

Askim kommune har følgende høringskommentarer til prioriteringsutvalgets rapport :

Samfunnets overordnede prioriteringer

Den viktigste prioriteringen vil være de rammene politiske myndigheter setter for hvor stor del av samfunnets ressurser som skal brukes innen helsetjenestene. Ideelt sett burde summen av alle helsemessige behov sammen med en helhetlig oversikt over tilgjengelige ressurser være grunnlaget for en slik overordnet prioritering, og dette er i varierende grad resultater av ulike demokratiske politiske prosesser. Utvalget har bare forholdsvis overfladisk behandlet denne overordnede prioriteringen som blant annet viser hvor stor andel av samfunnets ressurser Norge bruker på helsetjenesten sammenliknet med andre land. Dette er i samsvar med utvalgets mandat, men vi mener likevel dette er en svakhet ved rapporten fordi ulike grupper som ønsker mer ressurser til sine områder, som regel krever økte bevilgninger totalt sett, og ikke at andre grupper skal prioriteres ned.

Prioriteringer i lege-pasient situasjonen

Som pasient skal den enkelte ikke måtte oppleve at legen har som en viktig oppgave å vurdere hvilken prioritet du skal ha for å få hjelp i helsevesenet. Legens oppgave er i første rekke å vurdere hvilken undersøkelse og behandling hun mener vil være best for pasienten, og i samarbeid med pasienten legge en plan for dette. Hvis legen skal foreta en prioritering for hver enkelt pasient, forutsetter det at legen har oversikt over behovene hos andre aktuelle pasienter som det skal vurderes i forhold til. I praksis bør det være minst innslag av prioriteringsvurdering jo nærmere man er den enkelte pasienten. Tilsvarende må prioriteringer innenfor tilgjengelige ressurser foretas der man har oversikt over helheten for en gruppe pasienter, eller mellom flere grupper pasienter.

Det vil ofte være uenighet og misnøye når konsekvensene av en tydelig prioritering skal gjennomføres. Både enkeltindivider og grupper kan føle seg urettmessig behandlet, og alle har ønske om å få den best mulige undersøkelse og behandling, Hvis det blir forklart at dine behov er nedprioritert i forhold til andre pasienter, kan dette være vanskelig å akseptere i en situasjon der man er opptatt av egne plager og helsesituasjon.

Som utvalget fremhever, er det viktig at prioriteringer skjer mest mulig åpent og med innsyn i hvilken kunnskap og hvilke argumenter som har dannet grunnlag for prioriteringene. Samtidig må man akseptere at i den enkelte lege-pasient situasjon vil prioriteringsaspektet oppleves som lite relevant både for legen og pasienten. Utfallet av legens og pasientens beslutninger må av andre vurderes inn i en større sammenheng, slik som når en fastlege henviser pasienten til spesialisthelsetjenesten.

Slik de nye prioriteringskriteriene er foreslått, vil de sannsynligvis ikke fungere godt i den enkelte lege-pasient situasjon. Begrepene er ikke umiddelbart lett forståelige, det kan virke uheldig at man skal vurdere gevinst og tap knyttet til behandlingsvalg.

Fastelegens portvaktfunksjon

Fastlegen skal ha en viktig funksjon som portvakt for bruk av ressurser, både undersøkelser, medisiner og trygdeytelser. Dette vil i praksis for fastlegen ikke være en prioritering av den enkelte pasient i forhold til andre pasienter, men en rimelighetsvurdering ut fra pasientens medisinske situasjon. Hvilke tiltak og ytelser som legen vurderer som fornuftige og riktige for den enkelte pasient. Det er viktig at legen har noe kunnskap om kostnader ved ulike undersøkelser og behandlinger. Samtidig må legen få støtte hvis hun velger å avvende en situasjon i stedet for straks å iverksette omfattende undersøkelser på svært usikkert grunnlag. I stedet blir legen ofte kritisert for at det tok noe tid før man kom frem til rett diagnose. Særlig fastlegene må ofte forholde seg til uklare og uspesifikke symptomer, og det er ikke mulig alltid straks å forstå hva som kan være tidlige tegn på en alvorlig sykdom. Det må inngå i beskrivelser av helhetlige prioriteringer at dette vil være en konsekvens av en slik ønsket portvaktfunksjon.

Pasienter skal kunne føle seg trygge på at legens sympati eller antipati ikke skal bestemme valg av tiltak. Dette forutsetter at det er utarbeidet ganske detaljerte prioriteringsveiledere som legen skal følge, og som eventuelt pasient eller pårørende kan etterprøve. Legen må være bevisst at ikke irrelevante faktorer påvirker valg av tiltak.

Sosial ulikhet i helse

Sosial ulikhet i helse har fått økende oppmerksomhet. Sosialt svake grupper har gjennomgående dårligere helse, og får ikke alltid behandling svarende til helsebehovene. Denne situasjonen har ikke bedret seg, selv om man har vært opptatt av problemet.

Utvalget burde i større grad ha vurdert om sosial ulikhet i helse skulle vært en selvstendig prioriteringsfaktor. Det er drøftet i rapporten som en viktig del av grunnlaget for hvorfor vi må prioritere, svake grupper vil ofte tape i kampen om helseressurser hvis det ikke foretas prioriteringer. Likevel burde dette fått enda større plass, slik at det skulle inngå som et selvstendig element i prioriteringene.

Hvor stor helsegevinst et tiltak vil ha, skal være grunnlag for hvordan tiltaket skal prioriteres. Utvalget burde drøftet at det ikke alltid vil være størrelsen på helsegevinsten som skal bestemme. Like viktig vil utgangssituasjonen være. Hvis en pasient med store plager kan få det litt bedre, må det være viktigere enn om en pasient med middels plager kan få det mye bedre. Hvordan grad av helsegevinst i slike situasjoner skal vurderes, burde vært tydeligere drøftet.

Selvforskyldt skade eller sykdom

Tidligere prioriteringsutvalg har drøftet forhold knyttet til selvforskyldt skade eller sykdom. Såkalte livsstilssykdommer utgjør en økende del av sykdomsbildet i dag, og krever store behandlingsressurser. Vi vet at omfanget kunne reduseres vesentlig ved gode forebyggende tiltak. Forebygging krever både kunnskap om hva som kan virke forebyggende, og vilje og evne hos den

enkelte til å endre livsstil. Hvis den enkelte til tross for god informasjon om sannsynlige konsekvenser ved fortsatt uheldig livsstil, likevel ikke gjør forandringer, skal det kunne ha betydning for hvordan utfallet av en prioritering vil bli? Det er lett å se at det vil medføre store problemer med å definere når grad av selvforskyldte problemer skal få betydning for prioriteringer, men dette gjør det ikke mindre viktig at problemstillingen drøftes. Ved økende sprik mellom mulige behandlingsopplegg og tilgjengelige ressurser, er det sannsynlig at forhold knyttet til selvforskyldt skade eller sykdom vil bli en viktig del av debatten.

Forebygge fremfor behandle

Hvordan skal det prioriteres mellom behandling og forebyggende tiltak? Utvalget burde drøftet mer dette dilemmaet. Det er stor enighet om at forebyggende tiltak er viktige for å begrense en betydelig fremtidig vekst i behovet for ressurskrevende behandling. Men hvordan skal man prioritere mellom den enkeltes behov for behandling nå, og fremtidig nytte av forebyggende tiltak? Dette kan ikke være utgangspunkt for prioriteringer knyttet til den enkelte pasient eller pasientgrupper, men må være prioritering på overordnet nasjonalt nivå.

En forutsetning for riktig prioritering er at man har et godt kunnskapsgrunnlag. Vi vet ofte ganske godt det sannsynlige resultat av et behandlingsopplegg, men vi vet ofte lite om sluttresultatet av forebyggende tiltak. Virkninger av forebyggende tiltak tar ofte lang tid, og det kan være usikker sammenheng mellom tiltak og resultat. Hvordan skal vi da prioritere mellom forebyggende tiltak med mulig usikkert resultat om mange år, men som vil angå mange, og et forholdsvis sikkert behandlingsresultat på kort sikt for noen få.

Pasientens egen prioritering

Utvalget har i liten grad drøftet hvordan den enkelte pasient skal kunne delta i prioriteringene som direkte angår egen helsesituasjon. Det er helsepersonell og systemet som skal prioritere, og med brukermedvirkning på gruppe- og systemnivå. Skal det også være mulig for en pasient å ønske at det brukes mye ressurser i en gitt situasjon, og at dette samtidig har som konsekvens at det kan brukes mindre ressurser i en senere situasjon? Det vil være vanskelige valg å foreta, men utvalget burde utredet også muligheter og konsekvenser av en slik tilnærming. En situasjon som kan være eksempel på dette, vil være valg av rehabiliteringsopplegg. Resultatet her vil i stor grad avhenge av pasientens egen innsats. Hvordan skal pasientens valg og prioriteringer da få betydning for en samlet ressursbruk på behandlings- og rehabiliteringsforløp?

Alder

I utredningen blir det foreslått at alder kan være et tilleggskriterium. Tilleggskriteriene skal ikke tillegges selvstendig vekt, men kan påvirke prioritet via hovedkriteriene. Alder som kriterium har vekket mye debatt etter at utredningen ble lagt frem, og mange har forstått det slik at eldre systematisk vil bli nedprioritert. Det er krevende å kommunisere alder i prioriteringsdebatten. Likevel opplever vi at alder som tilleggskriterium blir dobbeltkommunisert i denne utredningen. Med flere eldre med kroniske og sammensatte lidelser blir det foreslåtte referansenivået på 80 år uklart og lite egnet i det daglige arbeidet for helsepersonell. Utvalget konkluderer samtidig med at alder aldri bør ekskludere noen fra behandling.

Utvalget har levert en omfattende utredning, og ønsker en bred debatt om prioriteringer i helsetjenesten. Vi er usikre på om denne rapporten er godt egnet til en slik bred debatt. De nye kriteriene kan virke vanskelig tilgjengelige, og krever innsats for å få klar forståelse av betydning og konsekvenser ved anvendelse. Ved bruk av begrepene "helsegevinst" og "helsetap", vil man også på en unødvendig måte forsterke opplevelsen av at alt skal vurderes inn i en økonomisk virkelighet. Vi er også usikre på om de foreslåtte nye kriteriene for prioritering vil fungere godt i kliniske situasjoner knyttet til enkeltpasienter.