

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Vår ref.:  
201411896-3  
(Bes oppgitt ved henvendelse)

Deres ref.:  
14/3410

Dato:  
Kristiansand, 05.02.2015

### Høring til NOU 2014:12 Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten

Det vises til departementets høringsbrev datert 13.11.2014 vedrørende prioritetsutvalgets rapport. Høringsfristen er satt til 20.02.2015. Nødvendig politisk behandling medfører at Kristiansand kommunes høringsuttalelse gis med forbehold om endelig politisk godkjenning. Den vil bli ferdig behandlet i Formannskapet 04.03.2015, og protokoll oversendes departementet så snart den foreligger.

Innledningsvis understrekes det at Kristiansand kommune (KK) støtter vurderingen av nødvendigheten av utvalgets mandat og arbeid. Eksisterende prioriteringsstøtteelementer fremstår som umoderne, og ikke i tråd med de rask skiftende, og stigende utfordringer man ser knyttet til dette. Fremskrevne prognoser for økende sprik mellom forventede behov og ressurstilgang i vid betydning understreker alvoret i denne. Vi finner det derimot uheldig at kommuner og kommunehelsetjenesten ikke har deltatt i utredningsarbeidet. Slik forankring er ikke å forefinne verken i mandat, utvalgssammensetning eller i prosessen. Dette er trolig en av årsakene til at rapporten på flere områder fremstår som ufullstendig og med et svært tydelig fokus rettet mot spesialiserte helsetjenester, og til og med som «svaret på» mediaeksponerte enkeltsaker uten betydning for det store helsebilde.

Prioriteringsutfordringene i kommunene er kun i begrenset grad drøftet. Her er det særlig påfallende at dette fokuset er med på å forsterke fokuset på spesialiserte, og ofte marginale, behandlingsforløp, med den konsekvens at både oppmerksomheten og ressursene kanaliseres bort fra forebygging og helsefremmende aktiviteter.

Prioriteringsutvalget fastslår at helsetjenestens behandlingstilbud er viktig, men at en rekke andre forhold knyttet til for eksempel oppvekst, arbeidsliv, lokalmiljø etc. også er viktige med tanke på å oppnå flest mulig gode leveår, rettferdig fordelt (NOU 2014:12). Etter utvalgets vurdering vil det være et viktig framskritt for folkehelsen å ha et sektorovergripende perspektiv på helsekonsekvenser av tiltak og reguleringer i andre sektorer. Utvalget mener derfor at kriteriene for prioritering vil kunne gi et godt grunnlag for beslutninger om ressursbruk og reguleringer innenfor andre sektorer som påvirker folkehelsen. Utvalget mener også at kriteriene og vurderingene kan gi et viktig grunnlag for avveining av ressursbruk mellom sektorer. Kommunene er i motsetning til spesialisthelsetjenesten en samfunnsaktør med tverrsektorielt ansvar. Prioritering blir tilsvarende viktig og utfordrende.

**Postadresse**  
Kristiansand kommune  
  
Helse- og sosialdirektøren  
Postboks 417 Lund  
4604 KRISTIANSAND S

**Besøksadresse**  
Kirkegata 11 B  
Kristiansand  
**Vår saksbehandler**  
Tor Ø. Kydland  
**Telefon**

**E-postadresse**

**Webadresse**  
<http://www.kristiansand.kommune.no>  
**Foretaksregisteret**  
NO963296746

Prioriteringsutvalget mener at forebyggende tiltak bør få økt oppmerksomhet. På oppdrag fra utvalget har Folkehelseinstituttet pekt på fysisk aktivitet, forebygging av fall og brudd hos eldre og forebygging av depresjon hos ungdom som viktige tiltak som har godt dokumentert effekt men i liten grad er satt i verk. Felles for disse og andre forebyggende tiltak kan iverksettes i kommunene uten bruk av store ressurser. Disse innsatsområdene er eksempler på områder med store konsekvenser for helse i befolkningen, der virkemidlene i stor grad ligger utenfor helsetjenesten. Med endret demografi de neste tiårene vil helsetjenester kreve en større andel av samfunnets totale ressurser. Det vil derfor være viktig at arbeid med prioritering innad i helsetjenesten til enhver tid vektet hensyn til konsekvenser av at andre samfunnssektorer får mindre andel av de samlede ressursene. Det har vært en ambisjon for prioriteringsutvalget at kriteriene skal kunne være gjennomgående og gi veiledning for beslutningstakere på alle nivåer i helsetjenesten. Kriteriene skal være veiledende for prioriteringsbeslutninger som treffes politisk, i den sentrale helseforvaltningen, på ulike ledelsesnivåer i helsetjenesten og ved beslutninger som fattes i møtet mellom pasient og behandler. Vi mener at prioriteringsutvalgets forslag er best egnet som rammeverk for prioritering innad i spesialisthelsetjenesten, og særskilt for klinisk personell. Slik vi ser det bør man tydelig skille mellom prioriteringsverktøy på strategisk og operativt nivå.

Utvalget har drøftet avgrensningen mellom helse- og omsorgssektoren, og i hovedsak konsentrert seg om helsetjenesten. I noen tilfeller er også omsorgssektoren omtalt, et eksempel er temaet omsorg ved livets slutt. Et annet spørsmål er omsorg for mennesker som ikke klarer å ta vare på seg selv. Prioriteringskriteriene angir at forslagene kan gi veiledning til prioritering av omsorgstjenester også, men bør da antagelig konkretiseres på andre måter enn det som er drøftet i utredningen. Utvalget har lagt til grunn at disse spørsmålene ligger utenfor mandatet, men peker på at prioritering i omsorgssektoren bør være tema for framtidig utredning. Slik vi ser det burde omsorgssektoren vært omfattet av utvalgets mandat for å sikre en helhetlig prioriteringspraksis på helsefeltet, som henger sammen mellom tjenestenivåene. Det ville gjøre det lettere å implementere og bruke prioriteringsverktøy i arbeidet med helhetlige pasientforløp. Et annet viktig element vil være fastlegenes prioriteringsarbeid, som i større grad må samordnes med de øvrige aktørene. Å definere «omsorg» utenfor helsetjenesten fremstår som umoderne og lite fremtidsrettet. Slik vi ser det er omsorgstjenestene er viktig og integrert del av helsetjenestetilbudet.

Av de utfordringene utvalget presenterer vil særlig økende gap mellom ressurser og behov bli følbart i kommunehelsetjenesten. Både helsepersonell, kommuneadministrasjon og politikere vil bli tvunget til å ta langt flere og vanskelige valg i fordeling av begrensede ressurser. Mye vil dreie seg om ressurser til omsorgssektor, som bare i begrenset grad er omtalt i utvalgets arbeid.

Prioriteringsutvalget foreslår å etablere et nasjonalt fagmiljø med ansvar for informasjon på prioriteringsområdet. Primæroppgavene er tenkt å være rutinemessig innsamling prioriteringsrelevante data, analysere dem og gjøre dem tilgjengelige for beslutningstakere i helsetjenesten, pasienter og befolkningen generelt. Data som gjenspeiler prioriteringer i kommunehelsetjenesten vil naturlig inngå i et slikt arbeid, men dette vil forutsette en helt annen grad av mulighet for rapportering og kartlegging enn dagens praksis. Vi kan ikke se at utredningen gir grunnlag for å etablere et slikt nasjonalt fagmiljø.

Helsedirektoratet har i samarbeid med de regionale helseforetakene utarbeidet prioriteringsveiledere for spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende veiledere er anbefalt utviklet for kommunehelsetjenesten, for aktører som fastleger, helsesøstre og fysioterapeuter. Det er viktig at antallet retningslinjer og veiledere holdes på et håndterbart nivå. Det formelle ansvaret for utvikling av retningslinjer ligger hos Helsedirektoratet, men utvalget understreker at implementering og monitorering også er et generelt ledelsesansvar både i helseforetak og kommunehelsetjenesten.

Prioriteringsutvalget foreslår å endre egenbetaling for å begrense bruk av lavt prioriterte tjenester. For tiltak som gir store forventede helsegevinster i forhold til ressursbruken, og

som er rettet mot tilstander med store helsetap, vil det være grunnlag for å redusere eller fjerne all egenbetaling. For tiltak som gir små eller usikre helsegevinster i forhold til ressursbruken, og som er rettet mot tilstander med små helsetap, vil det være grunnlag for å innføre gradert eller full egenbetaling. Uten samtidig regulering som begrenser omfanget av helprivate helsetjenester, vil de foreslåtte endringene kunne øke forskjellene i befolkningen i tilgang til og forbruk av helsetjenester.

Kort oppsummert mener Kristiansand kommune at prioriteringsutvalgets konklusjoner burde omfattet hele helsekjeden. Med dette menes at «prioriteringssystemet» på en tydeligere måte burde omfatte alle forebyggende aktiviteter, samt kommunale prioriteringer på omsorgsfeltet. Rapporten tar ikke opp i seg at kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er forskjellige, og at der hvor nasjonale mål er felles, er ikke de mer konkrete målsettingene det. Grunnlaget for å foreta prioriteringer er altså ulikt. Dette drøftes ikke. Helhetlig tenkning rundt dette er etter Kristiansand kommunes mening den eneste måten man vil kunne sikre konsistente og sammenhengende linjer av prioritering i et livsløpsperspektiv. Ved sterkere forankring av utvalgsarbeidet i kommunene og i kommunehelsetjenesten ville det helhetlige kunnskapsnivået i utvalgsarbeidet vært betydelig bedre og bredere. Dette ville trolig utløst en rapport man kunne legge til grunn for hele helsekjeden, fremfor bare en mindre del av spesialiserte helsetjenester.

Med hilsen



Wenche P. Dehli  
Helse- og sosialdirektør



Tor Kydland  
Juridisk rådgiver

Mottaker	Kontaktperson	Adresse	Post
Helse- og omsorgsdepartementet		Postboks 8011 Dep	0030 OSLO



Dato 5. februar 2015  
Saksnr .: 201411896-2  
Saksbehandler Tor Ø. Kydland

**Saksgang**

Helse- og sosialstyret  
Formannskapet

**Møtedato**

18.02.2015

04.03.2015

**NOU 2014:12 Åpent og Rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten**

**Sammendrag**

Kristiansand kommune mener at prioriteringsutvalgets arbeid og anbefalinger burde omfattet hele helsekjeden. Med dette menes at «prioriteringssystemet» på en tydeligere måte burde omfatte alle forebyggende aktiviteter, samt kommunale prioriteringer på helsefeltet – inklusive omsorgstjenestene. Det burde også vært tydelige rammer for prioriteringer på strategisk nivå. Rapporten adresserer i hovedsak kliniske prioriteringskriterier.

Rapporten tar i manglende grad hensyn til at kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er forskjellige. Grunnlaget for å foreta prioriteringer er ulikt. Dette drøftes ikke i rapporten. Helhetlig tenkning rundt dette er etter Kristiansand kommunes mening den eneste måten man vil kunne sikre konsistente og sammenhengende linjer av prioritering. Det gjelder både i et livsløps- og befolkningsperspektiv. Ved sterkere forankring av utvalgsarbeidet i kommunene og i kommunehelsetjenesten, ville kunnskapsgrunnlaget for rapporten vært mer fullstendig. En rapport om kriterier for prioriteringer i helsetjenesten burde kunne legges til grunn for hele helsekjeden, og ikke bare for en del av de spesialiserte helsetjenestene.

**Forslag til vedtak**

Formannskapet støtter Kristiansand kommunes høringsuttalelse til NOU 2014:2

Tor Sommerseth  
Rådmann

Wenche P. Dehli  
Helse- og sosialdirektør

**Vedlegg:**

NOU 2014:12  
Helse- og omsorgsdepartementets høringsbrev av 13.11.2014  
Kristiansand kommunes høringsuttalelse av 05.02.2015

## Bakgrunn for saken

I juni 2013 ble det oppnevnt et offentlig utvalg for prioriteringer i helsesektoren. Deres mandat var å utrede og vurdere prinsipper, kriterier og virkemidler for prioritering, samt vurdere prosess for brukermedvirkning, åpenhet, oppslutning og implementering. Utvalgets rapport forelå i november 2014. Rapporten er nå sendt ut på høring med høringsfrist 20.02.2015.

Kristiansand kommune har utarbeidet et hørings svar til NOU 2014:2.

I korte trekk fremheves følgende fra utvalgsrapporten:

Hver eneste dag tas det tusenvis av prioriteringsbeslutninger i norsk helsetjeneste. Prioritering har store konsekvenser og angår mange ulike interesser. Prioritering handler om liv og død, sykdom og lindring, enkeltmenneskers historier og befolkningens helse. Prioritering handler også om kompliserte, medisinske beslutninger, faglig prestisje, sterke økonomiske interesser og politisk styring. Prioriteringer engasjerer og utløser debatt.

Med så mye på spill er riktig prioritering helt avgjørende. Vi prioriterer aktivt fordi vi ønsker en god og rettferdig fordeling av helse og helsetjenester. For å oppnå dette er åpen og rettferdig prioritering grunnleggende. Idealet om åpenhet tilsier at prioritering bør skje i åpne prosesser hvor all, kjent kunnskap blir vurdert, alle argumenter blir lagt fram, alle parter blir hørt, brukerne har innflytelse og relevante hensyn blir veid mot hverandre.

Idealet om rettferdighet tilsier at prioritering må bygge på likebehandling og vektlegge dem vi kan hjelpe mest og som er dårligst stilt. God prioritering krever også forutsigbarhet. Vanskelige valg bør følge prinsipper, kriterier og prosedyrer vi på forhånd har kommet frem til i felleskap. Disse er mer enn veiledende.

Vi prioriterer fordi vi ønsker en bedre helsetjeneste og en rettferdig fordeling av helse og helsetjenester. Prioriteringsarbeidet i Norge står i dag foran fem utfordringer:

1. et gap mellom ressurser og behov
2. et gap mellom mål og resultater
3. underliggende drivere som motvirker god prioritering
4. mangler i dagens rammeverk for prioritering
5. uavklarte spørsmål om riktig prioritering

En uttalt målsetning for den norske helsetjenesten er god befolkningshelse. Et samlemål for befolkningens helse er forventet levealder ved fødsel. Norge faller på rangeringer av verdens land etter høyest forventet levealder.

Samtidig bruker Norge betydelig ressurser på helsetjenesten. Norge har for eksempel den nest største legetettheten og den femte største sykepleiertettheten per innbygger i OECD-sammenlikninger av land. Selv om det ikke er noe åpenbart svar, gir en slik sammenstilling av mål, resultater og ressursbruk grunn til å spørre om Norge får nok ut av sine helseressurser.

Kriteriene som det i dag prioriteres etter, ble utformet for snart 20 år siden og er modne for revisjon. I løpet av disse årene har kriteriene vært forsøkt anvendt på flere områder. Mest systematisk er de brukt ved vurdering av om nye legemidler skal tas opp i blåreseptordningen og ved sykehusenes vurdering av om en pasient har rett til nødvendig helsehjelp eller ikke. Det underliggende hensyn bak alvorlighetskriteriet, at rettferdighet tilsier høyere vektlegging av helsegevinster som tilfaller de dårligst stilt, har derfor i for liten grad blitt vektlagt. Ved sykehusenes vurdering av om en pasient har rett til nødvendig helsehjelp eller ikke, har alvorlighetsgrad ofte blitt forstått som hastegrad, og kunnskapsgrunnlaget for vurderinger av nytte og kostnadseffektivitet har vært mangelfullt.

Det finnes mange uavklarte spørsmål om hvordan man bør prioritere, og disse utgjør en utfordring for prioriteringsarbeidet. Dette gjelder generelle spørsmål som hvorvidt vi bruker for lite ressurser på

forebyggende tiltak eller for mye på kostbare legemidler for langt kommet kreft. Ifølge nyere studier er det forventet flere hundre nye legemidler og nye behandlingsformer. Det vil si ny og kostbar teknologi som kan gi relativt små, men viktige helsegevinster for enkeltpersoner. Norge kan ikke fortsette å behandle slike saker enkeltvis uten økt bevissthet om konsekvensene for hele helsesektoren. Manglende eller feil prioritering kan gi mange «tause tapere».

### **Fire prinsipper for god prioritering fremheves**

Utfordringene for prioriteringsarbeidet er mange, men det er også mulighetene. Den norske helsetjenesten har en unik mulighet til å møte disse utfordringene og til å ta grep som vil gi bedre prioritering. Utvalget mener prioriteringsarbeidet i Norge bør bygge på fire hovedprinsipper for god prioritering:

1. Prioriteringer bør søke målet «flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt»
2. Prioriteringer bør følge av klare kriterier
3. Prioriteringer bør gjøres systematisk, åpent og med brukermedvirkning
4. Prioriteringer bør gjennomføres med et helhetlig sett med effektive virkemidler

### **«Flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt»**

Klare mål er viktig for god prioritering. Målene bør være godt forankret i den norske velferdsstatens verdier. Sentralt blant disse er menneskeverd, solidaritet, rettferdighet, likebehandling, selvbestemmelse, valgfrihet, rettssikkerhet, forutsigbarhet og åpenhet. En rettferdig fordeling av gode leveår krever at fordelingen av helsegevinster og helsetjenester bygger på likebehandling og vektlegger gode leveår som tilfaller de dårligst stilte.

### **Prioriteringer bør følge av klare kriterier**

God prioritering krever klare og velfunderte prioriteringskriterier, og at de brukes. Slike kriterier skal kunne hjelpe beslutningstakere i ulike situasjoner med å rangere tiltak. Utvalget mener dagens prioriteringskriterier i hovedsak er gode. Utvalget mener samtidig at prioriteringsarbeidet i norsk helsetjeneste kan styrkes av ny terminologi og inndeling, noe endret innhold og større grad av konkretisering av hva kriteriene betyr i praksis.

Utvalget foreslår følgende overordnede kriterier:

- **Helsegevinstkriteriet:** Et tiltaks prioritet øker med forventet helsegevinst (og annen relevant velferdsgevinst fra tiltaket)
- **Ressurskriteriet:** Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på
- **Helsetapskriteriet:** Et tiltaks prioritet øker med forventet helsetap over livsløpet hos den eller de som får helsegevinst

Kriteriene bør alltid ses i sammenheng med hverandre og bør gjelde i hele helsetjenesten. Det betyr at de er ment å danne utgangspunktet for prioritering i svært ulike beslutningssituasjoner. Blant annet er de ment å veilede beslutningstakere på nasjonalt ledelsesnivå og helsepersonell i deres kliniske arbeid, også i de tilfeller hvor det ikke foreligger fullstendige, økonomiske analyser. I prioritering og i bruken av kriteriene er like fullt god dokumentasjon helt sentralt.

**Helsegevinstkriteriet** erstatter både det tidligere nyttekriteriet og deler av kostnadseffektivitetskriteriet. Helsegevinst fremstår som mindre teknisk enn nytte og som mer direkte relevant på klinisk nivå og for befolkningen. Helsegevinstkriteriet framhever helsegevinster i form av gode leveår, men åpner samtidig for at andre relevante velferdsgevinster kan ha betydning for prioritering. Slike gevinster kan være knyttet til redusert belastning for pårørende og bedret arbeidsevne for pasienten.

**Ressurskriteriet** erstatter deler av kostnadseffektivitetskriteriet. Dette bidrar også til at kriteriene fremstår som mindre tekniske og framhever at mange prioriteringsbeslutninger, særlig på klinisk nivå, handler om mye mer enn det som kan måles i kroner og ører. Helsepersonell fatter hver dag beslutninger hvor de vurderer ressursbruken i form av sengeplasser, teknisk utstyr, transportmiddel til nærmeste sykehus og ikke minst egen tid og oppmerksomhet.

**Helsetapskriteriet** erstatter alvorlighetskriteriet. Helsetapskriteriet er ment å fange opp det viktigste fordelingshensynet: at helsegevinster som tilfaller de dårligst stilte, skal gis ekstra vekt. De dårligst stilte er i denne sammenheng definert som de som har størst helsetap målt fra en norm om minst 80 gode leveår for alle. Denne referanseverdien er satt relativt høyt. Selv om forventet levealder i Norge ved fødsel er litt over 80 år, er antallet forventede *gode leveår* om lag 67 år. Normen er satt høyere ut fra en målsetting om flere gode leveår over livsløpet. Definisjonen av helsetap gjør det mulig å beregne og sammenlikne diagnosegrupper med ulik prognose for livsløpet med dagens behandling. For eksempel har pasienter med en alvorlig form for multippel sklerose i gjennomsnitt et helsetap over livsløpet på om lag 40 gode leveår. Pasienter med diagnosen atrieflimmer (hjerteflimmer) har i gjennomsnitt et helsetap på om lag ti gode leveår (for ytterligere detaljer, se kapittel 10). Fordelingshensyn, basert på størrelsen av helsetapet, tilsier at helsegevinster for pasienter med multippel sklerose bør gis en noe høyere verdi enn helsegevinster fra tiltak mot atrieflimmer. Et helsetap på ti gode leveår er like fullt av stor betydning. Tiltak rettet mot atrieflimmer kan derfor i mange tilfeller bli prioritert, men like effektive tiltak for MS-pasienter bør bli prioritert enda høyere.

### **Prioriteringer bør gjøres systematisk, åpent og med brukervedvirkning**

Prioritering vekker følelser og debatt, og det oppstår ofte legitim uenighet om prioriteringsbeslutninger. Vårt demokratiske system er tuftet på en forståelse av at vi kan ha ulike oppfatninger om fordelingsproblemer. Vi håndterer manglende konsensus ved å organisere politiske beslutningsprosesser som det er lettere å enes om. Et sentralt krav i åpne demokratier er at politiske spørsmål må underkastes åpen, offentlig debatt for å sikre at saken blir tilstrekkelig opplyst. Denne ideen er også grunnleggende for prioriteringsproblemer.

Åpne og legitime prosesser er avgjørende for rettferdige prioriteringer. Utvalget anbefaler at prioriteringsprosesser på overordnet nivå i større grad enn i dag aktivt utformes i tråd med det etiske rammeverket «Ansvaret for rimelige beslutninger». Rammeverket løfter fram fire betingelser som sammen kan sikre en legitim prioriteringsprosess: åpenhet, relevante begrunnelser, klageadgang og mulighet for revisjon, regulering og institusjonalisering (utvalgets anbefalinger, se kp.11).

Brukermedvirkning er en demokratisk rettighet og er i tråd med verdigrunnlaget i helsetjenesten. Opplæring av pasienter, andre brukere og pårørende til å mestre livet med sykdom og til å delta i utviklingen av helsetjenesten er viktig. Utvalget anbefaler at brukerne inkluderes i prioriteringsprosesser på alle nivåer. Samtidig som pasienter og andre brukere får innflytelse, bør det stilles krav om deltakelse og oppmøte. Utvalget mener at politikere og andre beslutningstakere har et særlig ansvar for ikke bare å lytte til de gruppene som har størst innflytelse eller roper høyest, men også nøye vurdere hvem som er eller kan bli de tause tapene.

### **Prioriteringer bør gjennomføres med et helhetlig sett med effektive virkemidler**

Klare mål og kriterier og åpne prosesser er ikke tilstrekkelig for å sikre god prioritering. Det er også nødvendig med mange ulike virkemidler. Virkemidlene må være effektive og bidra til at de som helhet understøtter god prioritering. Det betyr at virkemidlene samlet bør bidra til at prioriteringer samsvarer med de foreslåtte mål og kriterier, og at de er del av en åpen prosess.

- Lov og forskrift  
Utvalget mener at dagens lov og forskriftsverk på prioriteringsområdet er fragmentert. Det er viktig at lovverket understøtter bruk av et gitt sett med overordnede prioriteringskriterier for hele helsetjenesten. Bare på den måten kan prioritering gjøres konsistent. På bakgrunn av forslaget om tre hovedkriterier for prioritering mener utvalget at kriteriene knyttet til helsegevinst, ressursbruk og helsetap alle bør framkomme tydelig i all relevant lov- og forskriftstekst. Det betyr blant annet at den vedtatte pasient og brukerrettighetsloven bør bringes i samsvar med de foreslåtte hovedkriteriene, og at de tre hovedkriteriene tydelig bør framgå av både lov og prioriteringsforskrift.
- Ledelse



Utvalget mener bevisst og systematisk prioritering er en helt sentral del av lederes oppgaver og ansvar. De har en nøkkelrolle i å sette rammer for utredning og behandling på klinisk nivå, og stor innflytelse på hvilke tiltak som blir gjennomført. Alle ledere i helsetjenesten bør ha inngående kunnskap om prioriteringskriterier, prosesser og beslutningsverktøy. Prioriteringstematikken bør framover ha en sentral plass i de ulike lederutdanninger og kurs som tilbys.

- **Organer med særlig ansvar for prioritering**  
Utvalget mener at det på nasjonalt nivå bør finnes ett robust rådgivende organ innenfor prioriteringsområdet. Dette organet bør primært ha et overordnet rådgivningsansvar overfor sentrale helsemyndigheter, men bør også kunne rådgi øvrige deler av helsetjenesten. Et slikt rådgivende organ må ha et faglig sterkt sekretariat med relevant prioriteringskompetanse. Utvalget mener at dette best kan sikres ved å videreføre Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten, samtidig som dagens ansvar for kvalitet overføres til andre organer. Det bør derfor gjøres tydelige endringer i rådets formål, mandat, arbeidsform, størrelse og sammensetning.
- **Innhenting og bruk av bakgrunnsinformasjon**  
Økt tilgjengelighet av prioriteringsrelevant informasjon er avgjørende for gode prioriteringer. For å sikre god informasjon bør det utarbeides en nasjonal informasjonsstrategi for prioriteringsområdet. Utvalget mener at en slik strategi bør forankres i eksisterende strategier innenfor IKT og eHelseområdet. Prioriteringsfeltets særskilte utfordringer og behov bør komme tydeligere fram enn det som er tilfelle i dag. Lokale praksisvariasjoner hører naturlig inn her. Det bør derfor etableres et nasjonalt fagmiljø med ansvar for informasjon på prioriteringsområdet. Primæroppgavene bør være rutinemessig å samle inn prioriteringsrelevante data, analysere dem og gjøre dem tilgjengelige for beslutningstakere i helsetjenesten, pasienter og befolkningen generelt.
- **Utdanning og opplæring**  
Det er viktig at helsepersonell og andre beslutningstakere i helsetjenesten har god kjennskap til prioriteringsarbeidet i Norge. Utvalget mener at opplæringen knyttet til prioritering i helsetjenesten i dag er begrenset og fragmentert. Utvalget anbefaler derfor at prioritering blir en del av pensum for helserelaterte utdanninger på alle nivåer.
- **Retningslinjer og veiledere**  
Gode prioriteringer krever god beslutningsstøtte. Utvalget mener det store potensialet for prioritering med støtte av faglige retningslinjer og prioriteringsveiledere ikke har vært tilstrekkelig erkjent og utnyttet. Nasjonale retningslinjer og veiledere er blant de viktigste virkemidlene vi har for systematisk å integrere verdier og mål for prioritering med oppdatert kunnskap og klare faglige anbefalinger. De kan også bidra til å redusere uønsket variasjon i behandlingspraksis mellom ulike behandlere og institusjoner.  
Utvalget har også merket seg at helsepersonell etterspør støtte fra ledelsesnivået for å kunne ta gode prioriteringsavgjørelser.  
Implementering er helt avgjørende for verdien av retningslinjer og veiledere. Retningslinjene må være enkle å ta i bruk og helst være en integrert del av journalsystemet eller andre beslutningsverktøy. Det bør settes av tilstrekkelige ressurser til implementering av retningslinjer. Faglige retningslinjer og prioriteringsveiledere bør utformes for både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er også behov for veiledere i kommunehelsetjenesten og for aktører som fastleger, helsesøstre og fysioterapeuter.  
En overflod av ukoordinerte retningslinjer og veiledere vil virke mot sin hensikt. Det er viktig at antallet retningslinjer og veiledere holdes på et håndterbart nivå. Valg av hvilke nasjonale retningslinjer som utvikles bør være basert på gjennomtenkte kriterier. Det formelle ansvaret for utvikling av retningslinjer ligger hos Helsedirektoratet, men utvalget understreker at implementering og monitorering også er et generelt ledelsesansvar både i helseforetak og kommunehelsetjenesten.
- **Finansieringsordninger**

Utvikling og bruk av finansieringsordninger er et av flere virkemidler for å bidra til bedre prioritering innenfor helsetjenenesten. Ordningene bør utformes slik at de leder til beslutninger som samsvarer med de overordnede prioriteringskriteriene.

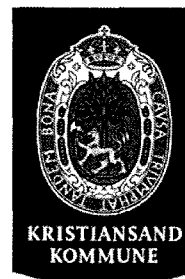
Det er behov for mer kunnskap om hvordan innsattsstyrt finansiering (ISF) virker på prioriteringsbeslutninger i sykehusene, og det bør settes i gang et kontrollert forsøk for å få mer kunnskap om dette. Utvalget vil tilrå at Helse- og omsorgsdepartementet nøye vurderer og evaluerer hvordan den økte ISF-andelen påvirker behandlingstilbudet for de pasientgrupper som ikke omfattes av ISF.

Det er også behov for mer kunnskap om hvordan finansieringsordningene påvirker allmennleger og spesialisters henvisningspraksis og prioriteringer. Henvisningspraksisen har stor betydning for spesialisthelsetjenestens ressursbruk og folketrygdens utgifter. Utvalget anbefaler at mer systematisk informasjon blir innhentet og gjort tilgjengelig for legene både omkring henvisningers kostnader og gevinster. For å redusere praksisvariasjon som ikke er medisinsk begrunnet, bør ansvarlige myndigheter utvikle ordninger for å følge med på, vurdere og om nødvendig følge opp uheldig variasjon i henvisningspraksis.

En bør videre vurdere hvordan takstene i finansieringen av allmennleger og spesialister kan utformes slik at de kan påvirke prioritering i ønsket retning. Det er behov for mer åpenhet og mer inkluderende prosesser når takster og andre deler av finansieringen av allmennlegetjenesten og private avtalespesialister justeres.

Utvalget foreslår endringer i egenbetalingsordningene. For å begrense bruk av lavt prioriterte tjenester kan det være riktig å øke bruken av egenbetaling. For høyt prioriterte tjenester bør egenbetaling reduseres eller fjernes. Hensikten med tilrådingene er ikke å øke omfanget av egenbetaling, men å innrette egenbetalingsordningene slik at de bidrar til riktigere prioriteringer. Utvalget har vurdert to typer tiltak hvor endret egenbetaling gradert etter prioritet kan være aktuelt.

Det første er tiltak som gir store forventede helsegevinster i forhold til ressursbruken, og som er rettet mot tilstander med store helsetap. Her vil det være grunnlag for å redusere eller fjerne all egenbetaling. Det andre er tiltak som gir små eller usikre helsegevinster i forhold til ressursbruken, og som er rettet mot tilstander med små helsetap. Her vil det være grunnlag for å innføre gradert eller full egenbetaling. Utvalget gir i kapittel 12 eksempler på tilstandsgrupper og tiltak hvor egenbetaling kan vurderes fjernet, og eksempler på tilstandsgrupper og tiltak hvor gradert egenbetaling på grunn av lav prioritet kan vurderes.



## PROTOKOLL HELSE- OG SOSIALSTYRET

Dato: 18.02.2015  
Sted: Formannskapssalen  
Behandlede saker: 3/15 - 6/15  
Møtets varighet: Kl. 15.00 – 15.45  
Møteleder: Leder Tor S. Utsogn (FRP)

Til stede:

Wenche Tronstad (H)  
Hans Otto Lund (H)  
Jannike Arnesen (AP)  
Azam M. Mansoor (AP)  
Rasha Abdallah (SV)  
Viggo Lütcherath (KRF)  
Vidar Karlsen (KRF) for  
Tor Sigbjørn Utsogn (FRP)  
Bjørn Voreland (FRP)

Forfall:

Bjørn Stray (KRF)

Til stede fra administrasjonen:

Helse- og sosialdirektør Wenche P. Dehli  
Seniorrådgiver Janne B. Brunborg  
Tor Kydland, juridisk rådgiver  
Formannskapssekretæren

Dessuten møtte:

Randi Førde Roll-Lund, Eldrerådet

Utdelt i møte:

- Eldrerådets uttalelse av 13.02.15 til sak 4/15 NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten
- Eldrerådets uttalelse av 13.02.15 til sak 5/15 Høring – nytt vedlegg til førerkortforskriften
- Kristiansand Sanitetsforening – En spennende reise. Fra 1897 og frem til nå

Helse- og sosialstyresak:  
**3/15 Godkjenning av protokoller fra helse- og sosialstyrets møter 20.01.15**  
(ark. nr. SAK1033 ---, 201500014)  
Helse- og sosialdir. innst. 09.02.15

**Vedtak:**

1. Helse- og sosialstyret godkjenner protokoll fra helse- og sosialstyrets møte 20.01.15.
2. Helse- og sosialstyret godkjenner protokoll fra helse- og sosialstyrets møte som legatstyre 20.01.15.  
(Enst.)

Formannskapssak:  
**4/15 NOU 2014:12 Åpent og Rettferdig - prioriteringer i helsetjenestene**  
(ark. nr. SAK1 G20, 201411896)  
Rådmannens innst. 07.02.15

**Helse- og sosialstyrets innstilling:**

Formannskapet støtter Kristiansand kommunes høringsuttalelse til NOU 2014:2.  
(Enst.)

**Eldrerådets uttalelse av 13.02.15:**

«Eldrerådet i Kristiansand støtter de innspill som Kristiansand kommune kommer med i forhold til høringen, Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten. Eldrerådet er også av den oppfatning at en rapport som hadde omtalt hele helsekjeden ville ha vært en rapport med større gjennomslagskraft.

Formannskapssak:  
**5/15 Høring: Nytt vedlegg til førerkortforskriften**  
(ark. nr. SAK1 G0 &13, 201413250)  
Rådmannens innst. 19.01.15

**Helse- og sosialstyrets innstilling:**

1. Kristiansand kommune støtter forslaget til nytt vedlegg 1 til førerkortforskriften
2. Forslaget medfører en overføring av arbeidsmengde fra fylkesmennene og lege- og psykologspesialister til fastlegene. Kommunen er bekymret for i hvilken grad denne endringen vil bidra til å binde opp fastlegens tid og ressurser til attestarbeid på bekostning av medisinske tjenester til kommunens innbyggere.  
(Enst.)

**Eldrerådets uttalelse av 13.02.15:**

«Eldrerådet i Kristiansand støtter forslaget til vedlegg 1 i førerkortforskriften».

**6/15**      Formannskapssak:  
**Samarbeidsavtale mellom Bragdøya kystlag og Kristiansand kommune  
2015-2018**  
(ark. nr. SAK1 C5, 201406632)  
Rådmannens innst. 06.01.15

**Helse- og sosialstyrets uttalelse:**

Samarbeidsavtale mellom Bragdøya kystlag og Kristiansand kommune  
2015-2018 godkjennes.  
(Enst.)

**Åpen runde:**

Helse- og sosialdirektør Wenche P. Dehli orienterte om:

- Sak om Jegersberg gård i bystyret 18.02.15 vil bli utsatt til møtet 25.03.15, saken behandles på nytt i helse- og sosialstyret 17.03.15.
- Kort kommentar til oppslag i Fædrelandsvennen om medarbeider i helse- og sosialsektoren.
- Behandlingstilbud i basseng.
- Lokalisering av legevakten i byggeperiode.

Repr. Viggo Lütcherath, KRF, ba om informasjon om hvorfor brukere står på venteliste til VTA-plasser. Det vil bli gitt en orientering i et senere møte.

Møtet hevet.