



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011, Dep.
0030 Oslo

Deres ref.: 14/3410

Vår ref.: BR/SP/AH

Oslo, 16.02.2015

Høring – NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten

Pensjonistforbundet viser til departementets høringsbrev av 13.11.2014. Pensjonistforbundets uttalelse er på vegne av Pensjonistforbundet og SAKO-organisasjonene (Postens Pensjonistforbund, Fagforbundet pensjonistutvalg, Telepensjonistenes Landsforbund, Jernbanepensjonistenes Forbund, Politiets Pensjonistforbund, Statens Vegvesens Pensjonistforbund og LO-Stats pensjonistutvalg).

Bakgrunn

Utvalgets rapport inneholder mange gode tanker og vurderinger, og er velegnet for fortsatt diskusjon om prioritering i helsevesenet.

Behovet for å tilstrebe bedre prioritering innenfor helse- og omsorgstjenestene er åpenbart og øker, både som følge av de demografiske endringer, utviklingen i tjenestetilbud, økt teknologisk utvikling og økende forventninger og etterspørsel blant brukere. Det arbeidet som tidligere er nedlagt gjennom Lønning I og Lønning II har bidratt til å forbedre innretningen av spesialisthelsetjenestene med henblikk på alvorlighetsgrad, hastegrad og ventetider. Kriteriene i Lønning II har vært nyttige for å sikre pasienter retten til prioritert helsehjelp. Til tross for en langvarig innsats for å oppnå dette, har det i de etterfølgende årene vist seg vanskelig å oppnå at gjeldende retningslinjer og forskrifter blir praktisert på en konsekvent måte.

Pensjonistforbundet synes at det er gitt for liten plass til de virkelige og vanskelige prioriteringsoppgavene mellom forvaltningsnivåene og mellom helse-tjenesten og de andre samfunnssektorene, både nasjonalt og kommunalt. Vi viser til avsnitt kap. 1.2 side 12 « prioritering i omsorgstjenesten bør være tema for fremtidig utredning. Dette støtter vi.

Høringsforslaget – Prioriteringsprinsippene

Utvalget foreslår 3 prioriteringsprinsipper:

- Helsegevinst
- Ressursbruk
- **Helsetap.**

Det er spesielt det siste kriteriet som Pensjonistforbundet vil kommentere. I utredningen er begrepet helsetap diskutert i kapittel 7, og 10 om måling av de ulike kriteriene og i vedlegg 4, hvor helsetapskriteriet blir presisert.

Bruken av disse kriteriene skal hvile på en forståelse av; Hva som er en rettferdig fordeling? Har vi alle krav på de samme godene? Og er det noen helsetjenester som ikke skal dekkes av fellesskapet? Pensjonistforbundet kan ikke se at tannhelsetjenestene er tatt med i utvalgets arbeid. Vi mener det er på tide at munn- og tannhelse vurderes på linje med resten av kroppen.

Man kan stille spørsmål om det er **rettferdig** å la være å gi helsehjelp til gamle mennesker, fordi andre grupper alltid vil ha større helsetap.

Skal det være en aldersgrense for tilbud i spesialisthelsetjenesten?

Vi tror ikke det er en alminnelig oppfatning i befolkningen at det er rettferdig å ikke gi gamle mennesker helsehjelp, selv om de er > 80 år og kanskje har forventet levealder på noen få år.

Et prinsipp for rettferdig fordeling etter vår oppfatning, er å sikre at alle får helsehjelp når det er til god nytte for dem og de selv vil, og med et akseptabelt ressursforbruk.

Hvordan kan vi da forstå "Tapskriteriet" og bruke det?

Er det i det hele tatt anvendelig?

Utvalget uttaler at de vil gi "høyere prioritet til de svakest stilte."

Hva menes med "de svakest stilte"? Er det de som har alvorlig sykdom der det er forventet et visst (betydelig) helsetap, beregnet ut fra tap av gode leveår i forhold til det "forventede" på 80 år?

Utvalget diskuterer avveining mellom kriteriene, og slår fast at de ikke skal "sidestilles". "Kriteriene bør vurderes samlet der de er relevante". På side 97 er det en oppskrift på avveining, en forenklet regel med innføring av 3 helsetapsklasser (moderat, stort og meget stort). Utvalget mener at kriteriene skal brukes både på overordnet nivå (for eksempel i planlegging av helsetiltak) og på individnivå, i forbindelse med tiltak overfor enkeltpasienter.

I vedlegg 4 sier utvalget likevel at forventet helsetap ikke er et krav for at et tiltak skal kunne tilbys. (s. 196). Det samme gjelder omsorg for døende, som ikke kan sies å gi stor helsegevinst eller helsetap i tid, og som medfører ressursbruk, men likevel anbefales gitt og prioritert(!)

Samlet mener vi at utvalgets forslag om bruk av helsetapskriteriet bør forkastes.

Det er en fare for at det nye helsetapskriteriet hvor det åpenbart ligger en risiko for at yngre pasienter i de fleste sammenhenger vil bli prioritert foran pasienter i høyere aldersgrupper. Slik forslaget fremstilles, vil dette kunne brukes av politikere og besluttere (foretaksdirektører) til en organisering av helsetjenesten som rammer de eldre. Dette er etter vårt syn det motsatte av rettferdighet.

Selv om utvalget i kap. 8.1.5 understreker at «Det betyr også at alder per se aldri bør ekskludere noen fra behandling.

Det er ellers vanskelig å benytte kriteriene i en direkte vurdering av behandlingstiltak til en pasient, unntatt i noen få tilfelle, der ressursbruken er overveldende og gevinsten tvilsom, og der det for eksempel er en helt konkret begrenset ressurs, som bare kan gis til en (eller noen få) pasienter. Et slikt eksempel er et donorhjerne (hvor det bare foreligger ett) og flere pasienter er aktuelle mottakere. Det er rimelig å tilby hjertet til den pasienten som har størst helsetap!

(den unge fremfor den gamle, selv om gevinsten beregnes likt) Men hva gjør vi hvis den gamle har større gevinst enn den unge (i kvalitetsjusterte leveår)? Skal hjertet likevel gå til den unge? Og hvor stor må gevinstforskjellen være for at den eldre likevel skal få hjertet? Og skal man ta i betraktning årsaken til behovet for et nytt hjerte, for eksempel selvpåført sykdom som ved sprøytenarkomani og flere endokarditter?

Vi kan ikke se at utvalgets forslag løser slike dilemmaer på en rettferdig måte.

Prioritering i kommunehelsetjenesten

Vi ønsker å understreke følgende fra kap. 12.4.2: «prioriteringsarbeidet i kommunehelsetjenesten har vært mindre systematisk enn i spesialisthelsetjenesten». De tjenester som utøves er i mange sammenheng avhengig av samarbeid mellom flere profesjoner, og en stor andel av helsevesenets utførelser kan bare løses ved å se helse- og omsorgstjenestene som deler av en sammenhengende kjede. Jfr. intensjonen i Samhandlingsreformen. Enkelte kommuner og sykehjem har etablert Etisk råd for pleie og omsorgstjenestene. Utvalget anbefaler at arbeidet med å styrke slik rådgivning innenfor kommunenes ansvarsområde intensiveres.

1. Behovet for sykehjemmet som et kommunalt institusjonstilbud må styrkes, kapasitetsmessig, faglig og kvalitetsmessig jfr. pkt. 5.4.3 side 64.

2. brukervedvirkning: Utvalget har et eget kapittel om brukervedvirkning kap. 11 og uttaler: «Utvalget anbefaler at brukerne inkluderes i prioriteringsprosesser på alle nivåer» Dette er også sentralt i kommunene. Praktiseringen av åpenhet og rettferdighet ved prioritering av ulike behandlingsformer vil kreve økt ressurstilførsel i form av tidsbruk dersom den tillyste brukervedvirkning skal tas på alvor. Nå må også kommunene på linje med spesialisthelsetjenesten opprette brukerråd/utvalg i helse- og sosialhelsetjeneste jfr. hol § 3-10.

Pensjonistforbundet støtter disse forslagene.

Konklusjon:

Pensjonistforbundet mener at innføring av et helsetapskriterium ikke vil oppfylle intensjonen om rettferdig fordeling av helsetjenester. Slik vi forstår rettferdighet vil helsetapskriteriet innebære fare for en ytterligere svekket status for grupper av eldre pasienter i prioriteringssammenheng. Forbundet tilrår at helsetapskriteriet bortfaller som hovedkriterium og anbefaler at alder kun anvendes som tilleggskriterium i tråd med Lønning II-utvalgets tidligere anbefaling. Vi ønsker å understreke at en viktig del av vår levestandard er tryggheten om at vi vil bli tatt godt hånd om av helsetjenesten når vi blir syke, selv når vi er over 80 år.

Med vennlig hilsen
Pensjonistforbundet


Borge Rørvik
Forbundsleder



Anne Hanshus
Rådgiver helse