

Høringsuttalelse fra Seniorsaken om NOU 2014:12 Åpent og rettferdig- prioriteringer i helsetjenesten

Seniorsakens Ressursgruppe for helse og omsorg har utarbeidet denne uttalelsen som er avgrenset til de punkter og prioriteringer som berører samfunnets eldre.

Generelt

Prioriteringsutvalget uttaler at man i Norge bruker flere ressurser på befolkningens helse enn i sammenlignbare land i Europa. Dette ble sterkt tilbakevist av prof. Bjørn Jensen ved Høyskolen Hedmark på et seminar på Stortinget 3. februar 2015. Han uttalte at beregnet som andel av BNP ligger Norge midt på treet. En mulig forklaring på forskjellene er at man i Norge inkluderer utgifter til omsorgssektoren i regnestykket.

Det foreligger to tidligere prioriteringsutvalg; Lønning I og II i 1987 og 1997, videre Prioriteringsforskriften. I utvalget for NOU2014:12 har man tatt sikte på å vurdere tidligere prioriteringsretningslinjer og videre sikre likeverd.

Utvalget foreslo å operasjonalisere prioritering ved tre hovedkriterier:

1. Helsegevinstkriteriet: et tiltaks prioritet høynes med forventet helsegevinst
2. Ressurskriteriet: et tiltaks prioritet høynes desto færre ressurser det beslaglegger
3. Helsetapskriteriet: et tiltaks prioritet høynes med forventet helsetap over livsløpet hos den eller de som får helsegevinst.

Disse forslagene har gitt opphav til en allmenn debatt hvor det er uklart om de nye kriteriene er bedre enn de tidligere, og om helsetapskriteriet vil være hensiktsmessige i den praktiske klinikk.

I avsnitt 2.2 i utvalgets respons presenteres det fire prinsipper for god prioritering hvor vi kan enes om disse. Det angis i punkt 2: prioritering må følge av klare kriterier. Selv om det utarbeides slike for de enkelte sykdommer/lidelser vil det alltid måtte bli endelige medisinske vurderinger basert på faglig godt skjønn som er avgjørende. Seniorsaken mener for øvrig at eldres fastleger og andre behandlende bør ha større innflytelse en de har i dag. Det gjelder både det økonomiske presset som legges på sykehusleger i forbindelse utskrivning fra sykehus og på fastleger ved avgjørelser om tildeling av sykehjemsplass.

Utvalget understreker (2.2.3 side 20) bruker- og pasientrettigheter. Seniorsaken mener det også må stilles krav om oppmøte og deltagelse fra de eldre/pårørende.

I sammenfatning 2.1 angis det også et gap mellom ressurser og behov. Med den raske medisinske utvikling vil det nødvendigvis være en avstand mellom de fremste tilbud og at alle umiddelbart kan motta slike. Det hevdes også at media til dels svartmaler virkeligheten i Helse-Norge. Seniorsaken tror også at de fleste eldre er fornøyd med sitt medisinske tilbud, og at medias presseoppslag ofte er basert på enkelttilfeller. Likevel vil vi understreke at vårt syn er at eldreomsorg er individomsorg. Seniorsakens og medias rolle som «vaktbikkje» for de svakeste spiller derfor en viktig rolle. Men vi vil også i være medspillere og løsningsorienterte når de eldres situasjon står på agendaen.

Prioriteringsutvalget diskuterer i vesentlig grad forhold med gyldighet for sykehusvesenet og i liten grad berørt omsorgstjenesten, sykehjem og hjemmehjelpstilbudene. Dette mener Seniorsaken er en tilbakevendende diskriminering av de eldste og svakeste.

Aldersdiskriminering

Da NOU 2014:12 ble presentert i media ble det angitt at man diskriminerte på alder, noe som våre medlemmer har merket seg. Norsk lov gir ikke vern av eldre *per se*, men dette vil snart bli en del av norsk lovgivning som en del av EUs lovverk.

Vi syns komiteen har gitt en omfattende behandling av alder som kriterium og vil summere det slik vi oppfatter det:

Alder ble ikke innført som et nytt kriterium i forhold til de øvrige kriterier.

Kriteriene anga imidlertid av ved et regnskap for «tapte leveår» skal det regnes opp mot 80 års alder som er forventet gjennomsnittlig levealder for menn i Norge i 2012. Alvorlig sykdom eller død i 65 års alder skal sees som 15 tapte leveår (80-65); sykdom/død i 40 års alder skal regnes som 40 tapte leveår (80 -40); sykdom over 80 års alder gis ikke ekstra vekt i denne samlede vurdering.

Komiteen vurderte alder, biologisk evt. forskjellig fra den kronologiske, i vurderingen av nytten av medisinsk behandling. Dette bare når høyere alder ga en minsket suksess for behandlingen som det gjør ved transplantasjon, visse former for cellegift, og enkelte andre behandlinger. Seniorsakens Ressursgruppe helse og omsorg opplever at disse kriterier for behandling allerede eksisterer i dag. Behandlende leger tar avgjørelser om nytte og suksess for behandling på bakgrunn av kompetanse og erfaring hver dag.

På den annen side opplever vi at for mange eldre er verdien av et leveår nå like høy som 70-80 åring, som da vi var langt yngre. Barn og barnebarn vil også ønske sine foreldre/besteforeldre et fortsatt godt liv og vil oppleve det urimelig, muligens som et svik, at deres nærmeste ikke får behandling. Dette er også en situasjon behandlende helsepersonell stadig opplever og må håndterere.

Forebygging og fysisk aktivitet

Vi støtter helhjertet Folkehelseinstituttets innspill om nytten av fysisk aktivitet i befolkningen, særlig blant eldre. Utvalget påpeker at det foreligger tilstrekkelig vitenskapelig dokumentasjon for dette (side 200, vedlegg 5). Nytteeffekt er godt dokumentert, så vel på indremedisinske tilstander som diabetes og høyt blodtrykk, men også på muskel/skjelettsystemet og mental helse. Om det ikke bringer så mange år til livet, så gir det liv til årene! Det bør legges til rette for at eldre kan drive regelmessig fysisk aktivitet. Fysisk trening i gruppe som allerede gjennomføres mange steder gir i tillegg en sosial mulighet og stimulans til bedre kostinntak. Så langt har ikke idrettslagene vært særlig interessert i denne aldersgruppen, mens andre organisasjoner som Turistforeningen, Seniorsaken, bydeler og enkelte kommuner har gitt et godt tilpasset tilbud. Mest trenges et tilbud til de som har vært lite aktive eller ikke fysiske aktive tidligere i livet. Dette er en gruppe som i veldig liten grad oppsøker tilbudene nevnt ovenfor. Denne gruppen vil ha stor nytte og glede av aktivitetstilbud. Men slike tilbud trenger en finansiell støtte for at de skal bli attraktive for både tilbydere og brukere. Store grupper i befolkningen må motiveres til å ta større ansvar for egen helse enn i dag og tilbydere av ulike treningstilbud må stimuleres til å satse på denne gruppen som i dag ikke skaper lønnsomhet.

Bør man allokere midler til rehabilitering i kommunene? Rehabilitering i hjemmet skjer nå i 80 kommuner, hva med de andre 348? Dette er tiltak som bedrer evnen til å greie seg etter sykehusopphold og andre situasjoner med funksjonsnedsetting. Dette er oppgaver som i stor grad kan løses av seniorsentre, frisklivssentraler, hjemme-rehabiliteringsgrupper. Men kommunene har vanskelig for å prioritere uten øremerkede penger.

Spreke 80-åringer kvinner øker i antall. Dette må klart tas i betraktning når behandlingstilbud skal vurderes som kan gi verdifulle aktive år også i denne alderen.

Prioritering av eldre syke

Utvalget har dessverre unnlatt å ta opp prioriteringsproblemet knyttet til behandling av alvorlig sykepleiepasienter og den siste behandling, hjemme, på sykehjem og i sykehus. Dette er et område hvor det vurdert fra dagspresse og vår egen erfaring med henvendelser i Seniorsaken både er mangel på kompetanse og personellmessige ressurser. Vi opplever at dette behovet møter liten forståelse blant politikere. Legers arbeid på sykehjem er helt vesentlig for tilbudet til pasientene. «Den viktige samtalen» mellom lege, pasient og evt. pårørende for videre plan ved forverrelse av pasientens tilstand, som man vet vil komme, er avgjørende for kvalitet i omsorg. Viktigheten av dette er beskrevet i en artikkel av Pål Friis og Reidun Førde i Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 3 2015.

Det er vesentlig at både lege og annet helsepersonale har tilstrekkelig tid til å gi informasjon og støtte til pårørende og pasient så de kan føle trygghet for at det er riktige avgjørelser som fattes eksempelvis ved aktuelle spørsmål om antibiotikabehandling av demente, hjerte-lunge gjenoppliving av alvorlige syke, eller fortsatt intravenøs behandling av terminalt syke.

Norsk geriatriisk forening understreker at det ofte foreligger overbehandling ved demens. Norske forening for allmennmedisin og Norsk revmatologisk forening har også rapportert underbehandling av skrøpelige hjemmeboende eldre, eldre med depresjon og ved behandling av osteoporose.

I 2010 hadde Seniorsaken et møte med Høyreleder Erna Solberg og stortingsmann Inge Lønning der vi fremla vårt ønske om utvidet legetid på sykehjem. Forslaget ble avvist som et kommunalt anliggende. Dette mener vi var en alvorlig ansvarsfraskrivelse. God eldreomsorg kan bare skapes ved et samarbeid mellom stat og kommune. Seniorsaken mener, og har hele tiden ment, at samhandlingsreformen kan være til hinder for kvalitet i eldreomsorgen i Norge.

Vi ser det som høyst kritikkverdig at utvalget har vært klar over disse problemområdene, men bevisst har unnlatt å gå inn på det.

Avslutningsvis ønsker Seniorsaken å berømme utvalget for en saklig og utfyllende fremlegging av kriterier for prioriteringsutfordringer. Men med stadig flere eldre i befolkningen bør denne gruppen i større grad trekkes eksplisitt inn i debatten hva gjelder etiske og fremtidige problemstillinger.

Ingrid Kløve, styreleder i Seniorsaken
Sign.

Lege Thomas Bøhmer, leder for Seniorsakens ressursgruppe helse og omsorg
Sign.

Lege Helge Schirmer, medlem i Seniorsakens ressursgruppe helse og omsorg
Sign.

