

Høringsuttalelse - NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten

Innledning

I Norge har vi høy levealder og en generell god helsetilstand. Dette henger blant annet sammen med leveranse av i all vesentlighet tilfredsstillende helsetjenester. Vi vil dog påpeke at det slik vi ser det, er en inkonsekvens mellom de ressurser som stilles tilgjengelig innenfor helsetjenesten kontra de store behov som eksisterer. Dette igjen medfører utfordringer med å gjennomføre de mål som settes og de resultater man ønsker å oppnå innenfor tjenesten. Det kan i denne sammenheng på generelt grunnlag påpekes at den helseøkonomiske delen av utredningen kan være vanskelig å få tak på, og hvilken betydning og vekt de ulike elementene vil få i forhold til prioriteringene.

Målet for helsetjenesten her til lands er at man skal inneha et likeverdig tilbud om helsetjenester for alle og da uavhengig av personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og bosted. Den enkeltes diagnose og hva dette fører med seg av kostnader å lege skal også i utgangspunktet være irrelevant i forhold til å nå dette målet. Dette er grunnleggende prinsipper som landets helsetjeneste er fundamentert på, og som er det som er styrende i forhold til hvordan en ønsker at helsetjenesten må legge til rette for de tjenester som tilbys og gjennomføres. Brukerutvalget ved Akershus Universitetssykehus ser det som meget positivt at Helse- og omsorgsdepartementet har invitert til høring i forhold til de momenter som fremkommer i resultatene av Nordheimutvalgets arbeid.

For å nå målet med et likeverdig tilbud om helsetjenester for alle, er det nødvendig å gjøre prioriteringer som medfører at de som har størst behov for helsetjenester får sin naturlige førsteprioritet. Utvalget har etter Brukerutvalget ved Akershus Universitetssykehus sin oppfatning kommet med en rekke gode forslag i sin utredning. Vi mener dog at det er elementer ved flere av forslagene som trenger grundigere utredning. Slik vi ser det er det i denne sammenheng særlig viktig å gjennomgå forslag til nye hovedkriterier og utrede nærmere om disse påvirker målet og verdigrunnlaget. Vi ser det også som formålstjenelig i denne sammenheng at utvalget i større grad enn det de har gjort kunne ha sett nærmere på de nåværende kriterier i sakens anledning og sette disse opp mot de nye foreslåtte kriteriene.

God Prioritering som følge av klare kriterier/ «Flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt»

Utvalget mener at god prioritering må følge "klare og velfunderte" prioriteringskriterier, for å hjelpe beslutningstakere til å fatte de riktige prioriteringene. Vi i Brukerutvalget ved Akershus Universitetssykehus er enig i dette. Videre mener utvalget at dagens kriterier ikke er operasjonaliserbare nok og derved må erstattes med nye kriterier. Vi kan i utgangspunktet støtte en slik vurdering, men som tidligere nevnt savner vi en nærmere utredning mellom de nåværende kriteriene og de nye foreslåtte kriteriene. På den måte hadde det vært lettere å se hva som skilte de ulike kriteriene. Som også nevnt tidligere hadde det i denne sammenheng vært viktig at utvalget hadde gjort en sammenligning mellom alvorlighetskriteriet og helsetapkriteriet. Vi oppfatter at alvorlighetskriteriet omfatter hastegrad for de ulike tilstander, og da uavhengig av omfanget på helsetapet over tid, mens

helsetapkriteriet bruker helsetap vurdert som tapte gode leveår i forhold til et beregnet livsløp på 80 år. Dette innebærer således at de pasienter som har et beregnet helsetap over mange år vil få sin prioritering kontra en pasient med et alvorlig helsetap over få år, på grunn av alder. Til tross for dette må vi allikevel forutsette at kriteriene gjøres til gjenstand for skjønn. Slik vi ser det må definisjonen av " Gode leveår" defineres nærmere for i minst mulig grad bli gjort til gjenstand for personlig skjønnsutøvelse fra enkeltfagfolk innen helsepersonalet. I denne sammenheng påpekes det også at vi er enig med utvalget i at alder i seg selv ikke skal ha en egenverdi ved tildeling av tjenester. I utgangspunktet bør det være de generelle tildelingskriterier som anvendes og da uansett alder. Alder kan dog i noen tilfeller av naturlige årsaker være utslagsgivende for prioriteringer. Dette sett i lys av stadig økende levealder, bedre helsetilstand blant eldre og bedre behandlingsmetoder. Slik vi ser det vil det være vanskelig å sette noen aldersgrense for når ressurskrevende behandling skal settes inn. Alvorlighetskriteriet vurderer ikke helsetap over et livsløp, men hvor raskt en bestemt tilstand må behandles uavhengig av alder. Helsetapkriteriet vil innebære, slik vi ser det, en lavere prioritering av eldre enn av yngre gitt disse lider av samme tilstand. Vi i brukerutvalget ved Akershus Universitetssykehus mener at dette viktige etiske dilemmaet burde vært drøftet mer inngående. Det poengteres dog i dokumentet at ingen skal nektes nødvendig helsehjelp på grunn av alder, men slik vi ser det vil forslaget dessverre få denne uheldige konsekvens. I denne sammenheng ser vi det som nødvendig med en gjennomgang av kriteriene sett i sammenheng med verdigrunnlaget for helsetjenesten, og om noe ved de angitte forslag kommer i konflikt med disse verdiene jf. helsetapskriteriet og de eldre pasienter. Vi poengterer igjen at viktigheten av at de etiske vurderinger må være sentrale verdier gjennom hele prioriteringssystemet.

Med unntak av ovenforstående elementer vil vi støtte utvalgets forslag til nye prioriteringskriterier, men ber om at nedprioriteringen av pasienter som beregnes å tape relativt sett få gode leveår gjennomgås og utredes på en bedre måte enn det som er gjort i utvalgets arbeid.

Systematisk prioritering, gjennom åpenhet og med brukermedvirkning

Vi i brukerutvalget ved Akershus Universitetssykehus applauderer at utvalget så tydelig fremhever viktigheten av at det må være åpenhet om prioriteringer. Samtidig tilkjenner vi vår tilfredshet med at utvalget mener det bør settes noen klare definisjoner for hva en vurderer som åpne prosesser. Et annet særdeles viktig moment i denne sammenheng etter vår mening, er at utvalget foreslår at brukerne skal inkluderes i prioriteringsprosesser på alle nivåer og at åpne prosesser muliggjør sterkere brukermedvirkning i prioriteringsbeslutninger. Vi legger det som en hovedforutsetning at pasientene/brukerne må og skal bli hørt i forhold til forutsetningene som legges for fremtidig riktig prioriteringer innenfor helsevesenet. Dette sett særlig i sammenheng med at prioritering av ressursbruk overfor ulike brukergrupper vil være vanskelig og kan være direkte ubehagelig for helsepersonell som må utøve skjønn ut fra vedtatte kriterier. Prioriteringen kan også få store konsekvenser for brukerne. Det legges opp til rådgivende organ på nasjonalt nivå. Det er viktig for oss i brukerutvalget på Akershus Universitetssykehus å poengtere at vi forventer at dette organet innehar høy kompetanse på fag, veiledning og informasjon og at man også får stor brukerrepresentasjon i disse rådgivende organ.

Vi finner det ellers i denne sammenheng noe underlig at utvalget foreslår å restrukturere Nasjonalt råd for kvalitet og prioriteringer til et rent prioriteringsråd uten(!) brukerrepresentanter. Forslaget går ut på å plassere brukerne i en referansegruppe som kan få tilgang til saksdokumentene til det nye prioriteringsrådet. Slik vi ser det står dette i sterk kontrast til det utvalget uttrykker flere andre steder i NOUen: nemlig dette viktige moment at brukere skal(!) inkluderes i prioriteringer på alle(!) nivåer. Vi mener at brukerens medvirkning er helt essensielt med bakgrunn i at brukernes stemme er og blir nødvendig i alle diskusjoner og råd i tilknytning til prioriteringer i helsetjenesten. Vi i brukerutvalget ved Akershus

Universitetssykehus mener derfor at brukerne må være en naturlig del av et nytt nasjonalt prioriteringsråd.

God prioritering gjennomføres med et helhetlig sett med virkemidler

Brukerutvalget ved Akershus Universitetssykehus mener i likhet med utvalget, at prioriteringer er en sentral lederoppgave. En leder må ha oversikt over prioriteringskriteriene og ta i bruk relevant informasjon og styringsverktøy. Det er en leders oppgave å sikre gode prioriteringsrutiner og tydeliggjøre kriteriene som skal legges til grunn for alle vurderinger. Det er i denne sammenheng et stort og åpenbart behov for opplæring i prioritering både av helsepersonell og brukere. Vi er enig med utvalget i at dette må være sentralt dersom prioriteringer skal gjøres både på overordnet og på klinisk nivå. I denne sammenheng mener vi også at utdanningen av helsepersonell på alle felt må ha prioriteringss spørsmålet som et sentralt tema. Det poengteres i denne sammenheng at i tillegg til økte finansieringsutgifter til denne kompetansehevingen, vil praktiseringen av åpenhet og rettferdighet ved prioritering av ulike behandlingsformer kreve betydelig ressurstilførsel i form av tidsbruk dersom den tillyste brukermedvirkning skal tas på alvor.

Andre momenter av vesentlige karakter som fremholdes i dette skriv for kommende vurdering

Slik vi ser det og for at prioriteringer i helsevesenet skal få et best mulig grunnlag, er det nødvendig å samordne helseregistre, muliggjøre innhenting av helseinformasjon på tvers av profesjongrensene og behandlingsinstanser, øke innhenting av relevant erfaring fra utlandet, avlaste fagpersonell for administrativt arbeid og redusere rapportskriving. Dette slik at fagpersonellet får best mulig tid til å konsentrere seg om pasientene. Samtidig er Brukerutvalget ved Akershus Universitetssykehus av den oppfatning at bruk av operasjonsrom og teknisk utstyr må organiseres slik at det kan benyttes flest mulig timer i døgnet hele uken og at bruken blir organisert på en slik måte at ressursene blir utnyttet på best mulig måte. Videre må det legges betydelig mer vekt på løpende analyser av pasientflyten fra en lidelse blir oppdaget til den anses ferdigbehandlet. Man må i denne sammenheng tilstrebe at hindringer og "flaskehals" reduseres/fjernes så langt dette er faglig forsvarlig. Ved sykehusene bør det ansettes personell som er spesialutdannet på helseområdet eller andre områder i arbeidslivet for å foreta slikt analysearbeid.

Brukerutvalget ved Akershus Universitetssykehus savner en nærmere drøfting av utfordringene som er relatert med overdiagnostisering og overbehandling. Dette er slik vi ser det særdeles viktige problemstillinger i relasjon til prioriteringsdiskusjonen. Samtidig mener vi at rent kosmetisk behandling av forhold som ikke medfører helsemessige problemer ikke bør belastes det offentlige helsevesenet. Det drøftes i denne sammenheng en egenbetalingsordning, eventuelt gradert etter de tre kriteriene helsegevinst, ressursbruk og forventet helsetap. Vi er av den oppfatning at dette vil føre til ressurskrevende vurdering og byråkratisk arbeid. Derav foreslår vi å beholde gjeldende egenbetaling.

Vi kan ikke se at utvalget har vurdert behovet for styring av spesialistutdanningene. Slik vi ser det er dette et viktig moment i forhold til prioriteringene gjennomført innenfor helsetjenesten – å styre utdanningene mot de områdene der det er størst behov. Vi mener det bør gjøres en større utredning ad dette området.

Vi merker oss at det på regionalt nivå skal det etableres et system for evaluering av ny teknologi. Etter vår mening bør det i denne sammenheng være mulig for kommunehelsetjenesten å få god oppfølging av sitt prioriteringsarbeid også fra regionalt nivå. Samhandling er etter vår mening viktig, også i denne sammenheng.

Etter vår mening må det legges større vekt på i hvilken grad forebyggende tiltak vil føre til større helsegevinst og mindre ressursbruk, da også sett på lengre sikt. I denne sammenheng er det viktig for oss å poengtere viktigheten av forebyggende tiltak i forhold til kroniske syke

og ikke minst eldre pasienter hvor forebygging er viktig.

Vi kan ikke se at psykiske kontra somatiske lidelser er gjort til gjenstand for prioriteringsvurderinger. Brukerutvalget ved Akershus Universitetssykehus forutsetter at utvalget ser disse lidelser på lik linje og under ett sett i relasjon til prioritering i helsetjenesten. I denne sammenheng kan vi ei heller se at tannhelsetjenesten er tatt med i utvalgets arbeid. Det poengteres i denne sammenheng at vi mener at det er på høy tid at også tann- og munnhelse inkluderes i det offentlig tilbud fra Helsevesenet og at disse tjenester finansieres av det offentlige.

20.02.2015

Brukerutvalget ved Akershus universitetssykehus HF