



Helse- og omsorgsdepartementet - HOD
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Vår referanse: 19/00650-28
Arkivkode: G00
Saksbehandler: Åse Laila Snåre,
Deres referanse:
Dato: 28.05.2019

Hørings svar til NOU 2018:16 Det viktigste først

Vi viser til høringsbrev datert 21. februar 2019 med invitasjon til å gi en vurdering av forslagene i NOU 2018:16 Det viktigste først.

KS er fornøyd med at det kommunale selvstyret, som både er grunnlovsfestet og styrket i ny kommunelov, har vært en viktig premisse for arbeidet i utvalget. Rapporten gir en nyansert beskrivelse av utfordringsbildet i kommunale helse- og omsorgstjenester og prioriteringsdilemma i kommunen.

Det foretas prioriteringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i tannhelsetjenesten hver eneste dag, og på alle nivåer: faglig, administrativt og politisk nivå. Utvalget legger vekt på at de som foretar disse prioriteringene trenger tydelige kjøreregler for vanskelige valg. Uten tydelige prinsipper, vil fordelingen av helse- og omsorgstjenester bli mer tilfeldig og målet om likeverdig tilgang vil være vanskeligere å oppnå. Prinsippene må bygge på et verdigrunnlag som har bred legitimitet i befolkningen.

Hele helse- og omsorgstjenesten

Med forslagene i denne høringen av NOU 2018:16 Det viktigste først, legges det til grunn at spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten bygger på samme *verdigrunnlag*. Videre at prioritering i helse- og omsorgstjenesten baseres på samme *prinsipper*. KS mener at dette legger et godt grunnlag for en helhetlig prioritering for hele helse- og omsorgstjenesten og kan skape en forståelse i befolkningen om hvilke prioriteringer som er rimelige og rettferdige.

Nasjonal prioritering mellom helsetjenestenivå

Prioriteringer på nasjonalt nivå gir retning for helsepolitikken. God politisk ledelse og prioritering synliggjør utfordringer, forventinger og krav, og tilrettelegger og sikrer rimelige og gode rammer. Nasjonale føringer legger til grunn at kommunene tar et større ansvar i utviklingen av pasientens/brukerens helsetjeneste¹. Dette innebærer at kommunene må håndtere mer akutte og komplekse sykdomstilstander enn før, både som følge av den medisinske utviklingen og oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Nye plikter, større ansvar og flere oppgaver til kommunene må følges av ressurser, myndighet og tillit.

En helhetlig prioritering handler også om prioriteringer mellom helsetjenestenivå. Felles verdigrunnlag, prinsipper og prioriteringskriterier for hele helse- og omsorgstjenesten må også gjelde den nasjonale prioriteringen. Omfordelingen av godene i helsetjenesten blir solgt inn slik at noen bør får det bedre uten

¹ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator og Meld.st 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

at andre får det verre. De fleste stemmer i denne debatten gir uttrykk for at det ikke er mulig å omfordele godene i helsetjenesten uten at noen får redusert sin velferd. For å synliggjøre dette vises det til noen eksempler:

- Det er bred faglig enighet om at rehabilitering i størst mulig grad skal være et ansvar som kommunal helse- og omsorgstjeneste kan ivareta – der innbyggerne bor. Det er dokumentert at behandling og rehabilitering i hjemmet gir like gode eller bedre resultater, med noen få unntak. Når brukerne blir spurt «Hva er viktig for deg?», svarer de fleste at de vil klare seg best mulig selv, de vil bo hjemme lengst mulig. Nå pågår det «en stille reform» der oppgaver flyttes fra spesialisthelsetjenesten uten nødvendig samordning og styrking av kompetanse og ressurser i kommunehelsetjenesten.
- I Norge dør mange flere i institusjoner enn i andre land det er naturlig å sammenligne med. Politisk er det tatt gode initiativer til nasjonale utredninger, strategier og planarbeid² for å styrke mulighetene til å dø hjemme. Det fremgår tydelig i disse at det er nødvendig å bygge kompetanse og tilføre ressurser i kommunene for å imøtekomme innbyggernes ønske om et likeverdig tilbud i hele landet.
- Politisk er det enkelt å kommunisere at mennesker med psykiske lidelser bør prioriteres, fordi de bærer en stor sykdomsbyrde og mister mange gode leveår tidlig i livet. Det er ikke like enkelt å peke på hvem som skal få mindre. Det er en årrekke gitt nasjonale føringer på at psykisk helse skal prioriteres fremfor somatisk helsetjeneste. Det har vist seg vanskelig å få til.

Om prioriteringskriteriene i helse- og omsorgssektoren slik utvalget legger det frem, er egnet virkemiddel for å sikre likeverdige kommunal helse- og omsorgstjenester

KS vil peke på at det har vært en lang reise å komme frem til hovedkriteriene for spesialisthelsetjenesten, med flere utredninger helt tilbake til 1987. NOU 2018:16 er den første rapporten som behandler prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester.

NOU 2018:16 Det viktigste først kan være en god begynnelse til fortsettelsen. Det må arbeides videre med å analysere de særlige utfordringer som kommunale helse- og omsorgstjenester står overfor, og bruken av prioriteringskriteriene må operasjonaliseres med utarbeidelse av virkemidler som understøtter prioriteringene.

Utvalget mener at hovedkriteriene som i dag ligger til grunn i spesialisthelsetjenesten: nytte, ressurs og alvorlighet, også er relevante og egnet for prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for prioriteringer i den offentlig finansierte tannhelsetjenesten. Kriteriene bygger på en lang tradisjon, og dette er viktig også med tanke på sammenheng og helhet i helsetjenestene.

KS støtter at hovedkriteriene i kommunal helse- og omsorgstjeneste kan baseres på samme prinsipper som for spesialisthelsetjenesten. Dette forutsetter at kriteriene er tilpasset det kommunale samfunnsoppdraget og de tjenestene som skal ytes til befolkningen gjennom et livsløp. Det vil være en fordel at kriterier for prioritering i så stor grad som mulig, kan utformes slik at de kan omfatte alle helsetjenesten som ytes til befolkningen- både på kommunalt nivå og på spesialisthelsetjenesten. Dette kan bidra til bedre prioriteringsdiskusjoner på tvers av forvaltningsnivå og det kan bedre beslutningsgrunnlaget for helhetlig prioritering av helseressurser – noe som vil bli en stadig større utfordring fremover. Det er imidlertid en forutsetning at prioriteringskriteriene er godt tilpasset det kommunale samfunnsoppdraget som ligger til grunn for helse- og omsorgstjenestene.

² Nasjonal kreftsstrategi, Nasjonal handlingsplan for kreft, NOU Lindrende behandling

KS mener at det er nødvendig få en samfunnsdebatt om prioritering i kommunale helse- og omsorgstjenester på tilsvarende måte som det har vært for spesialisthelsetjenesten. Velferdsutfordringene i årene som kommer vil kreve gode prioriteringer, og en samfunnsdebatt på overordnet nivå må følges av en operasjonalisering av hovedkriterier.

KS støtter utvalgets beskrivelse av utfordringsbildet. Spesialisthelsetjenestens primære utfordring er å prioritere innen helsetjenesten, mens kommunene både må prioritere mellom tjenesteområder og innen de enkelte områdene. Utvalget har lagt vekt på at det er viktige forskjeller mellom spesialist- og kommunehelsetjenestene når de har gjort vurderingene, og har derfor foreslått å presisere og supplere beskrivelsen av nytte- og alvorlighetskriteriene slik at de også fanger opp fysisk, psykisk og sosial mestring. KS mener det er avgjørende å konkretisere hvordan hovedkriteriene nytte, ressurs og alvorlighet kan operasjonaliseres og legges til grunn i prioriteringsarbeidet. Det er også vesentlig at kommunene kan følge med på om bruken av kriteriene har en nytteverdi over tid.

Livskvalitet, verdighet og mestring vil stå helt sentralt i kommunale helse- og omsorgstjenester. Pasienten skal settes i stand til å mestre sin egen tilstand og leve et så godt liv som mulig med sykdom og funksjonstap.

Kommunal helse- og omsorgstjeneste må primært ha generalist kompetanse, mens spesialisthelsetjenesten gjerne har fokus på én innleggende årsak om gangen. Av innbyggerne på fastlegens liste har over 20 % to eller flere kroniske lidelser (multisykdom) og beslaglegger over 50 % av konsultasjonene³.

I pleie- og omsorgstjenesten har over 90 % multisykdom, gjennomsnittlig 4–5 lidelser selv om man begrenser antallet til ett per hovedorgan⁴. Multisykdom er normen langt mer enn enkeltdiagnose.

Studier av eldre innbyggere med multiple kroniske sykdommer forteller at majoriteten i hovedsak prioriterer opprettholdelse av fysisk og kognitiv funksjonsevne samt lindring av symptomer (Fried, Tinetti & Iannone, 2011; Hall, Webb & Tamayo-Friedel, 2014). Innbyggere i Norge har et reelt ønske om å få et større medbestemmelse i valg av tiltak (Carlsen & Aakvik, 2006), noe som er i samsvar med mandatet gitt Blankholmutvalget å undersøke. *Samvalg* er betegnelsen på et verktøy for en profesjonell dialog med pasienter som ivaretar likeverd og autonomi (Charles, Gafni & Whelan, 1999; Helsedirektoratet, 2017). Kontrollerte studier viser at pasienter i de fleste situasjoner er mer konservative i valg av behandling enn helsepersonell, og at samvalg bidrar til økt pasienttilfredshet og bedre resultater samt er kostnadseffektivt (Stacey, Samant & Bennett, 2008). (Litteratursammenstilling ved Anders Grimsmo)

Om de foreslåtte kriteriene og prinsippene for prioritering er egnet for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for den offentlig finansierte tannhelsetjenesten på hhv faglig, administrativt og politisk nivå

Lokale politikere må prioritere innenfor en ramme som ikke bare handler om helse og omsorg men også andre sektorer som har betydning for innbyggerne.

³ Harrison, C., Henderson, J., Miller, G. & Britt, H. (2017). The prevalence of diagnosed chronic conditions and multimorbidity in Australia: A method for estimating population prevalence from general practice patient encounter data.

⁴ Grimsmo, A., Løhre, A., Røsstad, T., Gjerde, I., Heiberg, I. & Steinsbekk, A. (2018). Disease-specific clinical pathways – are they feasible in primary care?

KS mener at det komplekse kommunale samfunnsoppdraget er godt beskrevet i rapporten, men ikke tilstrekkelig drøftet og bearbeidet med tanke på å gjøre prioriteringskriteriene anvendelige også på politisk og administrativt nivå. Kriteriene som foreslås er ikke tilrettelagt for prioriteringer mellom samfunnssektorer med tanke på å løse komplekse lokale utfordringsbilder.

KS savner mer inngående drøftinger av hvordan kriteriene vil slå ut for helsefremmende og forebyggende arbeid. Folkehelsearbeid og befolkningsrettet primærforebygging er i liten grad nevnt. I den grad helsefremming omtales, gjelder dette voksne. Det langsiktige arbeidet rettet mot barn og unge er i liten grad omhandlet. De sentrale kommunale innsatsene innenfor rehabilitering og habilitering er lite drøftet og dette er områder som kriteriene vanskelig kan ivareta, slik de er utformet.

Alvorlighet i kommunene handler i stor grad om konsekvenser når tiltak ikke blir iverksatt. Dette er like relevant i hele helsetjenestetilbudet; forebygging, behandling og omsorg. Samtidig har noen mennesker store funksjonsnedsettelse, og er helt avhengig av kostbare tilbud for å kunne leve. På dette området har kommunene en forpliktelse som verken kan eller bør underlegges kriterier for prioritering.

Hver eneste dag møter leger pasienter i en lang rekke av prioriteringsbeslutninger basert på samtidighetskonflikter, et komplekst lov og forskriftsverk, retningslinjer og veiledere, og egen medisinsk faglig kompetanse og skjønn.

Data fra Legeforskningsinstituttet viser at både sykehusleger og fastleger vurderer styringsvirkemidlenes verdi med utgangspunkt i deres evne til å understøtte kvalitet og likebehandling. Legene tilpasser seg ved fortolkning av veiledere og retningslinjer for å kunne gi den enkelte pasient omsorgsfull helsehjelp. Et høyt antall leger angir at de har lite kunnskap om prioriteringsforskriften. Helsedirektoratet fant nylig at «det er lite kjennskap til prioriteringsmeldingen og de offisielle prioriteringskriteriene på klinisk nivå».

Prioritering handler ikke bare om prioritering på politisk og administrativt nivå. Prioritering er en del av hverdagen på faglig nivå. KS mener det er nødvendig å involvere medarbeiderne i opplæring, dialog og refleksjon i prioriteringsdiskusjoner.

Det er en særlig utfordring at spesialisthelsetjenesten tar beslutninger i behandling av pasienter som kan ha store konsekvenser for oppfølgingen i kommunehelsetjenesten både når det gjelder kompetanse, ressurser og finansiering.

Om virkemidlene som foreslås i innstillingen er egnet til å støtte opp om prioriteringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Juridiske virkemidler

Kommunenes selvstendige posisjon og nødvendige handlingsrom må legges til grunn slik at prioritering av oppgaver i og ut over helse- og omsorgstjenesten kan ivaretas. KS støtter at det foretas en gjennomgang av eksisterende regelverk for å sikre at det støtter opp om prioritering i samsvar med prioriteringsprinsippene. I det videre arbeid og prosess må det vektlegges å klargjøre grenser mellom å utøve lokalt skjønn ved prioriteringer og nasjonalt fastsatte prinsipp og regelverk.

Det er vanskelig å se at prioriteringskriterier nedfelt i lovverk, faglige retningslinjer og normer ikke vil påvirke det kommunale selvstyret og kommunenes mulighet til å organisere og dimensjonere tjenestene ut fra lokalt utfordringsbilde og behov.

Dette krever grundig gjennomgang av eksisterende lovverk og nøye vurderinger av hvordan en lovfestet plikt til å innrette tjenestetilbudet i tråd med foreslåtte prioriteringskriterier vil slå ut.

KS støtter at det med utgangspunkt i prinsippene for prioriteringene bør foretas en gjennomgang av de tannsykdommene eller tilstandene som i dag gir rett til stønad fra folketrygden og en gjennomgang av de gruppene som i dag har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven.

Økonomiske virkemidler

Utvalget foreslår at det også bør foretas en gjennomgang av finansieringsordningene slik at de støtter opp om prioritering i henhold til prinsippene. KS vil understreke at finansieringsmodeller som innrettes som prioriteringsinsentiver i helse- og omsorgstjenesten vil være i konflikt med lokaldemokratiske prinsipper og rammestyring. Dette er utfordrende og vanskelige temaer som ikke er behandlet godt nok i rapporten.

Det er multisykdom som er kostnadsdrivende, ikke alderen. De høyeste kostnadene er knyttet til personer med det høyeste antallet kroniske sykdommer, langt mer enn noen spesifikk lidelse (Kasteridis et al., 2015). Dette gjelder både for spesialisthelsetjenester (innleggelses og reinnleggelses) og for primærhelsetjenester (pleie- og omsorgsomfang). Antall kroniske sykdommer er derfor et felles grunnlag for prioritering i store deler av helsetjenesten. Antall kroniske lidelser predikerer også leveutsiktene.

Pedagogiske virkemidler

De pedagogiske virkemidlene er ikke rettslig bindende for kommunesektoren, men vil påvirke de valg som kommunen gjør. De vil også kunne få betydning for tolkning av regelverk.

Riktige prioriteringer krever god beslutningsstøtte. Prioriteringskriteriene må legges til grunn når nasjonale faglige retningslinjer og veiledere utarbeides og revideres. Disse må ta utgangspunkt i befolkningsgrunnlaget og inkludere personer med multisykdom.

Faglige retningslinjer blir drøftet som det viktigste utgangspunktet for prioritering i spesialisthelsetjenesten i Meld. St. 34 (2015–2016) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Personer med multisykdom er imidlertid blitt systematisk utelukket fra forskningen som er underlaget for faglige retningslinjer. Retningslinjene handler om enkeltdiagnoser og behandling som er blitt utprøvd på personer bare med den aktuelle diagnosen som ikke får samtidig behandling for andre lidelser. Dette er selekterte utvalg som på ingen måte representerer majoriteten av innbyggere med kroniske sykdommer (Wallace et al., 2015).

Kunnskap, kompetansemiljø og ledelse

KS understreker at et godt kunnskapsgrunnlag er nødvendig for riktig prioritering, og støtter utvalgets vurdering av at det er viktig å styrke forskningen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i tannhelsetjenesten. Effekten av tiltak i helse- og omsorgstjenesten må dokumenteres gjennom forskning og kunnskapsbasert praksis.

Multisykdom øker med alderen, og nå forventes en kraftig stigning i antall eldre. Alt tyder på at det blir kommunehelsetjenesten som må ta dette løftet. Et første og forberedende skritt i prioriteringsdiskusjonen er derfor å foreta en vesentlig omprioritering av klinisk forskning og fagutvikling slik at den blir mer relevant for innbyggere med multisykdom og for primærhelsetjenesten.

Når noe prioriteres opp, må noe annet prioriteres ned. Norge har lite systematisk kunnskap om hvilke tilbud og hvilke pasientgrupper som nedprioriteres. Prioriteringsmeldingen fra 2014 kalte dem de usynlige taperne. Prioriteringsdilemmaer og utfordringer i kommunale helse- og omsorgstjenester bør synliggjøres og drøftes ytterligere.

Oppsummering av studier går i retning av at det er best effekt for personer med multisykdom når tiltakene er rettet mot funksjonsforbedring (muskelstyrke- og ferdighetstrening) og redusering av risiko

(avmedisinering, sikre kontinuitet og forhindre tap av kontakt med helsetjenesten, tidlig innsats ved depresjon, forbygge underernæring, fall, brann, tap av sosialt nettverk m.m.) (Smith, Wallace, O'Dowd & Fortin, 2016). Det finnes støtte for dette også i gode norske undersøkelser der overføring av oppgaver til primærhelsetjenesten under gitte betingelser og med kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten har bedret funksjonsevne betydelig (nyttekriteriet), overlevelse (alvorlighetskriteriet) og redusert innleggelse og pleie- og omsorgstjenester (ressurskriteriet) (Fjaertoft, Indredavik & Lydersen, 2003; Garåsen, Windspoll & Johnsen, 2008). (Litteratursammenstilling ved Anders Grimsmo)

Utvalget foreslår at det etableres et nasjonalt kompetansemiljø som kommunene kan støtte seg til i praktisk prioriteringsarbeid og at det iverksettes forsøk i enkeltkommuner som kan gi praktiske erfaringer både med hensyn på metodikk og med systematisk prioriteringstenkning på administrativt og politisk nivå.

Det er viktig at helsepersonell har kjennskap til metoder og verktøy for etisk refleksjon over verdispørsmål og prioriteringsdilemmaer i praksis. Etikk, etisk refleksjon og verdibevissthet er kritisk viktig for sentrale områder innenfor kvalitet på tjenestene⁵. Systematisk etisk refleksjon er en arena for praksisnær læring og erfaringsdeling som mange kommunene allerede har kjennskap til og gode erfaring med. Klinisk etikk-komite og etisk rådgivning vil kunne være verdifull driver og kompetansestøtte for dette primære arbeidet.

Det er viktig å se forskning, utvikling av kunnskapsgrunnlag og prioriteringer i sammenheng. KS vil vise til rapporten fra Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) hvor det anbefales en struktur for et kunnskapsløft som setter kommunene i førersetet for en kunnskapsbasert utvikling av helse- og omsorgstjenestene. KSF foreslår at denne strukturen på sikt også kan gis utvidet mandat, blant annet for støtte til overordnede prioriteringsvurderinger.

Kommunene mangler i mange sammenhenger et tilfredsstillende kunnskapsgrunnlag. Kommunenes strategiske forskningsorgan, KSF, har tidligere vist at kun 10 prosent av dagens helseforskning tar for seg de kommunale helsetjenestene, til tross for at de utgjør 50 prosent av helsebudsjettet. KS mener at er viktig å igangsette et systematisk kunnskapsløft i kommunenes helse- og omsorgstjenester, med utgangspunkt i anbefalingene fra KSF.

Data til beslutnings- og prioriteringsstøtte

Sann tids informasjon er helt sentralt for å sikre overgangene mellom behandlingsnivåer og tjenester, og gode beslutningsgrunnlag for prioriteringer. KS vil understreke viktigheten av det pågående arbeidet med felles løsninger for elektronisk pasientjournal EIEJ.

KS støtter behovet for bedre tilgang av styringsdata blant annet gjennom Kommunalt pasientregister (KPR). Dette vil også bidra til å understøtte gode prioriteringer.

Lasse Hansen

Helge Eide

⁵ (Etisk refleksjon og verdibevissthet. Betydningen for kvalitet, trivsel og samhandling Kirkhaug, 2018)