

HOD, SHA
v/Iselin Syversen

Vår saksbehandler: Jan Vegard Pettersen
Vår ref.: 494930 (2014_00843)

Vår dato: 23.02.2015
Deres ref.: [Deres ref. her]

Høringsvar: Høring - NOU 2014:12 Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten

Norheimutvalget har lagt frem sin innstilling «Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten». Utvalget har sett på hvordan vi bedre kan fordele helsegoder i fremtiden, og hvordan vi kan bruke rettferdige prosedyrer ved fordeling av godene, både i kommuner og sykehus. Tre overordnede kriterier: helsegevinst, ressursbruk og helsetap, blir anbefalt som grunnlag for vurdering av ulike behandlinger og tiltak.

Norheimutvalget peker på viktige utfordringer for den norske velferdsstaten knyttet til hvordan helse og omsorgstjenestene bør forvaltes for å sikre at velferdsstaten utvikles i tråd med befolkningens behov og ønsker. Utvalget foreslår å nedfelle noen overordnede prinsipper som kan bidra til en omstilling og modernisering, slik at befolkningen får helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet, også i fremtiden. Det handler om både forebygging, helsefremming og behandling. Dette er fornuftige prioriteringer på et samfunnsnivå. Da er det viktig at tjenestene understøtter denne målsettingen også på et individnivå.

Spesialisthelsetjenesten har fungert godt når det gjelder behandling, men svakere med tanke på pasient- og pårørendeopplæring, helsefremmende og forebyggende tiltak og rutiner for god omsorg ved livsavslutning. De store helseutfordringene i dag dreier seg om behov for helsefremmende og forebyggende tiltak for barn og unge, og eldre med omfattende sykdom eller funksjonssvikt, som trenger helsehjelp. Det blir flere kronikere som trenger bistand til å mestre sin livssituasjon, både innen somatikk og psykisk helse. Med bakgrunn i utfordringsbildet støtter NSF utvalgets overordnede vurderinger knyttet til de nye prioriteringskriteriene. NSF er videre enig med utvalget om at innvandreres helse og deres tilgang på helsetjenester må vektlegges særskilt.

Utvalget er videre opptatt av mer åpenhet rundt hvordan organisering og finansieringssystemer slår ut, når det gjelder tilgang til helsehjelp for enkeltgrupper og individer. De foreslår at prinsippene for prioritering skal nedfelles i helseforetakenes og i kommunenes sørge-for-ansvar. Dette gir kommuner og helseforetak et overordnet ansvar for å sikre likere tilgang til helse- og omsorgstjenester. Kronikere og forebyggende helsearbeid skal prioriteres høyere. Forebyggende helsetjenester til barn og unge skal styrkes. NSF forventer at dette følges opp videre med konkrete virkemidler som sikrer en slik omfordeling av ressursene.

Prioriteringer må ikke bare sees i lys av individuelle vurderinger av rett til behandling, men hvordan myndighetene omstiller og moderniserer hele tjenesteapparatet. Da kan de tjenester og



NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Tollbugt, 22
Postboks 456
0104 Oslo

Telefon: 0 24 09
Telefaks: 22 04 32 40
E-post: post@nsf.no

www.nsf.no
Bankgiro: 1600 49 66698
Org.nr: NO 960 893 506 MVA

Faktura adresse:
sykepleierforbundet@invoicedrop.com

tiltak der vi forventer best mulig nytte, både for samfunnet og for enkeltindivider, prioriteres. NSF støtter derfor utvalgets forslag om at tjenestene må understøtte livene som leves, enten det er snakk om verdig alderdom eller barndom. Samfunnsøkonomisk er dette riktige og viktige prinsipper, ikke bare for å hindre unødvendig bruk av dyre helsetjenester, men for å sikre gode og meningsfulle liv fra vugge til grav.

NSFs vurdering av prioriteringskriteriene på klinisk nivå

Nordheim-utvalget ble i mandatet bedt om å vurdere om dagens kriterier *nyttekriteriet*, *alvorlighetskriteriet* og *kostnadseffektivitetskriteriet* fra Lønning II, tilfredsstillende dagens prioriteringsutfordringer i helsetjenesten. Utvalgets svar er at de gjeldende kriteriene i hovedsak er gode, men foreslår å styrke prioriteringsarbeidet ved hjelp av nye kriterier:

- a) *Helsegevinstkriteriet* som både erstatter nyttekriteriet og deler av kostnadseffektivitetskriteriet. Dette kriteriet legger først og fremst vekt på helsegevinster i form av *gode leveår* men åpner også for at andre velferdsgevinster kan ha betydning for prioritering, som for eksempel belastning for pårørende.
- b) *Ressurskriteriet* som erstatter deler av kostnadseffektivitetskriteriet.
- c) *Helsetapskriteriet* som erstatter alvorlighetskriteriet. Dette kriteriet har som formål sikre at «*helsegevinster som tilfaller de dårligst stilte, skal gis ekstra vekt*» (s.18).

Utvalget poengterer at de nye kriteriene alltid bør ses i sammenheng med hverandre og at de bør gjelde for *hele* helsetjenesten. Det betyr at kriteriene skal være veiledende for svært forskjellige situasjoner hvor det skal gjøres prioriteringer. De skal kunne veilede lederen som gjør prioriteringer på nasjonalt nivå, så vel som sykepleieren som prioriterer i en klinisk arbeidshverdag.

Vi er noe usikre på hvordan de nye kriteriene vil være til bedre hjelp for prioriteringer på 1. ordens nivå (kliniske prioriteringer i møte med enkeltpasienter og pårørende) enn Lønningutvalgets kriterier. De nye kriteriene utvalget presenterer, kan fungere godt for helseledere og myndigheter som skal fatte beslutning om prioriteringer på et overordnet nivå. Dette kan f.eks. gjelde spørsmål om hvorvidt ny og dyr medisin eller annen form for behandling skal tas i bruk, - kanskje også med tvilsom evidens hva gjelder effekt. I lys av dette og utfordringsbildet generelt mener NSF at kriteriene vektlegger viktige prinsipper for fordeling av ressurser til ulike deltjenester, forvaltningsnivåer, fagområder, pasientgrupper og knyttet til spesifikke behandlingsformer. NSF vil understreke at dette er beslutninger som foretas langt fra der tjenesten utøves. Det er derfor behov for et videreutviklings og utredningsarbeid dersom man tenker at kriteriene skal tas i bruk systematisk i den daglige klinikken. NSF vil videre understreke at et slikt arbeid må involvere bredden og erfaringene fra praksisfeltet

Prioritering i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Nasjonale mål for helsetjenesten er felles, men de mer konkrete målsettinger og oppgaver i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er forskjellige. Det innebærer at grunnlaget for å foreta prioriteringer også blir ulikt. Mens spesialisthelsetjenesten som regel har hovedfokus på diagnose og behandling for én diagnose om gangen, ivaretar kommunehelsetjenesten helheten. Det betyr at forebygging og rehabilitering kommer i fokus og at i tillegg til å gi behandling og følge opp helsetilstanden blir ivaretagelse av pasientenes funksjonsevne og støtte til å greie seg selv viktig. NSF setter videre pris på at utvalget har løftet frem omsorg ved livets slutt spesielt, da dette er en gruppe det vil bli flere av i kommunene i årene som kommer, og som skal ha gode tjenester.

Nordheim-utvalget skriver at de erkjenner behovet for prioriteringskriterier for omsorgstjenester, men har vurdert at dette ligger utenfor deres mandat. Likevel antyder de at de presenterte kriteriene kan anvendes også her, men at de trolig bør konkretiseres. Utvalget sier videre at *prioriteringer i omsorgssektoren bør være tema for framtidig utredning*(NOU 2014:12, s.12). NSF mener likevel omsorgstjenester i den kommunale helse- og omsorgssektoren er vurdert i

innstillingen, særlig gjelder dette utvalgets forslag til juridiske virkemidler, samt knyttet til vurderingene av konsekvensene de ulike finansieringssystemer for kommunale deltjenester, avtalespesialister mm, kan ha for rettferdig tilgang til nødvendige helse- og omsorgstjenester for grupper og individer.

NSF støtter likevel utvalgets forslag om et slikt utviklingsarbeid for å se prioriteringer mer knyttet til et kommunalt perspektiv. Et slikt arbeid bør sees i sammenheng med utviklingen av selve tjenestene. I dag er det en utfordring at allmennlegetjenesten ikke er organisert nærmere de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene der veksten av behandling og oppfølging i kommunene skjer. Det vil være uheldig å se omsorgstjenester som noe adskilt fra øvrige kommunale helsetjenester, særskilt ift et ønske om å sikre rettferdig fordeling av knappe helsegoder. NSF mener et slikt utviklingsarbeid må tydeliggjøre den helsegevinst som man får uansett alder, også de siste leveårene, ved å prioritere forebyggende tiltak. Følgene av ikke å erkjenne muligheten for forbedring av funksjon hos eldre og kronisk syke, reduserer livskvaliteten hos dem det gjelder og øker kostnadene for samfunnet. Det er dokumentert at økt satsing på primærhelsefunksjoner er av vital betydning for både enkeltpasienter og samfunnet. Studier fra industrialiserte land så vel som utviklingsland, viser at en bedre primærhelsetjeneste gir bedre helseindikatorer. Dette fremkommer av redusert totaldødelighet

Arbeidet bør videre sees i sammenheng med utviklingen av en ny prioriteringsforskrift for spesialisthelsetjenesten, det generelle utviklingsarbeidet på begge nivåer og samhandling mellom og innad i forvaltningsnivåene..

Krav til dokumentasjon

NSF er enig med utvalget i at gode dokumentasjonssystemer er en forutsetning for å oppnå målsettinger om mer rettferdig prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten. Gode og strukturerte dokumentasjonssystemer kan bidra til å sikre kvalitet, rettferdig tilgang og informasjon om prioriteringer i tjenestene. International klassifisering av sykepleiepraksis (ICNP) kan integreres i et tverrfaglig EPJ-system der alle yrkesgrupper og pasienter har tilgang på samme arbeidsflate. ICNP gjør det mulig å bruke standardiserte vurderings- og behandlingsplaner, aggregere data om helsehjelpen som er planlagt, hvordan den ble utført og resultater av den. ICNP som er utviklet i forståelse med ICD 10/11 og ICF vil bidra til sammenheng i pasientdokumentasjon og bidrar til kunnskapsbasert praksis og økt pasientsikkerhet.

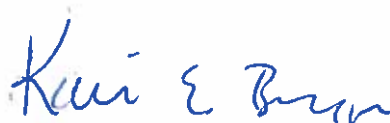
Et EPJ-system som er standardisert, strukturert og har integrert prosess- og beslutningsstøtte kan bidra til kvalitetssikring av prioritering på individnivå og gi aggregert informasjon som grunnlag for prioriteringer på systemnivå. I det videre utviklingsarbeidet og i arbeidet med den varslede meldingen til stortinget om temaet må det diskuteres bredt om man arbeider godt nok med å utvikle systemer som gir beslutningsstøtte for riktig prioritering, samt systemer som gir kunnskap om hvordan det prioriteres i tjenestene.

Avslutning

NSF vil avslutningsvis understreke at en mer differensiert egenbetaling for helse- og omsorgstjenester må ivareta tilgangen til helse- og omsorgstjenester for de med lav betalingsevne. På samme måte må ikke inntektssystemene for helse- og omsorgstjenestene være styrende for hvilke behandlingstilbud som utvikles. Dette kunne vært bedre konkretisert av utvalget. I tillegg ønsker NSF å løfte frem betydningen av omsorgsfull hjelp i det videre arbeidet. Det er viktig at begrepene som brukes i en prioriteringsdebatt speiler de kvalitetsaspekter som tillegges verdi av pasienter og helsearbeidere i praksisfeltet. NSF ønsker å være en konstruktiv bidragsyter i det videre arbeidet med å utvikle bedre verktøy for riktig prioritering på individ og systemnivå.

Med vennlig hilsen


Eli Gunhild By
Forbundsleder


Kari E. Bugge
Fagsjef

Kopi: [Kopi her]