



Helsedirektoratet
Postboks 7000
St Olavs plass
0130 Oslo



Deres ref.:

Vår ref.: 14/1699 - 1415/15 - G21

Dato: 05.02.2015

Høringssvar på NOU 2014:12 Åpent og rettferdig prioriteringer i helsetjenesten

Samfunnsmedisinsk avdeling i Senjalegen representerer i høringsuttalelsen de 6 Midt-Tromskommuner Berg, Dyrøy, Lenvik, Torsken, Tranøy og Sørreisa.

Kommunene har felles interkommunal legevakt og samfunnsmedisinsk avdeling, i tillegg til at Berg, Lenvik, Torsken og Tranøy har felles fastlegetjeneste. Tjenestene er samlet under Senjalegen som er en fellesbetegnelse, med Lenvik er den formelle vertskommunen.

Sørreisa og Dyrøy har en egen fastlegetjeneste.

NOU 2014:12 er komplisert og omhandler et viktig tema. Prioritering er grunnleggende for en god ressursutnyttelse og for å gi realistiske forventninger hos befolkning, politikere og helsepersonell hva som er kan gjøres og hva som ikke kan tilbys.

Slike prioriteringer er etter vår oppfatning sterkt ønsket også av helsepersonell, fordi en på enkeltpasientnivå alltid vil ønske å tilby best mulig behandling. Best mulig eller optimal behandling til alle er ikke realistisk ressursmessig, hvilket betyr at vi må sørge for god og rettferdig behandling for alle. Dermed blir prioritering viktig og ikke minst blir det viktig at rammene for dette gjøres på systemnivå i forkant av møte med enkelte pasient.

Våre kommentarer følger punktvis nedenfor, i kronologisk rekkefølge.

Om 2.1. utfordringer i Norge:

Her gir utvalget et riktig bilde av utfordringene og poengterer hvorfor prioriteringer er viktige.

Om 2.2. Hovedprinsippene:

Utvalgets mener at hovedprinsippene for prioritering bør være:

1. Prioriteringer bør søke målet «flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt»
2. Prioriteringer bør følge av klare kriterier
3. Prioriteringer bør gjøres systematisk, åpent og med brukermedvirkning
4. Prioriteringer bør gjennomføres med et helhetlig sett med effektive virkemidler

Vi mener dette er fornuftige prinsipper.

Om kriteriene i generelt:

- Helsegevinstkriteriet
- Ressurskriteriet
- Helsetapskriteriet

De 3 overordnede kriteriene synes for oss, når de brukes sammen, hensiktsmessige beslutningskriterier for å prioritere.

Vi er imidlertid spent på om det er politisk vilje til å sette dette i system og ta den belastningen det er med tydelig å prioritere. Manglende prioritering, ubevisst prioritering eller ad-hoc prioritering er selvsagt lang mer uheldig. Men de overordnede prinsippene og systemet må forankres politisk og ikke minst må beslutninger forsvares også politisk.

Også når det viser seg at ikke alle kan få den prioriteringen en på enkeltindividnivå gjerne ville gitt de.

Det krever en sterk ryggrad.

Men det løftet blir betydelig lettere dersom en sørger for at hovedprinsipp 2 og 3 er godt oppfylt:

2. Prioriteringer bør følge av klare kriterier
3. Prioriteringer bør gjøres systematisk, åpent og med brukermedvirkning

2.2.4. Om virkemidler

Utvalget diskuterer hovedprinsipp 4 mer omgående og har knyttet spesifikke anbefalinger i forhold til virkemidler i pkt. 2.2.4.

Generelt synes virkemidlene som hensiktsmessige, men fra et praksisrettet synspunkt vil vi gjerne få trekke fram 2 avsnitt i forhold til retningslinjer og veiledere, som vi mener er spesielt viktige og riktige for å gjøre prioritering praktisk anvendelig også i kommunehelsetjenesten:

«Implementering er helt avgjørende for verdien av retningslinjer og veiledere. Retningslinjene må være enkle å ta i bruk og helst være en integrert del av journalsystemet eller andre beslutningsverktøy. Det bør settes av tilstrekkelige ressurser til implementering av retningslinjer. Faglige retningslinjer og prioriteringsveiledere bør utformes for både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.»

«En overflod av ukoordinerte retningslinjer og veiledere vil virke mot sin hensikt. Det er viktig at antallet retningslinjer og veiledere holdes på et håndterbart nivå. Valg av hvilke nasjonale retningslinjer som utvikles bør være basert på gjennomtenkte kriterier»

Det å balansere disse to avsnittene på en fornuftig og praksisrettet måte vil slik vi ser det være avgjørende for en helhetlig prioriteringsforståelse og bevissthet i helsetjenesten. Og ikke minst for at prioriteringer skal kunne gjennomføres og for i større grad enn i dag også involvere kommunehelsetjenesten.

Ved henvisninger kan prioriteringskriterier knyttet til diagnose, henvist behandling eller utredningspakke, ligge inne i EPJ-systemene slik at fastlege kan fylle ut disse i forbindelse med henvisning. Dagens 5000 sider med ulike veiledere blir i begrenset grad lest og brukt, hvilket betyr at en her med fordel kan tenke implementering tilknyttet EPJ.

Hovedinntrykk:

Vi synes dette høres fornuftig og riktig ut. Utvalget har gjort en god jobb og vi er spent på hvordan dette følges opp politisk.

Med hilsen



Aslak Hovda Lien
Kommuneoverlege
Samfunnsmedisinsk avdeling i Senjalegen