliometric analysis. Health expectations 2015; 18: 1894-905.
8. Marsh K, Dolan P, Kempster J, Lugon M. Prioritizing investments in public health: a multi-criteria decision analysis. J Public Health 2013; 35: 460-6.
9. Wilson E, Sussex J, Macleod C, Fordham R. Prioritizing health technologies in a Primary Care Trust. J Health Serv Res Policy 2007; 12: 80-5.
10. Kneale D, Rojas-Garcia A, Raine R, Thomas J. The use of evidence in English local public health decision-making: a systematic scoping review. Implementation science 2017; 12: 53.
11. Marsh K, M IJ, Thokala P, Baltussen R, Boysen M, Kalo Z, et al. Multiple Criteria Decision Analysis for Health Care Decision Making--Emerging Good Practices: Report 2 of the ISPOR MCDA Emerging Good Practices Task Force. Value Health 2016; 19: 125-37.
12. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso och sjukvård - ett verktyg för rangordning. Rapport 2017:2. Linköping: Linköpings universitet 2017.
13. Bäckman K, Krevers B. Prioriteringar över kommunala förvaltningsområden - ett utvecklingsarbete i Motala kommun. Rapport 2017:1. Linköping: Linköpings universitet 2017.
14. DECIDE (2011-2015) <https://www.decide-collaboration.eu/> (14.9.2018)
15. Moberg J, Oxman AD, Rosenbaum S, Schunemann HJ, Guyatt G, Flottorp S, et al. The GRADE Evidence to Decision (EtD) framework for health system and public health decisions. Health research policy and systems 2018; 16: 45.
16. Alonso-Coello P, Oxman AD, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 2: Clinical practice guidelines. BMJ 2016; 353: i2089.
17. EVIDEM framework <http://www.evidem.org/evidem-framework/> 14.9.2018)
18. Cleemput I, Devriese S, Christiaens W, Kohn L. Multi-criteria decision analysis for the appraisal of medical needs: a pilot study. Report No.: 272. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2016.

19. Marsh K, Caro JJ, Zaiser E, Heywood J, Hamed A. Patient-Centered Decision Making: Lessons from Multi-Criteria Decision Analysis for Quantifying Patient Preferences. *Int J Technol Assess Health Care* 2018; 34: 105-10.
20. Hva er Gjør kloke valg? <http://legeforeningen.no/Nyhetsbrev/Nyhetsbrev-FAG/Nyhetsbrev-fagmedisinske-foreninger-april-2018/Hva-er-Gjor-kloke-valg/> (14.9.2018).
21. Statlig finansiering av omsorgstjenester. Oslo: Helsedirektoratet, 2016. <https://helsedirektoratet.no/sykehjem-og-hjemmetjenester/statlig-finansiering-av-omsorgstjenester> (14.9.2018).
22. Blich CC, Aandahl LS. God klinisk praksis i tannhelsetjenesten – en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling. Oslo: Helsedirektoratet, 2011. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/485/God-klinisk-praksis-i-tannhelsetjenesten-en-veileder-i-bruk-av-faglig-skjonn-ved-nodvendig-tannbehandling-IS-1589.pdf> (14.9.2018).
23. Veileder for saksbehandling - Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8. Oslo: Helsedirektoratet, 2017. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1149/Veileder-for-saksbehandling-IS-2442.pdf> (14.9.2018).