

Høringsuttalelse fra Re kommune:

NOU 2014:12 Åpent og rettferdig- prioriteringer i helsetjenesten

Innledning

Re kommune ønsker velkommen dette viktige NOU arbeidet og håper det vil skape stort engasjement og debatt om behovet for en rettferdig prioritering og en bærekraftig helse og omsorgstjeneste for årene fremover. Ressurser er begrenset og må brukes effektivt.

Det må prioriteres; en krone brukt på et tiltak, kan alternativt brukes på et annet tiltak der det kan gjøre mer nytte og bidra mer til måloppnåelse. Prioriteringene må hvile på verdier og mål som det er enighet om i samfunnet.

Kommunen som berørt part i prioriteringsarbeidet

Prioriteringer som gjøres i spesialisthelsetjenesten vil i stor grad få betydning for kommunale helse- og omsorgstjenester. Kommunen vil understreke viktigheten av at de 3 foreslåtte hovedkriteriene vurderes i et pasientforløpsperspektiv – et helhetsperspektiv – som utvalget påpeker. Det bør derfor vurderes om kommunenes helse- og omsorgstjenester bør inkluderes i prioriteringsprosesser på alle nivåer der det er behov for kommunale tjenester i oppfølging og gjennomføring av behandling. Kommunenes erfaringer med og kunnskaper om prioritering i et helhetsperspektiv kan bidra til økt fokus på et helhetlig brukerperspektiv der behandling sees i en livsløpssammenheng. Dette er spesielt viktig for brukere og pasienter som vil ha behov for kommunale tjenester.

Re kommunes innspill til de fire prinsippene for god prioritering:

1. Prioriteringer bør søke målet «flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt»

Utvalget har ensidig valgt QALY som definitor for «gode leveår». Det er ingen balansert beskrivelse av begrensningene ved QALY-verktøyet. Det nevnes kun at det ikke er ferdig utviklet og at det har noen mangler, men dette konkretiseres ikke.

Qualy er en metode som er basert på at et befolkningsutvalg har blitt spurt om hva de tenker er byrden ved ulike tenkte helsetilstander. Dette har gitt svært ulike utslag i forskjellige kulturer, og det er gjennomgående at friske mennesker vurderer byrden av en sykdom som større enn de som har den selv. Disse grunnlagsproblemene ved metoden har gjort at den internasjonalt er svært omstridt. Utvalget har i sitt mandat blitt bedt om å gi en vurdering av denne metoden og ender opp med å anbefale metoden fordi den gir en mulighet til tallmessig å kunne sammenligne forskjellige behandlingstiltaks effekt. Dette er uheldig, den internasjonale debatten om QALYs vil kunne underminere de prioriteringsvalg som blir foretatt basert på denne metoden.

Re kommune etterlyser at begrensningene med verktøyet OALY belyses.

Re kommune ønsker ikke en øvre aldersgrense for å definere hva som grense for «gode leveår», da vi mener at det vil bidra til ubevisste/indirekte nedprioriteringer av behov til pasienter/ brukere over denne aldersgrensen.

2. Prioriteringer bør følge av klare kriterier

Forskjellen i målsettinger og oppgaver i helsetjenesten

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 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.

Re kommune ser at utredningen i svært stor grad har fokus på prioriteringer innenfor spesialisthelsetjenesten. Re kommune savner tydeligere drøftinger av prioriteringsdilemmaene i den kommunale helse- og omsorgstjenester. 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. Helse- og omsorgstjenestene skal også ivareta pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov.

Demografiske endringer med flere eldre, rask utvikling i medisinsk teknologi og folks økende forventninger til hva helsevesenet skal tilby, vil sette helsesektoren under konstant press i årene fremover.

Prioritering i kommunehelsetjenesten

Kommunehelsetjenesten og pleie- og omsorgssektoren i kommunene er omtrent like stor som spesialisthelsetjenesten.

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.

Re kommune mener det er en svakhet ved innstillingen at omsorgstjenesten er holdt utenfor mandatet. Fremtidens utfordringer blant annet knyttet til økningen med mennesker med demens bør få betydning for samfunnets prioriteringer. Hvilken kvalitet skal omsorgen for mennesker med demens ha i årene fremover vil i stor grad avhenge av hvordan denne omsorgen prioriteres.

19. mars 2012 ble det presentert en orienteringssak i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering om temaet prioritering i kommunal helse- og omsorgstjeneste. I diskusjonen ble det påpekt at det bør utredes om dagens prioriteringskriterier for spesialisthelsetjenesten bør suppleres med andre kriterier i kommunehelsetjenesten.

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.

Samhandling og 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 i 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).

Re kommune ønsker drøfting av i hvilken grad samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er nødvendig for å kunne foreta riktige prioriteringer.

Det var og er bred politisk enighet om utfordringsbildet som lå til grunn for samhandlingsreformen:

- *Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok*
- *Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forbygge sykdom*
- *Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne*

Samhandlingsreformen ble innledet med at regjeringen ville, gjennom samhandlingsreformen, søke å sikre en fremtidig helse- og omsorgstjeneste som både svarer på pasientens behov for koordinerte tjenester, og som også svarer på de store samfunnsøkonomiske utfordringene. Lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted, må fortsatt være den viktigste bærebjelken i den norske velferdsmodellen.

Lokaldemokrati og prioritering

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, prioriteringer og preferanser 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.

Kommunens hovedansvar er å arbeide for innbyggernes behov og interesser. Kommunestyret er den overordnede instans og har ansvaret for «sørge-for-ansvaret» og det handlingsrommet som til enhver tid finnes.

Prioritering er en samfunnsmessig, politisk prosess der mange aktører deltar, men hvor det til syvende og sist er det politiske system, politikere valgt av borgerne som står ansvarlig.

Re kommune savner en nærmere drøfting av forholdet mellom lokale og nasjonale prioriteringer og hvordan lokaldemokrati og lokal myndighet kan være en del av nasjonale prioriteringsspørsmål. Det kan eksempelvis være vanskelige prioritering mellom helsefaglige og ledelsesfaglige prioriteringer og kommunenes begrensede faglige og økonomiske ressurser.

Re kommune er opptatt av at beslutninger tas nær innbyggerne, at innbyggerne kan få gode pasientforløp basert på fleksible og tilpassede tjenester og at statlige satsinger og lovverk understøtter likeverdige tjenester gjennom kommunens helsetjeneste

3. Prioriteringer bør gjøres systematisk, åpent og med brukermedvirkning

Brukermedvirkning – urealistiske forventninger eller realitetsorientering?

Brukermedvirkning og innbyggerdialog er en forutsetning for realitetsorientering og realistiske forventninger til hva helsetjenesten kan bidra til. Helsevesenet er helt avhengige av befolkningens tillit, og i dag er åpenhet i stor grad grunnlag for tillit og troverdighet. Det innebærer at helsetjenesten har en forståelse for og kompetanse på, hvordan brukermedvirkning skal skje og hvordan dilemmaer kan kommuniseres samtidig som fagfolk har et faglig ansvar.

Re kommune er positive til utvalgets fokus på brukermedvirkning og brukerens plass i prioriteringsarbeidet. En presisering av brukermedvirkning på de forskjellige nivåene ønskes velkommen. Åpenhet gir rom for påvirkning og dette vil utfordre alle parter. Kommunen støtter utvalget i at politikere og andre beslutningstakere har et særlig ansvar for ikke å bare lytte til de gruppene som roper høyest, men også vurdere hvem som er, eller som kan bli, de tause taperne.

Re kommune vil påpeke at brukere har svært forskjellige muligheter for medvirkning. Det kan tenkes at utsatte grupper vil bli mindre deltakende i medvirkningsprosesser enn andre. Dette kan få konsekvenser som medfører dårligere behandlingstilbud fra spesialisthelsetjenesten for utsatte grupper. Det bør redegjøres for om det heller bør stilles krav til helsetjenesten om å tilrettelegge for medvirkning i større grad enn i dag.

Utvalget peker på behovet for kompetanse på alle nivåer. Re kommune vil understreke behovet for kompetanse i alle ledd, og be om at en i det videre arbeidet spesielt ser på virkemiddelbruk for innbyggerdialog.

4. Prioriteringer bør gjennomføres med et helhetlig sett med effektive virkemidler

Retningslinjer og veiledere

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 bør prioriteres høyt. Det er derfor en vesentlig mangel ved utredningen når den bare ett sted gir en kort omtale om multisyke som en utfordring ved prioritering (vedlegg 4). 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.

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.

Mandatet sier at utvalget skal vurdere behovet for prioriteringsveiledere for helsehjelp også utenfor spesialisthelsetjenesten, samt fastlegens rolle som portvakt for å sikre en rettferdig og rasjonell utnyttelse av ressursene. Re kommune etterlyser en grundigere gjennomgang av årsaksforholdene for variasjoner i henvisningspraksis, slik det fremgår over.

Re kommune ønsker ikke en øvre aldersgrense.

Re kommune støtter utvalget i at opplæringen knyttet til prioritering i helsetjenesten i dag er begrenset og fragmentert. Kommunen støtter også utvalgets anbefaling i at prioritering blir en del av pensum for helserelaterte utdanninger på alle nivåer. Re kommune vil påpeke at det tillegg bør iverksettes gode opplæringsprogrammer for helsepersonell og ledere slik at de som står i prioriteringssituasjoner daglig er bedre rustet til å gjennomføre kloke valg sammen med pasient og bruker.

Beslutningsgrunnlaget for prioritering

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.

Re kommune etterlyser et godt beslutningsgrunnlag- for de prioriteringsvalgene som gjøres både på faglig nivå og på det politisk- administrative nivå.

Nasjonale råd og nasjonale strategier

Re kommune ønsker å diskutere hva som skal til for å styrke ansvarlige beslutningstakere i prioriteringsspørsmål, både sentrale og lokale beslutningstaker.