

Høringsuttalelse til «NOU 2014:12 Åpent og rettferdig-prioriteringer i helsetjenesten.»

Innsendt av Theis Huldt-Nystrøm, avd. overlege Hudpoliklinikken Sykehuset i Levanger og avtalespesialist Hud og Veneriske sykdommer i Helse Midt-Norge.

Undertegnede har arbeidet som hudlege siden 1989, de siste 22 årene som avdelingsoverlege ved Hudavdelingen sykehuset i Levanger og som avtalespesialist med spesialitet Hud og Veneriske sykdommer i Namsos og Levanger. Jeg har vært leder av NIFS (Norsk interessefaggruppe for Sårheling) og leder i Norsk Dermatologisk Selskap (nå Norsk forening for Dermatologi og venereologi i den Norske Legeforeningen), og sitter nå som leder i Norsk Forening for Psykodermatologi.

Prioriteringsdiskusjonen er viktig og NOU 2014:12 inneholder mange interessante og teoretisk utfordrende betraktninger. Når det er sagt så er det mye jeg synes er betenkelig ved forslagene i utredningen.

Vi må prioritere fordi «det er et gap mellom ressurser og behov i helsetjenesten, og et gap mellom mål og resultater» hevdes det i innledningen til NOU 2014:12. Allerede her synes jeg det er grunn til å stoppe opp og tenke, for her synes jeg det ligger en viss forledende virkelighetsoppfattelse. Hvis problemet er et gap mellom ressurser og behov, så er hvordan vi fordeler midlene selvfølgelig viktig, men det er bare en del av den totale løsningen. Den andre delen er at man faktisk kan være nødt til å øke bevilgninger. Det er lett å definere at problemet i helsevesenet er prioritering, mens det faktisk er politisk bestemt manglende ressurstilgang i forhold til helsevesenets lovpålagte oppgaver som er hovedproblemet. Utsagnet “Et gap mellom mål og resultater” er egentlig også et uttrykk for akkurat samme fokus forskyvning som er med å

tilsløre at prioritering av helsetjenester er noe helt annet enn prioriteringer i helsetjenesten.

Ved gjennomlesing av høringsutkastet NOU er noe av det viktigste som slår meg at forslagene som fremmes i denne utredningen uthuler pasientrettighetsloven betraktelig for enkelte pasientgrupper. Jeg tenker da spesielt på eldre, pasienter med kompliserte og sammensatte (multiple) lidelser samt en del kronikere.

I §2-1a og b i «Lov om pasient og bruker rettigheter» står det vakkert at: «Pasienten har rett til *nødvendig* helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsetjenesten og *kostnadene står i forhold til tiltakets effekt*».

Begrepene «nødvendig» og «kostnader i forhold til effekt» er også i eksisterende lovverk relative begreper som lett kan tøyes og i verste fall omdefineres, og de er ekstra vanskelige å bruke i situasjoner der man ekstrapolerer behandling for grupper over på enkeltindivider. Når begrepet helsetap innføres i stedet for alvorlighet som foreslått i NOU 2014:12 gjør ikke det nødvendigvis vurderingene mer eksakte, kanskje snarere tvert imot. Interessant nok fremstilles det som om bruken av dette begrepet «helsetap» skal styrke prioriteringen av de «*dårligst stilte*», men da dårligst stilte definert som de som har størst helsetap målt fra en norm på minst 80 / 67 gode leveår for alle. Hvor mye usikkerhet som ligger i selve utregningen av helsetap kan man jo diskutere, særlig hos pasienter med flere sykdommer og komplekse sykdomsbilder. **For meg virker dette helsetapsbegrepet og definisjonen av «dårligst stilte» som komplisert og svært forledende**, for de dårligst stilte i Norge slik jeg ser det er de eldre og pasienter med kroniske lidelser og ofte sammensatte og kompliserte sykdomsbilder, og de vil ut fra denne definisjonen trolig komme enda dårligere ut. Risikoen for at enkeltindivider kommer dårlig ut av en helsetaps prioritering der noen måler en tenkt tilstands reduksjon av antall gode leveår (helsetap) i en gruppe og så overfører dette som sannheter som gjelder for aktuelle enkeltindivider tror jeg er stor, særlig også fordi antall parametere man vil måle etter ikke vil kunne gi noe godt eller fullstendig bilde av pasientens situasjon. Hvor fleksibelt vil et slikt prioriteringssystem kunne fungere? Vil dette systemet kunne fange opp alle de kompliserte og sammensatte situasjonene som virkeligheten består av eller blir disse

prioriteringsprinsippene et nytt lag med byråkratiserte systemer som ikke medfører noen egentlig kvalitetsbedring for de som bruker systemene? Eksisterer det evaluerte data fra noen som har brukt disse definisjonene i praktisk prioritering i helsevesenet over noe tid?

I høringsutkastet presiseres også kriterier for hvordan helsetjenester skal fungere ut fra rettferdighet og likhet for prioriteringene. Hvordan kan man kalle det rettferdig for enkeltindividet å innføre et prioriteringskriterium med den grad av usikkerhet som et helsetaps begrep har? Hva slags forbedring er egentlig det i forhold til for eksempel "alvorlighetsbegrepet"? Dette med aldersjustert alvorlighet går klart på tvers av det jeg opplever som rettferdighet og ønske om likebehandling.

Jeg er lege og arbeider opp mot enkeltindivider. Min etikk er derfor i stor grad basert på individrettet etikk og ikke basert på samfunnsetiske vurderinger, selv om også det er med som en del av bildet.

For meg virker Utredningen NOU2014:12 hovedsakelig basert på en samfunns-etisk vinkling, der samfunnets behov hele tiden kan overkjøre enkeltmenneskets. Samfunnsøkonomiske forhold trekkes stadig fram uten at man egentlig setter fingeren på det for meg viktigste punktet, som er å presisere hva slags helsevesen vi ønsker og hva dette helsevesenet skal tilby den enkelte og den enkelte pasientens rettighet, det vil si dette fundamentet som jeg håper vil komme i en «Samordnet helseplan for Norge». Denne grunnmuren må finnes før man begynner å lage prioriteringssystemer som skal innføres rund baut på alle ulike nivåer i helsevesenet. Uten denne grunnleggende premissen som en slik helseplan er blir hele prioriteringssaken for meg bare enda vanskeligere definerbart, som å bygge vegger uten grunnmur. **Vi må ha en slik helseplan, et politisk bestemt grunnlag som må finnes tilstede før man bestemmer retningslinjer for selve prioriteringssystemene. Meg bekjent eksisterer ikke noe samordnet helseplan ennå.** Det er mye interessant teori i dette NOU utkastet, men hvor mye av det som fremsettes i utredningen som er forsøkt i praksis og har dokumentert en brukbarhet i et offentlig helsesystem er jeg veldig usikker på. Jeg har uansett svært vanskelig for å se for meg den praktiske utførelsen og forvaltningen av dette foreslåtte prioriteringssystemet for både politikere, byråkrater og helsepersonell. Jeg frykter at det enten blir for enkelt og lettvindt og dermed

dårlig for pasientene, eller for komplisert, tungvint og byråkratisk, og dermed også dårlig for pasientene.

For meg er det åpenbart at en vektlegging av «helsetap» som en viktig indikator for prioritering er basert på sosialetikk der det individetiske aspektet har falt helt ut. Eldre mennesker vil i stor grad kunne skyves bort fra et helsetilbud de faktisk selv gjennom mange år har vært med å betale inn skattepenger til og å realisere. Kan det være etisk riktig? I tillegg ser jeg som allerede nevnt problemer med å få til en god prioritering av pasienter med sammensatte lidelser. Hvordan i all verden skal man få til gode modeller for å regne ut noe meningsfullt «tap av antall gode helseår» for disse gruppene i den praktiske hverdagssituasjonen? Dette blir for meg meningsløst og mye «tenk på et tall». Så vidt jeg vet har nesten 80 % av pasienter som oppsøker dagens helsesystem kroniske lidelser og mange har sammensatte tilstander som er svært komplekse. Å prioritere disse ut fra relativt enkle modeller på helsetap og antall gode gjenværende leveår gir for meg lite mening.

Hvis jeg ser spesielt på prioritering av nødvendig helsehjelp til pasienter i min spesialitet som er hudlidelser, der tilstandene er kroniske og dels med stor opplevd sykelighet men lav dødelighet, ser jeg at mange av disse pasientene vil falle igjennom og i verste fall kanskje risikere å ikke få rett til nødvendig helsetjeneste, da det er forferdelig komplisert å regne ut helsetap for denne gruppen. Omsorgsbegrepet passer heller ikke inn i disse helseøkonomiske vurderingene og bare det sier vel egentlig mye om utilstrekkeligheten i hele dette forslaget. Jeg har derfor også vanskelig for å se for meg prioriteringsprinsippene som utredningen skisserer benyttet i primærhelsetjenesten og ved bruk i pleie og omsorgstjenesten og overfor for eksempel senil demente.

Prioriteringsdebatten vil alltid være viktig, men hvis man velger å bruke konklusjonene i denne utredningen for å skape et nytt prioriteringssystem tror jeg man kommer veldig feil ut, særlig med tanke på manglende vektlegging av person-etiske vurderinger, i forhold til samfunns-etiske og økonomiske aspekter av prioritering.

Inderøya 17. februar 2014.

Theis Huldt-Nystrøm