

Helse- og omsorgsdepartementet

Vår ref: U-85

Oslo 19.02.2015

## Høringssvar NOU 2014:12 Åpen og rettferdig- prioriteringer i helsetjenesten

Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) vil med dette komme med et høringssvar til NOU - Åpent og rettferdig- prioriteringer i helsetjenesten. Det overordnede målet for prioriteringsutvalget er "flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt". Dette er mål det er lett å være enig om, da det er viktig at prioriteringer i helsevesenet ikke kanaliseres etter prinsippet: «de som roper høyest, får mest», og at vi har prioriteringer som sørger for at vi ikke får «usynlige tapere».

Utvalget foreslår tre nye hovedkriterier for å oppnå åpen og rettferdig fordeling, og at disse skal brukes samlet og ikke hver for seg. Dette mener NFF er gode utgangspunkt. NFF vil likevel påpeke at NOU 2014:12 er et ufullstendig bidrag i debatten om hvordan ressursene best kan fordeles, og hvordan man skal kunne foreta prioriteringer.

### Oppsummert er NFFs sentrale innspill:

- **Prioriteringskriteriene slik de fremkommer bør først og fremst brukes på overordnet nivå, og ikke til prioritering på det kliniske nivået.**
- **Prioriteringskriterier er bare ett av mange styringsvirkemidler, og må ses inn i en større diskusjon av styringen i helsetjenesten i form av finansiering, organisering og ledelse av helsetjenestene.**
- **Det er metodiske utfordringer og måleproblemer knyttet til de tre kriteriene.**
- **Utfordringer i kommunehelsetjenesten og pasientgruppene der er fraværende i utvalgets rapport, og må inkluderes i videre utforming av prioriteringskriterier**

NFF ønsker å utdype sine innspill knyttet til følgende områder:

### Ressursbruk i helsevesenet

NFF mener det er grunn til å spørre seg om vi bruker ressursene optimalt, både mellom og innenfor sektorene i spesialist- og kommunehelsetjenesten. En diskusjon om hvilke pasientgrupper som bør prioriteres bør først komme til anvendelse etter – eller parallelt med andre overordnede styringsverktøy i helsetjenesten. Det er viktig å vurdere om ressursene brukes til de riktige tiltakene,

og ikke bare til de riktige pasientgruppene. At 2 % av det totale helsebudsjettet går til rehabilitering, mener NFF er et eksempel på at ressursene ikke brukes riktig.

Vi mener at det både er grunn til å bevilge mer penger til helsetjenester, og at det er nødvendig å prioritere når det gjelder hvilke helsetjenester vi trenger mer av, og hvilke vi evt. trenger mindre av. Eksempelvis er det langt billigere – og bedre for pasienter med kneartrose å få tilpasset fysisk trening hos fysioterapeut i KHT fremfor kirurgi i SPHT. Prioriteringsspørsmål må også omhandle slike forhold.

Kapasitet og kvalitet i kommunehelsetjenesten er helt sentralt for helsetjenestetilbudet til befolkningen, men får på langt nær den samme oppmerksomhet som spesialisthelsetjenesten. Vi mener at utredningen skaper et unyansert bilde av helsetjenestenes innhold og de mange del-tjenestene som inngår. Eksempelvis heter det i utredningen at Norge har godt med helsepersonell målt i forhold til antall innbyggere, sammenliknet med andre land, ut fra lege- og sykepleiertettheten. Et godt helsetjenestetilbud er imidlertid også helt avhengig av andre helseprofesjoner, som for eksempel fysioterapeuter, psykologer, ergoterapeuter, helsesøstre, logopeder osv. NFF mener at vi i dag ikke har en riktig sammensetning av helsepersonell med den rette kompetansen i kommunehelsetjenesten, og at tjenesten lider under mangel på ledelse. Selv om slike forhold ligger utenfor utvalgets mandat, er dette sentrale spørsmål for å vurdere på hvilken måte – og når prioriteringskriterier skal – og bør komme til anvendelse.

Sammensetningen av prioriteringsutvalget, der legene i all hovedsak representerer den helsefaglige ekspertisen, og valget av ressurspersoner til å inngå i dialogmøter, tilsier at utredningen får en slagside. Utfordringer i spesialisthelsetjenesten, skapt av det såkalte "helsegapet", tillegges stor vekt når det gjelder nødvendigheten av å prioritere HVEM som skal få helsetjenester. Eksempelene som brukes er i stor utstrekning om en ny metode skal tas i bruk, en ny medisin innføres osv. Utredningen passer derfor i svært liten grad til kommunehelsetjenestens utfordringer, og utfordringer som gjelder god samhandling og pasientflyt innad i sektorene og mellom sektorene.

## **Om kriteriene**

Rent intuitivt kan det synes som om svært mange av de pasientene fysioterapeuter møter, vil kunne bli prioritert, vurdert ut fra kriteriene samlet sett. Det er sagt at kriteriene skal bidra til at «de skjulte taperne» ikke forblir «skjulte». Det er sagt at kronikere skal prioriteres høyere. Vi vet at muskel-/skjelettlidelser og lettere psykiske lidelser gir nedsatt livskvalitet for svært mange og koster samfunnet mest. NFF synes imidlertid det er vanskelig å forstå hvordan kriteriene skal komme til praktisk anvendelse, og sikre at slike store pasientgrupper faktisk blir prioritert.

De pasientene fysioterapeuter møter, har lidelser og funksjonsnedsettelse som ofte innebærer at fysioterapi skal bidra til å hjelpe pasientene til å mestre livene sine på best mulig måte. Det er sjelden snakk om liv eller død, men av og til, og ganske ofte, handler det også om å bli bra igjen, dvs. at smerter blir borte, styrken gjenvinnes osv. Fysioterapi er sjelden ett, avgrenset tiltak som pasienten "får". Fysioterapi er i stor utstrekning en relasjonell virksomhet, der det som kommer ut av behandlingen både er avhengig av fysioterapeutens og pasientens bidrag i situasjonen og hva de skaper sammen. Det er med et slikt pasientgrunnlag og en slik forståelse av hva behandling består i at NFF vil mene noe om kriteriene som er lagt til grunn.

NFF vil knytte noen kommentarer til hver av dem, basert på det som kjennetegner pasientgrunnlaget og virksomheten i fysioterapi.

#### **- Helsetapskriteriet**

NFF mener at «helsetapskriteriet» i større grad enn «alvorlighetskriteriet» kan komme mennesker med kronisk sykdom, sammensatte lidelser og psykiske lidelser til gode og bidra til at disse gruppene blir prioritert lenger frem. Det er vi positive til. Hvordan helsetap skal/kan beregnes for slike pasientgrupper, kan være utfordrende. Utvalget legger til grunn ulike kilder og metoder, og bruker eksempler med definerte diagnoser og pasientgrupper. De pasientene som trenger fysioterapi faller ofte innunder «sekkediagnosen» muskel/skjelettlidelser, og det kan være svært vanskelig å bestemme eller måle hva som er aktuelt helsetap, med og uten behandling. Utvalget legger stor vekt på QUALY, som innebærer en hypotetisk vurdering av helseproblemet og hvilket helsetap det medfører i en gjennomsnitts normalbefolkning. NFF mener dette er noe annet enn opplevd helse og – helsetap hos dem som har helseproblemene, og at helsetapskriteriet også må basere seg på annen type kunnskapsinnhenting enn QUALYS.

#### **- Helsegevinstkriteriet**

Målemetodene som anses som best for å bestemme helsegevinsten, er de som kan fremskaffe «bevis» for at en metode er bedre enn en annen, en medisin bedre fremfor en annen osv. Man baserer seg på randomiserte, kontrollerte forsøk. Slike forsøk tar i liten grad høyde for komplekse problemstillinger og komplekse, sammensatte og individualiserte behandlingsforløp over tid. De tar med andre ord liten høyde for at mennesker er hele mennesker med en sammensatt psykisk og fysisk helse. Målemetodene for å anslå helsegevinst er heller ikke egnet til å fange opp det som kanskje er viktigst for mange pasienter: evne til samfunnsdeltakelse, autonomi, mestring av tilværelsen, og evne til jobbdeltakelse (jfr Helsebarometeret 2015).

NFF mener det er nødvendig med en grunnleggende etisk debatt om hva helsegevinst og helsetap er- hvem som bestemmer hvordan helsegevinst og helsetap forstås, og hvilken rolle pasienten har i dette.

#### **- Ressurskriteriet**

Utvalget uttrykker at ressurskriteriet dreier seg om mer enn kostnadseffektivitet, og det er NFF absolutt enig i. Hvordan vi organiserer helsetjenestene, hvordan vi utnytter kapasiteten osv. er viktige elementer i en diskusjon av ressurser. Selv om utvalget åpner for en videre betydning av ressurskriteriet enn kostnadseffektivitet, faller de likevel ned på nettopp kostnadseffektivitet. Dette mener NFF er uheldig. Det er smalt definert og forstått, og bygger på en snever forståelse av hvordan «effektivitet» kan fastsettes.

### **Om hvilket nivå prioriteringskriterier er egnet for**

NFF mener kriteriene som foreslås av utvalget egner seg best for **overordnede** prioriteringer. Kriterier bør sikre at ressursbruken kanaliseres og styres i en ønsket retning på systemnivå. Kriteriene er langt mindre egnet for beslutninger om den enkelte pasient. Det blir svært uheldig om fysioterapeuten på klinisk nivå må prioritere den ene rehabiliteringspasienten fremfor den andre, som både ut fra helsetaps-, helsegevinst- og ressurskriteriet begge bør prioriteres, i en situasjon der rehabiliteringskapasiteten er altfor dårlig i utgangspunktet. Sånn må det ikke være – det gir den

enkelte et ansvar for å sortere på en måte som ikke er forenlig med faglig og etisk standard for yrkesutøvelsen.

Utvalget foreslår endringer av lov og forskrifter for blant annet helsepersonell. Hensikten med en endring i lov og forskrift må være endring av prioriteringspraksis. Det fremstår som uklart hvordan et slikt lovfestet krav om prioriteringer skal håndteres, dokumenteres og kontrolleres av det enkelte helsepersonell. Kravet til faglig forsvarlighet er allerede nedfelt i helsepersonellovens § 4 og 6. Det er viktig at faglig skjønn legges til grunn for prioriteringer og NFF tror ikke at ytterligere pålegg vil bidra til bedre prioriteringspraksis.

## **Virkemidler**

Det er nødvendig å sikre gode henvisninger, bedre samhandling mellom nivåene, bedre samhandling mellom helsepersonell, bedre brukermedvirkning og ikke mist utvikle gode ledere i primærhelsetjenesten. Det mangler i dag gode samhandlingsarenaer mellom helsepersonell og mellom ledere og helsepersonell hvor prioriteringer diskuteres. NFF mener det er viktig å få på plass dette. Videre mener NFF at elektronisk samhandling er et viktig virkemiddel for å sikre god kommunikasjon og dermed helhetlige prioriteringer mellom helsepersonell og mellom nivåene i helsetjenesten. NFF opplever liten vilje til statlig medfinansiering når det gjelder elektronisk samhandling for fysioterapeuter, og mener det bør legges bedre til rette for dette, også økonomisk.

## **Økonomiske virkemidler**

Utvalgets utredning inneholder en del om økonomiske virkemidler og hvordan disse fungerer. NFF mener det er behov for mer kunnskap om hvordan de økonomiske incentivsystemene virker på prioriteringer og kvalitet. Det foretas jevnlig endringer og justeringer av finansieringssystemene både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten uten at det foreligger analyser av effektene. NFF mener formålet med en offentlig helsetjeneste må være å sikre tilgang til *grunnleggende helsetjenester* uavhengig av økonomisk evne. NFF erfarer at altfor mange pasienter i den kommunale fysioterapitjenesten pr. i dag ikke får grunnleggende helsetjenester som følge av altfor lav kapasitet. Små justeringer kan få stor betydning for prioriteringer, for tjenesten det angår, pasientene og kvaliteten på tilbudet. Som eksempel kan her nevnes endring av ISF- ordningen for poliklinisk virksomhet i spesialisthelsetjenesten, der tjenester utført av fysioterapeuter ikke lenger utløser betaling. Et resultat av dette er at oppgaver som fysioterapeuter har den rette kompetansen til å utføre, for eksempel funksjonskontroller, ivaretas av sykepleiere fordi de genererer inntekter, ikke fordi de har den beste kompetansen.

NFF mener det må gjennomføres analyser, pilotprosjekter eller policy eksperimenter før implementering av små og store endringer av finansieringssystemene.

## **Avslutning**

Prioritering er viktig i dagens helsetjeneste, men prioriteringer er bare et av mange styringsvirkemidler og vil fungere best som en bevissthet på et overordnet plan. Tjenesten må styres og ledes, og styringsmekanismene som lov og avtaleverk, finansieringsordninger og organisering må dra i samme retning. Prioriteringskriteriene slik de er foreslått av utvalget er først og fremst egnet for prioritering på et overordnet nivå, ikke på det kliniske nivået. Kriteriene baserer seg i stor utstrekning på helseøkonomiske analyser, og bygger i liten grad på helsefaglig forskning og kunnskap. De må utvikles og utvides og ta høyde for utfordringer og pasientgrupper som tilhører

kommunehelsetjenesten i langt større grad enn nå. NFF imøteser en videre diskusjon av hvordan de foreslåtte prioriteringskriteriene kan konkretiseres og komme til anvendelse

Med vennlig hilsen

NORSK FYSIOTERAPEUTFORBUND

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Fredrik Halken". The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke at the end.

Forbundsleder