

[Klikk her og skriv inn mottaker]

Vår saksbehandler: Jan Vegard Pettersen
Vår ref.: 736829 (2015_00950)

Vår dato: 04.11.2015
Deres ref.: [Deres ref. her]

Høringssvar: Høring - På ramme alvor - Alvorlighet og prioriteringer

I dette høringssvaret vil NSF gi konkrete innspill knyttet til arbeidsgruppens rapport Videre vil vi også omtale elementer fra Norheimutvalget som ikke er i mandatet til Magnussen gruppen. NSF vil understreke at sykepleiere, som den tallmessige største helseprofesjonen ikke var representert i arbeidsgruppen. Dette kan ha bidratt til at viktige perspektiver ikke er blitt løftet frem i rapporten.

Samhandlingsreformens grunnlagsdokumenter og denne regjeringens meldinger til Stortinget har et felles hovedbudskap. Dette budskapet er at vi må satse mer på forebygging for å forhindre og begrense sykdom, og bidra til at eldre holder seg funksjonsfriske så lenge som mulig, samt forebygge sykdom og fremme helse for befolkningen generelt. For å oppnå dette må helse- og omsorgstjenestene innrettes slik at de i realiteten kan gi adekvat oppfølging til mennesker med kroniske sykdommer. Større vektlegging av helsefremmende prosesser knyttet til læring og mestringsfunksjoner er en sentral målsetting med alle virkemidler som vurderes eller prøves for å utvikle tjenestene. Norheimutvalget har fulgt opp dette i vesentlig grad. Magnussen utvalget har også, slik vi leser rapporten, tatt med seg videre disse bredere perspektiver.

NSF er likevel usikker på om prognosetapskriteriet tar opp i seg de prioriterings utfordringer som eksisterer i den forskjellen, som oppleves, mellom hvordan helsetjenestene er organisert og hva som er befolkningens reelle behov for tjenester. NSF opplever at helsetapskriteriet hadde en bredere tilnærming og på den måten bedre svarte ut den overordnede utfordringer, om ressursene til helse- og omsorgstjenesten blir brukt på en bærekraftig og fornuftig måte. Derfor er det viktig at det i arbeidet med meldingen adresseres hvordan virkemidler for rettferdig fordeling av knappe helsegoder, kan manifestere seg i tjenestene utover nye kriterier i prioriteringsforskriften.

NSF støtter at det gjøres noen avgrensninger og en tydeliggjøring mellom prioriteringskriterier brukt i klinikken og kriterier brukt på et systemnivå. Særlig knyttet til det siste bør meldingen tydelig beskrive det potensialet det ligger i å organisere tjenestene slik at de i større grad svarer til det utfordringsbildet, som skisseres i bl.a. meldingen om fremtidens primærhelsetjeneste og delvis i nasjonal helse- og sykehusplan.



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



Digitalt godkjent av forbundsleder, 18.12.2015 - 12:11:39

NSF mener dette kan dreie seg om en tydeligere føring i defineringen avsvørge for ansvaret på begge nivåer, samt en finansiering som sikrer at tjenestene leverer helsehjelp tilpasset pasientenes premisser og behov. Norheimutvalget omtaler hvordan dagens systemer for oppgavedeling i tjenesten og ulik finansiering av tjenestene kan ha en slagside på den måten at sykdom ikke blir oppdaget tidlig eller fulgt opp og at det derfor ikke blir igangsatt tiltak som bidrar til at kronifisering hindres eller utsettes. Disse aspektene bør følges opp i meldingen opp i meldingen om prioritering.

NSF støtter i stor grad en slik bred tilnærming fordi en slik tenkning bærer i seg en målsetting om en fleksibel tjeneste som evner å utvikle seg og tilpasse seg befolkningens behov. For NSF er det viktig at det sikres tilgang til gode tjenester for sårbare grupper, som ikke har en sterk stemme; for eksempel mennesker med demens, mennesker med alvorlige psykiske og/eller rusrelaterte utfordringer, samt mennesker i en livsavslutningsfase. NSF mener det er et betydelig potensialet i å bruke den kompetansen som er i tjenestene i dag, på en bedre måte.

Videre er det viktig å utvikle en tjeneste som understøtter befolkningens behov for mestring ved alvorlig sykdom. I det siste ligger alt fra helsefremmende arbeid overfor barn- unge og familier, samt en tilgjengelig og effektiv oppfølging av mennesker med kroniske sykdommer og/eller står i fare for å utvikle en slik sykdom. Vi vet for eksempel at universelle tiltak på befolkningsnivå er mest treffsikre tiltak for å utjevne sosiale forskjeller i helse. Vi vet også at det i kommunene er en suboptimal arbeidsdeling knyttet til å utnytte den samlede kompetansen på en mest mulig effektiv og bærekraftig måte. Skal man realisere denne gevinsten for befolkningen må det andre virkemidler til enn justeringer i prioriteringsforskriften.

Arbeidsgruppen deler forslaget til nytt kriterie om prognosetap i 4

Arbeidsgruppen har, i tråd med sitt mandat, valgt å bruke mye plass på å beskrive og diskutere fire ulike tilnærminger til en slik spisset beskrivelse av alvorlighet. Vi benytter i tråd med Norheimutvalget begrepet «gode leveår» for å beskrive gevinst og tap av helse på en slik måte at det både tas hensyn til forlenget levetid og bedret livskvalitet ved helsehjelp. Alvorlighet kan dermed operasjonaliseres gjennom:

i) Prognose: Hvor mange gode leveår som gjenstår før død.

ii) Absolutt prognosetap: Hvor mange gode leveår som tapes som følge av for tidlig død og redusert livskvalitet i sykdomsperioden. Absolutt prognosetap vil være det samme som framtidig helsetap.

iii) Relativt prognosetap: Hvor mange gode leveår som tapes som følge av for tidlig død og redusert livskvalitet i sykdomsperioden, som en andel av det antall gode leveår som ville gjenstått uten sykdom.

iv) Helsetap over livsløpet: Summen av hvor mange gode leveår som tapes som følge av for tidlig død og redusert livskvalitet i sykdomsperioden og hvor mange gode leveår som er mistet tidligere i livet.

NSF har ikke noen direkte motforestillinger mot inndelingen. Det er positivt med en helhetlig livsløpstenkning. Vi mener likevel det er en fare for at en slik logikk kan medføre at makt flyttes fra pasientene til klinikerne. Det ligger et stort potensialet i at disse kriteriene brukes til å understøtte helse- og omsorgstjenestens behov, heller enn pasientenes. Hvem skal egentlig prioritere i pasientenes helsetjeneste? Hvem er det som får vurdere eller anta både prognoser og livskvalitet? Arbeidsgruppen skriver for eksempel at gjennomsnittlig alder for målgruppen når tiltak iverksettes vil ha betydning for prognosetapet, men det er likevel ingen fast sammenheng mellom prognosetap og alder. Denne logikken er veldig vanskelig å forstå, særlig for helsepersonell som prioriterer ressurser opp mot pasienters behov og funksjon hver dag. Slike aspekter og spørsmål bør drøftes mer i meldingen.



NSF støtter logikken som videreføres av Magnussengruppen. Rettferdig fordeling av gode leveår er en god overordnet rettesnor for hvordan vi ønsker at helse- og omsorgstjenesten skal drives og understøtte livene som leves i Norge. I tillegg så må virkemidler for rettferdig fordeling av knappe helsegoder sikre at helse- og omsorgstjenestene gir verdig livsavslutning. Prioritering handler mye om ressurser og etikk. Et eksempel som kunne bidratt til å belyse problematikken bedre er hva den medisinskteknologiske utviklingen gjør oss i stand til, når det gjelder å holde mennesker i livet med omfattende medisinske støttefunksjoner og profesjonell pleie. NSF savner en diskusjon rundt konsekvenser av hva omfattende intervensjoner i den høyspesialiserte tjenesten får for ressursbruk i kommunene. Et spørsmål som bør stilles er om det faktisk er samsvar mellom hva vi er villig til å prioritere på det ene nivået og oppfølgingen i det videre forløpet. Det er selvsagt en mye vanskeligere etisk diskusjon enn tilgang til nye kostbare legemidler. Dette dreier seg for eksempel om rehabilitering- og habiliteringskompetanse tilgjengelig i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

NSF mener diskusjonen rundt prioritering i Norge er svært mangelfull. Sykepleiere er den største innsatsfaktoren i helse- og omsorgstjenesten. Mye av gevinsten i å utvikle tjenestene dreier seg om hvordan sykepleiekompetansen kan utnyttes på en bedre måte. Derfor er det beklagelig at sykepleieperspektivet ikke ble ansett som viktig nok til at vi ble involvert i arbeidsgruppen. Vi støtter i stor grad den overordnede tenkningen i Norheimutvalget og i denne rapporten. Vi mener likevel det er en lang vei å gå dersom disse prosessene får noen reell verdi knyttet til de virkelige prioriteringene i helse- og omsorgstjenesten.

Sykepleierne anser prioritering i helse- og omsorgstjenestene for å være altfor viktig til å overlates til helseøkonomer, jurister og leger alene. Prioritering dreier seg om å bruke ressursene der de har mest effekt for å understøtte livene som leves og hindre frafall fra utdanning og arbeidsliv, samtidig som de mest sårbare får den hjelpen de trenger. Kostbare legemidler og høyintensiv sykehusbehandling er en sentral del av dette, men mye mindre totalt sett en det fremkommer i rapporten. For mange syke kreftpasienter kan god oppfølging og støtte være viktigere enn et veldig dyrt medikament med usikker effekt. Da blir valget av det siste ofte en konsekvens av at man ikke er i stand til å gjøre det første.

Vi ønsker å være en positiv alliansepart i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene og ber om å bli involvert i det videre arbeidet med meldingen om prioritering.

Med vennlig hilsen

Eli G. By
Forbundsleder

Kari E. Bugge
Fagsjef

Kopi: [Kopi her]

