

## HØRINGSUTTALELSE – NOU 2018 : 16 Det viktigste først

Følgende innspill gjelder prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten:

Utvalget har fått et omfattende mandat. Utredningen skal synliggjøre de ulike nivåene for prioritering i den kommunale helsetjenesten. Samtidig skal utredningen forsøke å finne virkemidler til hjelp i kommunenes arbeid med å prioritere. Utvalget har gjort en omfattende jobb med å gi en bred beskrivelse av temaet. Vi mener samtidig at utredningen med fordel kunne hatt en grundigere drøfting av dilemmaer og utfordringer ved prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Prioritering er en utfordring både på faglig, administrativt og politisk nivå i kommunen. Kommunens totale ressurser skal forvaltes på best mulig måte for innbyggerne. Å prioritere betyr at noe må velges bort til fordel for noe annet. Dette er en daglig utfordring på alle nivå i kommunene.

Helsepersonell er godt kjent med å prioritere ut i fra hastegrad. Det å skulle prioritere en pasient fremfor en annen av andre kriterier enn hastegrad vil i mange tilfeller oppleves som utfordrende. Utredningen kunne med fordel drøftet nærmere ulike utfordringer ved å prioritere mellom enkeltpasienter av andre kriterier enn hastegrad.

En stor andel av sykdomsbildet i Norge i dag er preget av livsstilssykdommer. Dette er sykdommer som i varierende grad kan forebygges. Prioritering av ressursbruk til forebyggende tiltak sammenliknet med behandlingstiltak er et vanskelig område for kommunene. Mange behandlingstiltak er forankret i lovbaserte rettigheter for pasientene, mens retten til forebyggende tiltak er betydelig svakere forankret. Samtidig er effekten av ulike forebyggende tiltak som regel forholdsvis usikker og lite forskningsmessig dokumentert. Det er likevel ganske godt dokumentert at forebyggende innsats ofte er samfunnsøkonomisk langt mer lønnsomt enn behandling. Innenfor kommunenes økonomiske rammer kan det være vanskelig å prioritere forebyggende tiltak selv om det kan være stor enighet om at det burde skje. Vi mener at utredningen burde løftet frem disse forholdene på en tydeligere måte.

I utredningen fremheves det at den forskningsbaserte kunnskapen som grunnlag for prioriteringer i kommunene ofte er mangelfull og lite entydig. Vi anbefaler derfor sterkt utvalgets forslag om å opprette et nasjonalt kompetansemiljø som kan bidra til et bedre faktagrunnlag for kommunene i prioriteringsarbeidet. Prioriteringer i kommunene vil ofte skje i situasjoner der man politisk, administrativt og faglig er tettere på individene dette angår, enn hvordan det som regel er i spesialisthelsetjenesten. Man kan oppleve et mer direkte ansvar for konsekvensene av prioriteringene.

Utvalget drøfter i liten grad konsekvensene av at nasjonale retningslinjer, forskrifter og lovverk over tid har redusert det lokale handlingsrommet for tydelige og langsiktige prioriteringer i den enkelte kommune. Særlig på politisk nivå kan det føre til redusert bevissthet og engasjement for lokale prioriteringer, og at mulighetene for å utvikle ulikhet mellom kommuner i liten grad aksepteres av nasjonale myndigheter.

Økende press på helsetjenestene aktualiserer den enkeltes ansvar for egen helse. Dette er en problemstilling som sjelden drøftes i sammenheng med prioriteringer. I vårt samfunn har hver enkelt rett til hjelp og behandling, og det er et prinsipp det er stor enighet om. Samtidig burde utvalget drøftet dilemmaene knyttet til om en slik rett til hjelp og behandling er helt uavhengig av den enkeltes livsstil og valg for innhold i eget liv. Indirekte kan man på faglig grunnlag bestemme at

enkelte unndras behandling på grunn av livsstil, hvis forskning og erfaring viser at et positivt behandlingsresultat er svært lite sannsynlig hvis ikke vedkommende endrer livsstil.

Det er positivt at utredningen foreslår å fortsatt styrke forskning på tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.