



Den norske legeforening,
V/Sara Underland Mjelva,
P.b. 1152 Sentrum,
0107 Oslo

18.01.15

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

Det vises til Deres brev av den 19.11.2014 med høringsfrist den 20.01.2015 deres ref. 14/5301

Utredningen er grundig med mye bakgrunnskunnskap og begrunnelser for foreslåtte forandringer og tiltak. Den er imidlertid stor og kan på noen områder være litt vanskelig tilgjengelig. Misforståelser kan fort oppstå om en ikke leser hele utredningen grundig. Dette kom fram i diskusjonen rundt lanseringen av utredningen.

Bakgrunnen for utredningen og de foreslåtte forandringene er at det gamle regelverket nå er 20 år og modent for revidering. Dessuten mener en at praksis nå er at alvorlighetsgraden er det som blir mest avgjørende og at nytte og kostnadseffektivitet blir lite vektlagt.. Dette viser hvor vanskelig prioritering kan være. Det er alltid lettere på overordnet nivå, men i møte med enkeltpasient er det vanskelig, til tider nesten uutholdelig å skulle velge vekk en behandling til en pasient med en alvorlig sykdom. Vi vet at prioritering er nødvendig. Våre ressurser er ikke uendelige og vi ser at helseforskjellene øker blant befolkningen. Det er derfor viktig å ha et verktøy som kan være til hjelp i å forklare hvorfor en pasient ikke alltid kan få den behandling de ønsker.

Da det nåværende regelverk ble innført for 20 år siden, tok det lang tid før det ble skikkelig implementert ute i tjenestene. I følge utredningen er det fremdeles ikke tatt fullt i bruk. En må da spørre seg om det å lage et enda mer komplisert system hvor en snakker om prioriteringsmatematikk, vil hjelpe den enkelte kliniker i møtet med pasienten. Det må ikke bli slik at politikere og helsebyråkrater prioriterer og klinikerne må fortelle hvilken tabell pasienten kommer inn i. Den individuelle pasientvurderingen med alle fasetter blir da vanskelig. For å sikre at prioriteringsverktøyet skal bli nyttig og brukt også ute i tjenestene er det viktig med noen tilpasninger og gjennomtenkt implementering.

Utvalget setter opp fire prinsipper for prioritering.

1. Prioritering bør søke målet «flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt»

Det er vanskelig å være uenig i dette. Det store spørsmålet blir da hva som er rettferdig. Utredningen har en problematisering rundt dette. Det blir mange fine ord, men i vårt demokrati, må det til sist være våre valgte politikere som må legge loddene på vektskåla her.

Det blir umulig om hvert enkelt helsepersonell skal bruke sin oppfatning av rettferdig i prioriteringer.

2. Prioriteringer bør følge klare kriterier

- Helsegevinstkriteriet, her skal en ikke bare ta med gevinst for pasienten, men også eventuell gevinst for samfunnet og andre rundt pasienten. Dette er en bra tanke.
- Ressurskriteriet, prioritet øker med reduksjon i ressursforbruk
- Helsetapskriteriet, øker med forventet helsetap over livsløpet. Erstatte til dels alvorlighetskriteriet, men framkommer mye mer komplisert. En ser på antatte gode leveår og tapte gode leveår ut i fra diagnosen, da vil en komme i helsetapsklasse 1,2 eller 3. Dette er en komplisert gruppering som selvfølgelig vil forutsette at en kjenner diagnosen før en kan prioritere.

Etter at alle tre kriteriene er vurdert, skal en altså ut i fra tabeller og grenseverdier starte prioriteringsmatematikken. Helsegevinst over ressursbruk gir kostnadseffektbrøken, så skal denne sees mot helsetapsgruppe slik at gruppe 3 altså gir høyest prioriteringstall til slutt. Dette er komplisert og vil kreve mye opplæring ikke bare rent teknisk, men også arbeid med å skape forståelse for nødvendighet og nytte av et så komplisert system. Det vil nok hjelpe med en lovfesting slik at prioriteringsprosedyren blir en pasientrettighet som alle må forholde seg til. Dette har imidlertid slik som tidligere nevnt ikke hatt helt tilfredsstillende effekt i det gamle systemet.

3. Prioritering bør gjøres systematisk, åpent og med brukermedvirkning

Det understrekes viktigheten av åpenhet om begrunnelser og at en vurderer hvem som kan bli de tause taperne når noe prioriteres opp. En kan vanskelig si seg uenig i dette punktet.

4. Prioritering bør gjennomføres med et enhetlig sett med effektive virkemidler

Det foreslås omfattende tiltak for å få gjennomført prioriteringsreformen

- Endring i lover og forskrifter
- Prioriteringsmatematikk må være sentralt i lederutdanning og kurs
- Organer med særlig ansvar for prioritering, både nasjonalt og regionalt
- Innhenting og bruk av bakgrunnsinformasjon, nasjonal informasjonsstrategi, nasjonalt fagmiljø rundt prioritering, nasjonal helseundersøkelse
- Utdanning og opplæring, må inn i pensum i all helseutdannelse
- Retningslinjer og veiledere, må basere seg på de tre kriteriene, Helsedirektoratet skal vurdere behov, bør utformes både for kommune –og spesialisthelsetjenesten.
- Vurdere finansieringsordningene, påvirker ISF prioriteringspraksis, kostnader rundt en henvisning, differensiert egenandel

Det er stor forståelse for mange av disse forslagene som er helt nødvendige for å få implementert et så vidt komplisert system. Om dette blir gjennomført, vil det øke forståelsen rundt prioritering både blant befolkningen generelt og i helsevesenet. Det er imidlertid omfattende virkemidler som det vil ta tid å bygge opp og det vil være økonomiske utfordringer. Utvalget mener at tiltakene kan finansieres innenfor Helse- og omsorgsdepartementets budsjettamme. Erfaringsmessig blir konsekvensen av dette at rammene ute på helseforetakene

blir kuttet eller omfordelt. Dette er meget uheldig da dette alltid fører til forslag om økt effektivisering ved at helsepersonell skal jobbe raskere. En må innse at forandring koster og det bør derfor bevilges ekstra til dette.

Tidsaspektet er også av stor betydning. En omlegging på dette nivået hvor mange skal ha informasjon, vil ta tid å implementere. Det må gis rom for det og lages overgangsordninger som sikrer at foretakene ikke driver ulovlig.

Et samfunn som er i utvikling vil alltid måtte tåle forandringer. Det er imidlertid et spørsmål om hvor mye som skal forandres samtidig. Veldig viktig å sørge for gode og solide prosesser ved implementering slik at en unngår den utmattelse og likegyldighet en kan se når det er for mange forventninger på en gang.

Vi er stort sett vant til at prioriteringer er noe som skjer i spesialisthelsetjenesten og på overordnet nivå. Det er derfor positivt at en tenker seg samme prioriteringsverktøy brukt hos allmennleger ved vurdering av henvisning videre. Likedan er det positivt at det at det lages en prioriteringsveileder også for kommunehelsetjenesten. Det er da viktig at pleie og omsorg kan prioriteres ved hjelp av samme verktøy.

Forebyggende tiltak og folkehelse kan være vanskelig å prioritere av forskjellige årsaker. Utvalget tenker seg at slike tiltak også kan prioriteres ut i fra se tre kriteriene. Dette høres fornuftig ut og vil kunne være til stor nytte i planlegging av satsningsområder og da mye mer uavhengig av ildsjeler. Dette vil utvilsomt være nyttig i det samfunnsmedisinske arbeidet.

Vi ser fram til det videre arbeidet med denne utredningen, men det trengs som påpekt en del bearbeiding og justering før det endelige resultatet kommer.

Med vennlig hilsen

Kirsten Toft
Leder av LSA

Inger Williams
Styremedlem LSA