

HØRINGSNOTAT

NOU 2018: 16 "Det viktigste først", HOD 13.12.2018

Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og offentlig finansierte tannhelsetjenester.

Norsk forening for palliativ medisin (NFPM) vil med dette avgi høringsuttalelse i forhold til NOU 2018:16 og Blankholm-utvalgets arbeid. NFPMs medlemmer er legespesialister med spesiell interesse for palliasjon og med spesialisert kompetanse i faget. Vi jobber for en god utvikling av det palliative tilbudet pasienter tilbys både i kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Palliasjon krever særskilt god samhandling mellom behandlingsnivåene. Denne pasientgruppen har et spesielt stort behov for samordnet hjelp og oppfølging gjennom siste fase av livet og bør prioriteres høyt.

Vi er glade for at NOU2018:16 bygger på allmenne verdier som rettferdighet, frihet, respekt og verdighet (*kap 2, utvalgets mandat*). Vi er også fornøyde med at samhandling mellom nivåene er sterkt vektlagt. Vi støtter tidligere uttalelser fra Den norske legeforening om tilfredshet med at utvalget har valgt å samordne prioriteringskriteriene i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ved å fastholde de tre hovedkriteriene 1)nytte, 2)ressurs og 3)alvorlighet som grunnlag for beslutninger. Det er også et godt grep at graden av fysisk, psykisk og sosial mestring tas med både i kriterium 1 og 3.

Utvalget mener at tjenester i kommunene må være mer diagnoseuavhengige med bredere fokus på mestring over tid enn i spesialisthelsetjenesten (*Kap 10: Hva skiller prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fra spesialisthelsetjenesten?*). Det er vi enige i. Palliasjonsfaget er i stadig utvikling med sterkere vekt på uavhengighet av diagnose, slik at ikke bare kreftpasienter tilbys gode palliative tjenester, men også andre store pasientgrupper med KOLS / hjertesvikt, nevrologiske sykdommer og demens. Rettferdighet og verdighet tilsier at alle disse gruppene skal tilbys likeverdige tjenester. Situasjonen idag er ikke tilfredstillende på dette punktet, og vi anmoder om at dette vektlegges i det videre oppfølgingsarbeidet etter NOU 2018:16. Det er også viktig å ta i betraktning at palliasjonstilbudet ikke bare gjelder terminale forløp, men mestring av livsutfordringer forbundet med alvorlig livstruende sykdom, også i tidligere faser av sykdomsforløpet.

Vi vil rette fokus mot fastlegenes rolle i kommunehelsetjenesten. Fastlegenes rolle er nevnt i *Kap 8 Helsetilstand og bruk av tjenester og Kapittel 15 Praktisk anvendelse av utvalgets forslag til kriterier*. Vi savner imidlertid konkrete forslag med fokus på rollen som medisinsk faglig ansvarlig lege når en pasient ikke er innlagt i institusjon, og til hvordan fastlegetjenesten kan bli en bedre integrert del av kommunehelsetjenesten enn det som nå er tilfelle. Dårlig tilgjengelighet, manglende oppfølging av de som selv ikke tar kontakt med legen, forebyggingsutfordringer, egenandelshinder mm er nevnt, men forslag til konstruktive tiltak savnes i stor grad. Pasienter med sammensatte behov, og i særdeleshet de palliative, er helt avhengig av at samarbeidet mellom fastlege og og pleie- og omsorgstjenesten fungerer godt. Takstordningene for allmennpraksis problematiseres, og kan gjerne få en gjennomgang, men det finnes allerede gode takster for f.eks hjemmebesøk. Større problem er heller det generelle arbeidspresset i allmennpraksis, jmf "fastlegeopprøret". Legevaksordningen er heller ikke tilrettelagt for palliativ samhandling når tiltak kreves kveld/natt/helg, og medfører ofte

innleggelse i sykehus som er uønsket både for pasient, pårørende, hjemmetjeneste / fastlege og spesialisthelsetjeneste. Hvordan kan kommunene gis anledning til å prioritere og rekruttere fastleger i framtiden som kan fylle disse oppgavene?

Utvalget peker på kompetanseheving og beslutningsstøtte som viktige virkemidler framover. (*kap 18, virkemidler for prioritering*). Prioritering/ beslutningsteori- og praksis inn i grunn- og lederutdanning, utarbeidelse av nasjonale prioriteringsveiledere og opprettelse av nasjonalt kompetansemiljø for prioritering i kommuner / fylkeskommuner støttes.

Vi vil også her peke på behovet for kompetanse i grunnleggende palliasjon i kommunene. Spesialisthelsetjenesten har et ansvar for å bidra med undervisning osv, men det er avgjørende at kommunene selv fokuserer på videreutdanning og mulighet for refleksjon for helsepersonell. Vi støtter helhjertet ideen om kommunale etiske komiteer, men først og fremst må kommunene få handlingsrom til å frikjøpe ansatte for deltakelse på fagdager, veiledning, grupperefleksjon osv. Dette skjer nok ikke i alle kommuner før det blir en rettighet som følges av øremerket finansiering.

Brukermedvirkning er vektlagt som del av kunnskapsbasert praksis sammen med forskning og erfaring. (*kap 18, virkemidler for prioritering*). Her vil vi peke på arbeid som gjøres i palliative forskningsmiljø angående forhåndssamtaler ("Advance Care Planning"). Et eksempel er kommuner i Møre og Romsdal som for tiden gjennomfører et prosjekt med systematisk bruk av forhåndssamtaler i i hjemmet ved behov for palliativ oppfølging, et annet en kommende doktorgrad om forhåndssamtaler / Advance Care Planning i Bergen. Mobilt team ved sykehuset i Telemark har utarbeidet nyttige, praktiske råd om agenda og informasjon til bruk i forhåndssamtaler i hjemmet, og det foreligger også standarder for forhåndssamtaler i sykehjem på basis av flere prosjekter gjennom de siste årene.

Norsk Forening for Palliativ Medisin takker for muligheten til å avgi høringsuttalelse i denne svært viktige saken, og ønsker lykke til med det videre politiske og faglige arbeidet .

10.april 2019

Anne-Tove Brenne, leder NFPM

Målfrid H.Bjørgaas, styremedlem og
høringsansvarlig