



Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Vår referanse: 15/00246-4
Arkivkode: 0
Saksbehandler: Sigrid Askum
Deres referanse: 14/3410
Dato: 19.02.2015

Høringsuttalelse - NOU 2014-12 Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten

Det vises til høringsbrev av 3.november 2014 til høringsinstansene vedrørende NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten, fra Helse- og omsorgsdepartementet. Når mandater for offentlige utvalg nedsettes hvor det er klart at kommunesektorens ansvarsområder inngår, må KS involveres i utformingen av mandat. Relevans for denne saken: Da ville kommunesektoren fått et mye mer sentral plass i utvalgets rapport.

1. Manglende forankring i kommunene

Kommuner og kommunehelsetjenesten har ikke deltatt i utredningsarbeidet, verken mandatet, sammensetningen av utvalget eller prosessen synliggjør kommunesektoren. Det er vanskelig å se at utredningen har gyldighet for hele helsetjenesten når prioritering innen den kommunale helse – og omsorgstjenesten ikke er vurdert, verken i seg eller i samhandling med spesialisthelsetjenesten.

2. Kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er forskjellige

Nasjonale mål for helsetjenesten er felles, men de mer konkrete målsettinger for pasienten/brukeren og oppgaver i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er forskjellige. Dette innebærer at grunnlaget for å foreta prioriteringer også blir ulikt. Konsekvensene av denne ulikheten burde vært vurdert i forslaget til prioriteringssystem. Utredningen sier ikke noe om fordelingen av ressurser mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Forskning har vist at ved en bevisst satsing på kommunehelsetjenesten vil flere helseoppgaver som i dag ligger i spesialisthelsetjenesten, kunne løses bedre og mer effektivt i kommunehelsetjenesten.

3. Samhandling er nødvendig for riktig prioritering

Det er nødvendig å se hele helse- og omsorgstjenesten i en sammenheng av hensyn til behovet for gode pasientforløp og effektiv ressursbruk. KS savner en drøfting av i hvilken grad samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er nødvendig for å kunne foreta riktige prioriteringer.

4. Prioriteringsdilemmaene i kommunene er ikke drøftet

Utredningen har fokus på prioriteringer og prioriteringsutfordringer innenfor spesialisthelsetjenesten. KS savner en drøfting av prioriteringsdilemmaene som kommunene

møter i sin virksomhet mellom ulike tjenesteområder og innad i de kommunale helse- og omsorgstjenester.

5. Også prioritering i helsetjenesten er politikk

Prioritering er en politisk og faglig prosess, og prioritering innen helsetjenesten er og må være en del av en større demokratisk prosess. Prioritering må drøftes i det åpne rom, og kan ikke skyves til eksperter/fagfolk alene.

6. Tapere og vinnere

Utvalget burde vært tydeligere på hva det offentlige helsevesen skal dekke av kostnader for undersøkelser og behandling av friske og bekymrede mennesker.

KS savner en diskusjon om et prioriteringssystem som ivaretar de gruppene som i dag ikke får nødvendige helsetjenester, eksempelvis skrøpelige eldre og kronisk syke. Prioriteringssystemet må synliggjøre tapere og vinnere, og bedre få frem de gruppene som ikke evner å etterspørre helsetjenester etter behov.

7. Bedre beslutningsgrunnlag

KS er enig med utvalget i å få et bedre beslutningsgrunnlag for de prioriteringsvalgene som gjøres både på faglig nivå og på det politisk-administrative nivå.

8. Fastlegens rolle

KS etterlyser en grundigere gjennomgang av årsaksforholdene knyttet til variasjoner i fastlegenes henvisningspraksis, hvilke konsekvenser dette har for prioritering.

KS vil påpeke at de prioriteringsutfordringer fastlegene møter hver dag i sin virksomhet er langt flere enn henvisning til sykehusene. Disse er i liten grad drøftet i utredningen.

9. Videreutvikle dagens prioriteringssystem

Forslaget til nytt prioriteringssystem er ikke enkelt å forstå, og kriteriene synes vanskelig å bruke. Dette blir for overordnet og metodeorientert, og er til liten hjelp i den praktiske hverdag. De nye kriteriene, helsegevinst og helsetap over livløpet, synes å favorisere yngre foran eldre.

Utredningen åpner også for utenom-medisinske hensyn, som eksempelvis produktivitet og forsørgeransvar. Dette strider mot prinsippet for likebehandling.

Medborgerpanelet som utvalget brukte i sitt arbeid, gav tydelig signal om at alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet er allment aksepterte prioriteringskriterier. De har vært praktisert siden Lønning II og benyttes også i andre lands prioriteringsarbeid. Utvalget sier selv at disse kriteriene har fungert godt, og det godtgjøres ikke i utredningen at de foreslåtte endringene i kriteriene vil gi bedre prioriteringsbeslutninger.

KS synes det er vanskelig å ta stilling til om kvalitetsjusterte leveår (QALYs) bør innføres som måleenhet for å uttrykke størrelser på helsegevinster (og helsetap). KS savner en grundigere drøfting av fordeler og ulemper ved bruk av QALYs.

10. Juridiske virkemidler

Utvalget foreslår at det nye prioriteringssystemet nedfelles i lovverket for hele helsetjenesten.

Allmenngyldige kriterier og prinsipper vil kunne inngå i dette, men prioritering i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er forskjellig og dette må utredes videre.

Det må utredes hvorvidt de prinsipper som er drøftet og foreslås lovfestet for spesialisthelsetjenestene vil passe for kommunehelsetjenesten, og hvilke gevinst slik lovfesting vil gi opp mot ulempene ved slik lovfesting.

Utdyping av hovedpunktene

KS mener at det er bedre å utvikle det man har enn å foreslå et nytt prioriteringssystem. Utredningen tar opp mange viktige forhold som bør drøftes nærmere. KS forventer at kommende stortingsmelding tar opp de motsetningene som ligger i utredningens forslag, eksempelvis likebehandling versus prioritering i et livsløp. Uansett prioriteringssystem, er det et politisk ansvar å prioritere.

Manglende forankring i kommunene

KS vil påpeke at det kommunale perspektivet er fraværende i mandatet, og utredningen synes tilpasset problemstillinger i spesialisthelsetjenesten. Kommuner og kommunehelsetjenesten har da heller ikke deltatt i utredningsarbeidet. Fraværet av kommuneperspektivet betyr at utredningen ikke bare mangler forankring i kommunene, men også at det må stilles spørsmål om utredningens drøftinger og forslag har gyldighet for hele helsetjenesten eller om de er begrenset til spesialisthelsetjenesten.

Utvalget har bestått av 14 medlemmer, ingen av disse representerer kommunene (en fastlege fra Oslo). Utvalget har hatt møter med en del organisasjoner, 14 instanser er nevnt, men ingen av disse representerer kommuner/KS. Det har vært avholdt 13 møter, der det kun er ett innlegg fra kommunesektoren (fra kommunaldirektøren i Bergen). Andre innspill/utredninger til utvalget viser heller ingen involvering av kommunene/KS. Kommunene nevnes ikke som innspills-aktører.

Kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er forskjellige

Nasjonale mål for helsetjenesten er felles, men de mer konkrete målsettinger og oppgaver i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er forskjellige. Det innebærer at grunnlaget for å foreta prioriteringer også blir ulikt. Mens spesialisthelsetjenesten som regel har hovedfokus på diagnose og behandling for én diagnose om gangen, ivaretar kommunehelsetjenesten helheten. Det betyr ivaretagelse av pasientenes funksjonsevne og mulighetene til å greie seg selv som får stor betydning for livskvalitet først og fremst, men også overlevelse. Dette blir spesielt tydelig når utredningen gjør rede for krav til dokumentasjon som grunnlag for prioriteringer (se kap.10.4).

Utredningen omtaler for lite den helsegevinst som man får uansett alder, også de siste leveårene, ved å prioritere forebyggende tiltak. Følgene av ikke å erkjenne muligheten for forbedring av funksjon hos eldre og kronisk syke, reduserer livskvaliteten hos dem det gjelder og øker kostnadene for samfunnet.

Det er dokumentert at økt satsing på primærhelsefunksjoner er av vital betydning for både enkeltpasienter og samfunnet. Studier fra industrialiserte land så vel som utviklingsland, viser at en bedre primærhelsetjeneste gir bedre helseindikatorer. Dette fremkommer av redusert totaldødelighet o.a.¹

Samhandling er nødvendig for riktig prioritering

God samhandling mellom nivåer, linjer og aktører i helsetjenesten er en viktig forutsetning for et godt tjenestetilbud, god ressursutnyttelse og effektiv prioritering i helsetjenesten. Beslutninger på ett nivå av tjenesten kan påvirke ressursbruken i det andre nivået. Dette gjelder begge veier. Ett eksempel er hjemmerespiratorbehandling. Et annet eksempel er utskrivningspraksis fra sykehusene (pasientene er sykere og mer omsorgstrengende ved utskrivelse enn før).

Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er nødvendig for å kunne foreta riktige prioriteringer for de pasienter som skal tilbake til kommunale tiltak. Det er nødvendig å se hele helsetjenesten i en sammenheng. Det er og blir et ufullstendig bilde av virkeligheten når utvalget omtaler virkninger for spesialisthelsetjenesten av fastlegenes henvisningspraksis, mens

¹ Barbara Starfield, helsetjenesteforsker og professor ved Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Maryland, USA).

virknings for den kommunale helse- og omsorgstjeneste av sykehusenes utskrivningspraksis ikke omtales tilsvarende.

Prioriteringsdilemmaene i kommunene er ikke drøftet

Utredningen har fokus på prioriteringer innenfor spesialisthelsetjenesten, og tar utgangspunkt i dokumentasjon i faglige retningslinjer som gjelder for enkeltdiagnoser. Pasienter som mottar pleie- og omsorgstjenester i kommunene har i gjennomsnitt 4-5 behandlingstrengende kroniske sykdommer. Kommunene får flere yngre brukere med omfattende behov, flere eldre og kompliserte oppgaver overføres fra sykehusene. Mange av disse har svært kompetanse- og ressurskrevende behov.

Kommunal sektor står i små og store prioriteringsvalg hver dag, og valg handler om ofte uløselige dilemma. Valgene består ikke nødvendigvis av å sette grenser på et visst nivå, men å velge mellom likeverdige og helt forskjellige formål. Det kan være nødvendig å kartlegge og å belyse prioriteringsutfordringene i kommunal sektor. Dette kan være et godt utgangspunkt for nasjonale diskusjoner om fremtidens utfordringer, om muligheter og begrensninger i ressurser, om etiske dilemma og om rettigheter og plikter. Det kan også være et utgangspunkt til å diskutere hva den enkelte ansatte har behov for som hjelp til de daglige prioriteringene.

Utvalget skiller mellom kommunehelsetjenesten og omsorgssektoren. Utvalget har i hovedsak konsentrert seg om det som oppfattes å være helsetjenesten, men har likevel i noen tilfeller valgt å berøre omsorg. Utvalget sier at helsetjenester og omsorgstjenester ofte er knyttet sammen. Et eksempel er temaet omsorg ved livets slutt. Utvalget har lagt til grunn at disse spørsmålene ligger utenfor mandatet, men ønsker samtidig å peke på at prioritering i omsorgssektoren bør være tema for framtidig utredning. Helse- og omsorgstjenesten må sees i en helhetlig sammenheng. Denne utredningen er rettet inn mot spesialisthelsetjenesten, og må følges opp med et mer helhetlig arbeid.

Også prioritering i helsetjenesten er politikk

Lokaldemokrati bygger på prinsippet om at avgjørelser skal tas nær dem det gjelder. Demokratiet er avhengig av deltakelse fra borgerne. Muligheten for å bli hørt og for innflytelse er en viktig forutsetning for engasjement. Kommunene skal derfor i størst mulig grad ta avgjørelser i saker som angår innbyggerne. Lokale beslutninger og prioriteringer kan føre til variasjoner i praksis mellom kommunene, noe som kan utfordre prinsippet om lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester uavhengig av bosted. På den annen side kan variasjon gjenspeile fleksible tjenester, ulike demografiske forhold og lokale prioriteringer, og dermed hensiktsmessig tilpasning til lokale forhold. Kommunestyret er den overordnede instans og har «sørge-for-ansvaret» og det handlingsrommet som til enhver tid finnes.

Det kan være vanskelige prioriteringer mellom helsefaglige og ledelsesfaglige prioriteringer og kommunenes begrensede faglige og økonomiske ressurser. Beslutninger skal tas nær innbyggerne, for å få gode pasientforløp basert på fleksible og tilpassede tjenester og at statlige satsinger og lovverk understøtter likeverdige tjenester gjennom kommunens helsetjeneste

KS mener at vektlegging av brukerperspektivet er viktig, samtidig som dette ikke bør fortrenge borgerperspektivet når det er snakk om tillit og legitimitet til prioriteringsprosessen og prioriteringsresultatet.

Tapere og vinnere

Selv om forskningen som kan legge et grunnlag for prioritering i kommunehelsetjenesten er sparsom, finnes det elementer som kan bidra i prioriteringen. Populasjonen i kommunehelsetjenesten er annerledes enn i sykehuset. I kommunehelsetjenesten er det sannsynlig at funksjonsforbedrende tiltak (hjelpemidler og rehabilitering) og forebygging av risikofaktorer (legemiddelinteraksjoner,

depresjoner, underernæring, fall, brann, mm.) blant multisyke vil komme høyt generelt, men i kommunehelsetjenesten spesielt, hvis utredningens overordnede kriterier for prioriteringer legges til grunn. Det er derfor en vesentlig mangel ved utredningen når den bare ett sted gir en kort omtale om multisyke som en utfordring ved prioritering. Pasienter med multisykdom står for 2/3 av utgiftene til helsetjenestene, hvor hovedtyngden faller på kommunehelsetjenesten. Hvordan denne gruppen blir prioritert kan derfor få stor innvirkning på hele helsetjenesten. Det er denne gruppen som vil vokse mest i årene som kommer.²

Bedre beslutningsgrunnlag

I tillegg til analyser av helseøkonomi, statistikk og epidemiologi kan bedre innsikt vinnes ved å se på finansieringsordningene i helsesektoren, og de vridningseffekter disse kan ha i forhold til overordnede mål for helsesektoren.

Et godt beslutningsgrunnlag for de prioriteringsvalgene som gjøres både på faglig nivå og på det politisk- administrative nivå fordrer et solid datagrunnlag.

Fastlegens rolle

Allmennleger i kommunehelsetjenesten har en sentral oppgave når det gjelder tilgangen til nødvendige spesialisthelsetjenester både i rollen som fastlege, legevaktslege, tilsynslege og flere andre roller. Utredningen kaller det for en portvaktfunksjon fordi reglene krever at det normalt skal foreligge en henvisning som begrunner behovet. Utredningen påpeker en stor variasjon mellom allmennlegene i antall henvisninger og antyder at det kan være et uttrykk for mangelfull prioritering av pasienter som har behov for spesialisthelsetjenester. Årsakene til den store variasjonen er imidlertid mer sammensatt enn det som blir fremstilt, se vedlegg 2.

Det bør gjøres en grundigere gjennomgang av årsaksforholdene for variasjoner i henvisningspraksis og hva behovet for prioriteringsveiledere er, slik det fremgår over. Henvisninger til spesialisthelsetjenesten er kun en liten del av fastlegens ansvar.

Videreutvikle dagens prioriteringssystem

Prioritering er en politisk prosess der mange aktører deltar, men hvor det til syvende og sist er det politiske system, politikere valgt av borgerne som står ansvarlig. Åpen og rettferdig må bety at prioritering drøftes i det åpne rom, i en politisk prosess, en stadig levende prosess der det er politikere som står ansvarlig og ikke at det skyves til eksperter/fagfolk.

Troen på kriterier, telling og muligheten til å finne mål som blir oppfattet rettferdig, er stor, men tvilsom. At det kan fungere i et så spesielt område som blåresept-ordningen, er en ting. Det er noe helt annet å lage et system for å rangere tilstander og diagnoser i hele helsetjenesten. Er det i det hele tatt mulig, er det ønskelig og vil det bli akseptert av fagfolk og av befolkningen? Det kan bety at mer makt flyttes til helsebyråkratiet med begrunnelsen at likhet og rettferdighet lar seg oppnå bare kriteriene og veilederne er gode nok.

På et overordnet systemnivå kan det kanskje være mulig å fastslå tallmessig hvordan forskjellige tiltak kommer ut i henhold til kriteriene, men på individnivå, i klinisk behandling er det vanskelig å se at disse kriteriene gjør det enklere å prioritere i møtet med pasienten.

Et viktig aspekt opp gjennom helsetjenestens historie er barmhjertighet. Det er et element som får liten plass dersom kriteriene skal følges stramt. Det må være mulig å følge kriteriene og gi rom for etikk og faglighet.

QALYs blir foreslått som prioriteringsverktøy og har noen attraktive egenskaper. Indikatoren fanger opp både forbedret livskvalitet og økt levetid. Men samtidig er bruk av QALYs omstridt. Det er reist

²<http://ks.event123.no/Nasjonalhelsekonferanse2015/pop.cfm?FuseAction=Doc&pAction=View&pDocumentId=60869>

spørsmål ved om QALYs ivaretar rettferdighetshensyn og etikk på en god nok måte. Et prosjekt finansiert av EU, «European consortium in healthcare outcomes and cost-benefit research (ECHOOUTCOME)», har i tillegg konkludert med at grunnleggende metodiske forutsetninger for QALY-tilnærmingen ikke er oppfylt. Prosjektet gir flere anbefaler, blant annet at «QALY assessment for health decision making should be abandoned». Prosjektet var ferdig i 2013 og ser ikke ut til å være omtalt i NOUen. QALYs er hovedsakelig i bruk i Storbritannia, Canada og Australia, mens andre land har valgt andre tilnærminger³.

KS ønsker en bredere analyse av begrensninger, men også av muligheter med QALY som prioriteringsverktøy, og vurdering av andre alternative verktøy.

Juridiske virkemidler

Utvalget synes generelt å ha for stor tro på bruk av retningslinjer og veiledere for å styre prioriteringen i kommunal sektor, og drøfter heller ikke slik styring i forhold til behovet for at kommunene også skal kunne gjøre egne prioriteringer.

Med vennlig hilsen

Lasse Hansen
Administrerende direktør

Helge Eide
Områdedirektør

³ http://www.echoutcome.eu/images/Echoutcome_Leaflet_Guidelines___final.pdf

Vedlegg 2:

Utredningen belyser fastlegenes henvisningspraksis basert delvis på faktiske feil, og administrasjonen vedlegger derfor denne redegjørelsen som gir en oversikt over faktiske forhold.

Variasjoner i henvisningspraksis til spesialisthelsetjenesten

Skrevet av Anders Grimsmo, professor i allmenntilleggsmedisin

Det er to hovedveier inn i spesialisthelsetjenesten, enten som henvisning fra allmennlegen om direkte øyeblikkelig innleggelse eller til poliklinikk konsultasjon. Det siste handler om elektiv behandling, hvorav halvparten blir ferdigbehandlet ved poliklinikken. Den andre halvparten henviser poliklinikklegen videre til innleggelse til dag- eller døgnbehandling. Grovt sett står allmennlegene slik for halvparten av innleggelsene i sykehus. For den andre halvparten er det sykehusspesialistene selv som har vurdert at innleggelse er nødvendig. Økningen i innleggelser for øyeblikkelig hjelp fra allmennleger har de siste 10 årene vært langt mindre (om lag 2% per år) enn økningen i innleggelse for døgn og dagbehandling utført av spesialisthelsetjenesten selv.

Om lag 80 % av innleggelsene for øyeblikkelig hjelp kommer fra legevakten. I mindre kommuner er det i all hovedsak fastlegene som bemanner legevakten. I byer er det ofte andre og yngre leger på legevakt. Stabile og lett tilgjengelige fastleger på dagtid reduserer bruken av spesialisthelsetjenester. Det er funnet en 3-5 ganger variasjon i henvisninger mellom allmennleger. Variasjonen er minst når det gjelder øyeblikkelig hjelp. Den største variasjonen gjelder henvisning til elektiv behandling (poliklinikk). Internasjonale studier viser at bruken av spesialisthelsetjenesten i stor grad er en refleksjon av spesialisthelsetjenestens egen aktivitet. Variasjonen mellom sykehus er her like stor som mellom allmennlegene. Når det har vært en sterk økning i f.eks. henvisninger til operasjon for muskel-sene betennelser i skulder de siste 10 årene, er ikke det noe som allmennlegene har funnet på, men en respons på praksis i spesialisthelsetjenesten. En av de viktigste grunnene til å henvise til spesialisthelsetjenesten er å få fastslått diagnose og vurdert om den er behandlingstrengende. Spesialisthelsetjenestens praksis har derfor også stor innflytelse på problemet med overdiagnostikk som utredningen nevner i samband med fastlegene. Det er her også viktig å peke på at pasienter informerer hverandre om hvilke undersøkelser og behandlinger som de har fått i spesialisthelsetjenesten og slik oppstår det et press på allmennleger om å henvise.

Når man vurderer allmennlegenes henvisningspraksis, er det også helt sentralt at det skjer ut i fra karakteristika ved befolkningen som allmennlegene betjener – enten som fastlege eller legevaktslege. Det gjelder spesielt kjønns- og aldersfordeling, yrke og inntekt. Det er i undersøkelser blitt hevdet at bare 10 % av variasjonen mellom allmennleger kan tilskrives personlige forhold ved legen, og for legene ser det ut til at den viktigste faktoren er villigheten til å tåle usikkerhet.