



Oslo kommune
Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Dato: 23.02.2015

Deres ref:
14/3410

Vår ref (saksnr):
201405144-8

Saksbeh:
Anne Christine Breivik, 23461626

Arkivkode:
202

**ÅPENT OG RETTFERDIG - PRIORITERINGER I HELSETJENESTEN - NOU
2014:12**

Oslo kommune avgir følgende høringsuttalelse til NOU 2014:12 Åpent og rettferdig –
prioriteringer i helsetjenesten:

Oslo kommune ser det som positivt at det kommer en ny prioriteringsmelding og at det reises en åpen diskusjon bl.a. om hvilke mål og hvilke verdier prioritering i helsetjenesten skal bygge på i fremtiden. Oslo kommune forventer at denne utredningen følges opp i en stortingsmelding slik Helse- og omsorgsdepartementet lover, og at denne meldingen på en mer konkret måte foreslår og drøfter hvordan prioriteringss spørsmålet skal kunne gjennomføres og følges opp. Det er vanskelig på grunnlag av denne utredningen å foreta en reell vurdering av forslagene som legges fram. Til det er utredningen for lite konkret, men også for lite selvkritisk i sin form.

Prioriteringer bør gjøres systematisk, åpent og med brukermedvirkning. Hvordan dette skal operasjonaliseres, kan vi imidlertid ikke se er tilstrekkelig belyst i utredningen. Det er etter Oslo kommunes vurderinger viktig at også innvandrerbefolkningens spesielle behov blir ivaretatt i en prioriteringssammenheng. Det er da vesentlig at innvandrerbefolkningen inkluderes i all brukermedvirkning.

Utredningen fremstår som svært teoretisk, og i den grad den konkretiserer så er det i første rekke fokus på spesialisthelsetjenesten. Samtidig slår den fast at prinsippene, og kriteriene skal være anvendelig på alle nivåer. Oslo kommune støtter utvalgets vurdering om at kriteriene for prioritering må omfatte alle sektorer som påvirker folkehelsen, ikke bare den kliniske helsetjenesten, videre også den kommunale helsetjenesten, ikke bare spesialisthelsetjenesten.

Det er således positivt at utredningen og forslagene om prioritering også omfatter helsetjenesten i kommunene. Slik utredningen fremstår er det imidlertid vanskelig å komme med en vurdering av eventuelle økonomiske konsekvenser for kommunen, da spørsmålet ikke behandles i utredningen.

Det er også Oslo kommunes vurdering at utredningen ikke i tilstrekkelig grad drøfter de utfordringer som de ulike nivåer og tjenester betyr for spørsmål om prioritering. Dette i motsetning til Lønning II, som la stor vekt på ulikheter mellom nivåene, og hvilken betydning det må få for prioritering på ulike nivåer.

Norheim-utvalgets utredning er omfattende, grundig, veldokumentert og velskrevet. Utvalget er enstemmig i alle sine anbefalinger og vurderinger, noe utredningen bærer preg av: det er få kritiske røster, få problemstillinger som drøftes pro og contra, og dette, i kombinasjon med hvor grundig, veldokumentert og velskrevet utredningen er, gjør det vanskelig å få øye på de utfordringer forslagene representerer.

Mål for all prioritering

Det er i utgangspunktet vanskelig å være uenig i hovedmålsetningen – som også er fremhevet i utredningen: *Flest mulig god leveår – rettferdig fordelt*. Betydningen av dette målet avhenger imidlertid av hvordan gode leveår defineres og beregnes, og videre av hva som kan betegnes som en rettferdig fordeling. Når det gjelder spørsmål om hva som er «rettferdig» fordeling av helsehjelp, er utredningen ikke tilstrekkelig.

Oslo kommune gir på denne bakgrunn sin støtte til at klinisk etiske komiteer eller et etisk råd for pleie- og omsorgstjenestene kan bidra til et mer systematisk prioriteringsarbeid i kommunene. Dette er mulig også innenfor rammen av dagens kriterier. Vi slutter oss også til utvalgets anbefaling om at arbeidet med å styrke slik rådgiving innenfor kommunenes ansvarsområde intensiveres.

Kriteriene

Prioriteringsutvalget foreslår at det tas utgangspunkt i den såkalte 80-årsnormen for helsetapskriteriet. Helsetapet beregnes for gjennomsnittspasienten. Spesielt helsetapskriteriet der et tiltaks prioritet skal øke med forventet helsetap over livsløpet hos den eller de som får helsegevinst, vil være særdeles krevende å håndtere, og vil også kunne være i strid med grunnleggende verdier i befolkningen. Den debatt som har vært i mediene har vist at spørsmål om hva som er rettferdig ikke vurderes likt i enhver sammenheng. Det er også mange uklarheter knyttet til den faktiske betydning av alder. Utvalget uttaler at de avviser alder som selvstendig kriterium for prioritering, men spørsmålet er hvilken betydning det likevel får når «gode leveår» foreslås som et kriterium. Spørsmålet er uavklart i utredningen, noe den senere tids debatt har vist.

Spesielt utfordrende vil vurderingene bli dersom de tre kriteriene helsegevinst, ressursbruk og forventet helsegevinst brukes for prioriteringer av enkeltpasienter og ikke bare grupper av pasienter. Det vil alltid måtte være en skjønnsmessig vurdering i tillegg når det gjelder enkeltpasienter. Prioriteringsregler vil neppe endre dette, og det er vel heller ikke ønskelig.

En gruppe som vil bli løftet frem som konsekvens av de nye prioriteringskriteriene er ruspasienter og psykisk syke. Å løfte opp denne type svake grupper som følge av endrete prioriteringsregler, oppfatter Oslo kommune som positivt.

De tre kriteriene som foreslås i utredningen er for kompliserte til at det er mulig å ta stilling til dem slik utvalget nå foreslår. Det gjelder særlig beregningene som synes å være en forutsetning. Utvalget foreslår differensierte grenseverdier avhengig av hvor stort helsetapet vil være for ulike pasientgrupper. Etter Oslo kommunes vurdering vil slike grenseverdier være krevende å forholde seg til, og vil kreve ytterligere utredning og vurdering før innføring.

Dokumentasjonskrav, og «gode leveår» vil også kunne være en utfordring i en prioriteringssituasjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten med mange eldre som er multi-syke, gjerne med flere diagnoser. Men også pasientgrupper med diffuse plager som det er knyttet lite forskning til vil være en utfordring, særlig med de dokumentasjonskrav som det legges opp til som grunnlag for prioriteringen. Det er heller ikke slik at den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan skrive ut sine «ferdigbehandlede» pasienter slik spesialisthelsetjenesten kan. Om ikke disse ulike forutsetningene får betydning for hvordan vi prioriterer, hvilke kriterier vi skal benytte oss av, og hvordan de skal utformes, så er det lite sannsynlig at vi ender opp med en rettferdig fordeling av gode leveår slik målsetningen er.

Virkemidler

Mange prioriteringsbeslutninger har betydning for ressursbruk og hvordan kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, fastlegene og spesialister samarbeider. Oslo kommune støtter forslaget om at faglige retningslinjer og prioriteringsveiledere hovedsakelig bør utformes samtidig for alle aktørene. Det vil da være viktig at faglige veilederne og prioriteringsveiledere sees i sammenheng og er godt og bredt forankret. Prioriteringsverktøy bør, så langt det er mulig være gjennomgående både i spesialist- og kommunehelsetjenesten, og ha særlig fokus på samhandlingsperspektivet.

Oslo kommune ser det også som positivt at utvalget ved sine forslag ønsker å redusere forbruket av såkalt overdiagnostikk, det vil si utredninger gjennomført utenom faglige retningslinjene og etablerte programmer. Prioriteringsutvalget vil styrke arbeidet med faglige retningslinjer og veiledere noe vi også kan gi vår støtte til.

Oslo kommune ser i likhet med utvalget at det er et stort behov for mer kunnskap om hvordan finansieringsordninger virker, både innenfor kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, og for fastleger og spesialister. I tillegg er det behov for å se på hvordan finansieringsordninger påvirker pasientforløp og hvordan finansieringsordninger initierer behandling og pleie på riktig nivå.

Oppsummering

Det er Oslo kommunes vurdering at det er grunn til å stille spørsmål ved om det er nødvendig med et helt nytt regime i den størrelsesorden som her foreslås for å kunne få til bedre og mer rettferdige prioriteringer i helsetjenesten. Det er negativt for utredningen at det ikke foreligger noen analyse, noen vurderinger av, hvilke alternative muligheter dagens kriterier og prinsipper åpner for innenfor en ny prioriteringsdebatt. Det er Oslo kommunes vurdering at vurderingene som er gjort av dagens kriterier kanskje er noe for lettvent, og begrunnelsen om at de nye kriteriene framstår som «klarere avgrenset og mer relevant på klinisk nivå» enn dagens kriterier er faktisk noe vanskelig å forstå.

Det er et stort prosjekt som foreslås av Norheim-utvalget. Oslo kommune vurderer det som lite sannsynlig at det vil bli lagt fram forslag om en samtidig gjennomføring av alle forslagene i utredningen. Til det er det for mange uavklarte forutsetninger som også utvalget peker på først må avklares. Det gjelder særlig hvordan ulike finansieringsordninger påvirker både beslutninger i sykehus, allmennleger og andre spesialisters henvisningspraksis. Men det gjelder også det nærmere innholdet både i de «gode leveårene» og i hva som er en rettferdig fordeling. Spørsmålet er også om vi vil kunne ha samme målsetning og like kriterier for prioritering på alle nivåer slik utvalget legger til grunn. Det er imidlertid både sannsynlig og hensiktsmessig

om utredningen benyttes som grunnlag for utforming av strategisk mål, nye prinsipper, kriterier og virkemidler for enda bedre prioritering enn i dag.

Med vennlig hilsen

Endre Sandvik
Kommunaldirektør

Åse Snåre
helsesjef

Godkjent og ekspedert elektronisk