



Byrådssak /19

Saksframstilling

Vår referanse: 2019/15724-5

Høringsuttalelse - NOU 2018 - Det viktigste først

Hva saken gjelder:

I april 2017 oppnevnte regjeringen et offentlig utvalg som skulle se på prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester.

Utvalget leverte NOU 2018:16 Det viktigste først, 13. desember 2018.

Helse- og omsorgsdepartementet inviterer høringsinstansene til å gi sine vurderinger av forslagene i NOU 2018:16.

Det bes særlig om en vurdering av:

Om prioriteringskriterier i helse og omsorgssektoren slik utvalget legger det frem, er et egnet virkemiddel for å sikre likeverdige kommunale helse- og omsorgstjenester.

Om de foreslåtte kriteriene og prinsippene for prioritering er egnet for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester på hhv faglig, administrativt og politisk nivå.

Om virkemidlene som foreslås i innstillingen er egnet til å støtte opp om prioriteringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Høringsfrist: 22. mai 2019.

Bergen kommune har fått utsatt høringsfrist til etter bystyremøtet 23. mai.

Byrådets vurdering og forslag til høringsuttalelse:

Hovedinntrykket av utredningen er at det er gjort et grundig og godt arbeid som bør inspirere til videre diskusjoner om prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester. Bergen kommune vil først og fremst gi ros til utvalget for å ha gjennomført utredningen. Kriteriene og prinsippene for prioritering vurderes godt egnet for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, mens virkemidlene bør arbeides videre med.

Bergen kommune har bemerkninger til deler av innholdet, bemerkninger som følger av saksframstillingen og som viser at det er behov for videre diskusjoner innenfor dette feltet.

Begrunnelse for framleggelse til bystyret:

Byrådets fullmakter § 7 vedtatt av bystyret 21. september 2016 i sak 236-16:

Byrådet avgir høringsuttalelser på vegne av Bergen kommune. Høringsuttalelser i prinsipielle saker som samtidig innebærer politiske avveininger, skal avgis av bystyret.

Saken anses å være prinsipiell og innebære politiske avveininger.

Forretningsutvalget har ikke behandlet saken.

Byrådet innstiller til bystyret å fatte følgende vedtak:

Bergen kommune avgir høringsuttalelse til «NOU 2018 - Det viktigste først» slik den fremkommer av byrådets forslag.

Dato: 23. april 2019

Harald Schjelderup
Byrådsleder

Rebekka Ljosland
Byråd for helse og omsorg

Dokumentet er godkjent elektronisk.

Vedlegg:

Høringsbrev
NOU 2018: 16 Det viktigste først

Saksframstilling:

Bergen kommune har følgende bemerkninger til deler av innholdet:

Utredningen er blitt et meget omfattende dokument med innledende kapitler om helse- og omsorgstjenestens verdigrunnlag, rammer for organisering og finansiering av helse- og omsorgstjenesten, gjeldende rett, helsetilstand og bruk av tjenester, samt utviklingstrekk. Først når over halve utredningen er lest, kommer drøftingene av prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Mye av innholdet i de innledende kapitlene er velkjent for interesserte lesere, og Bergen kommune mener at disse kapitlene kunne vært gjort kortere.

Utredningen har ikke i tilstrekkelig grad skilt mellom prioritering og køordning. Dette gir seg til kjenne allerede i tittelen «Det viktigste først», som gir inntrykk av at prioritering bare dreier seg om i hvilken rekkefølge tiltak skal gjøres. Det burde kommet tydeligere fram at lavt prioriterte tiltak ikke skal gjøres senere, dersom de ikke skal gjøres i det hele tatt. I klinikken tas det prioriteringsbeslutninger på individnivå hele tiden. For hvert nytt tiltak tas også en beslutning om med hvilken prioritet det skal gjøres.

Utredningen gjør heller ikke noe forsøk på å drøfte hvordan helse- og omsorgstjenester skal prioriteres i forhold til andre gode formål. Dette er omtalt som særskilt for kommunene i forhold til spesialisthelsetjenesten, idet kommunene har en bredere oppgaveportefølje enn spesialisthelsetjenesten. Men staten som helhet har også en bred oppgaveportefølje og må prioritere mellom ressurser til spesialisthelsetjenesten og ressurser til andre formål. Disse prioriteringsdiskusjonene mellom helsetjenester og andre formål er derfor viktige både på statlig og kommunalt nivå. Det ligger utenfor utredningens mandat å gå inn i denne diskusjonen, men det er uheldig at det i mandatet fastslås at Norge bruker store ressurser på helse- og omsorgstjenestene. Det konkluderer på at Norge egentlig bruker for store ressurser på dette i forhold til oppgavene som skal løses før de allerede startet arbeidet.

De viktigste prioriteringsbeslutningene er beslutninger på systemnivå. Det er beslutninger om å budsjettere oppbygging eller nedbygging av kapasitet, og leses i tall, ikke i ord. Det som er prioritert, er det som det er vilje til å bruke penger på. Når kapasiteten er bestemt, er resten egentlig køordning og kapasitetstilpasning.

Etter utvalgets vurdering er det tre viktige forskjeller som vil ha betydning for innretning og anvendelse av prioriteringskriteriene. For det første skiller nivåene seg fra hverandre ved at kommunen har et bredt samfunnsoppdrag som også omfatter andre sektorer enn helse- og omsorgssektoren, og som kommunens ledelse må ta hensyn til når det skal fattes beslutninger om ressursfordeling. For det andre har tjenestenivåene til dels ulike faglige målsettinger. For det tredje skiller nivåene seg fra hverandre ved at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten i langt større grad enn i spesialisthelsetjenesten mangler forskning på tiltak som iverksettes.

Bergen kommune vil påpeke at det også er et fjerde svært viktig forhold som burde vært omtalt. Spesialisthelsetjenesten kan prioritere ned å gi helsehjelp til en pasient med den begrunnelse at kommunehelsetjenesten kan gi helsehjelp. Den muligheten har ikke kommunen. Den helsehjelpen som kommunehelsetjenesten ikke prioriterer å gi, blir ikke nødvendigvis gitt av noen andre. Dette har betydning for tolkning av nytte og ressurskriteriene. Spesialisthelsetjenesten vurderer om helsehjelp i spesialisthelsetjenesten har mer nytte enn helsehjelp i kommunehelsetjenesten, og veier det opp mot merforbruket av ressurser ved å gi helsehjelp i spesialisthelsetjenesten i forhold til å gi helsehjelp i kommunehelsetjenesten.

I utredningen skrives det at brukerne av de kommunale helse- og omsorgstjenestene ofte har et langvarig, og av og til et livslangt og omfattende behov for bistand for å kunne leve best

mulig med sykdom eller funksjonsnedsettelse. Samtidig skjer i mange tilfeller behandling, oppfølging, habilitering/ rehabilitering nærmere den enkeltes hjem og i samhandling med familie og lokalsamfunn. Dette utgjør imidlertid bare en liten andel av brukerne. Brukerne av de kommunale helsetjenestene er hele befolkningen, også de friske og de av-og-til/forbigående syke. Kommunens ansvar er også å være førstelinjetjeneste for i utgangspunktet uavklarte problemer. Dette overses gjennomgående i utredningen.

Utvalget peker på at det i liten grad er undersøkt om dagens finansieringsmodeller i helse- og omsorgssektoren understøtter riktige prioriteringer. Utvalget mener derfor det bør foretas en gjennomgang av hvorvidt finansieringsordningene støtter opp om prioritering i henhold til prinsippene. Utvalget presiserer at i en slik gjennomgang bør også regelverk knyttet til egenandeler inkluderes. Bergen kommune støtter dette, blant annet med henvisning til det som står om prioriteringsvirkninger av egenandeler senere i høringssvaret.

Et godt kunnskapsgrunnlag om effekten av tiltak er en forutsetning for en prioritering i tråd med prinsippene. Det er derfor, etter utvalgets mening, viktig at arbeidet med å styrke forskningen på tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i tannhelsetjenesten fortsetter. Bergen kommune støtter dette. Spesielt er det viktig å få frem kunnskap om nytten av ulike tiltak. Uten et forskningsbasert kunnskapsgrunnlag vil beslutninger ofte tas på forhåpninger om nytte, forhåpninger som ofte er overdrevne. Det er omtalt som sentralt i vurderingen av nytte at tiltaket både kan føre til økt levetid og økt livskvalitet. Det må imidlertid understrekes at tiltak for å unngå forverring også har nytte.

Vi trenger også et kunnskapsgrunnlag for å skille mellom tiltak med så lav nytte at de ikke bør prioriteres, og tiltak uten nytteverdi som dermed bør unngås fordi det kan ha skadepotensial. Det siste bør omtales som overdiagnostikk og overbehandling som er skadelig for den som utsettes for det, ikke som lavt prioriterte tiltak.

Et av eksemplene nevnt i utredningen illustrerer dette: En pasient kommer med smerter som fremstår som muskulære og ber om MR. Fastlegen vurderer at det er lite sannsynlig at en MR undersøkelse kan påvise noe som fører til en mer skreddersydd behandling, og formidler dette til pasienten. I stedet velger legen å bruke klinisk undersøkelse og skjønn i vurderingen og valg av behandling, og pasienten følges med nye kontroller. Dette er ikke egentlig en prioriteringsbeslutning. Dette er en beslutning om å beskytte pasienten mot potensielt skadelig overutredning. Disse tingene burde ikke utvalget ha blandet sammen.

Veiledere og faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet er i utredningen omtalt som «pedagogiske virkemidler». Med kommunale øyne er denne begrepsbruken provoserende. Faglige veiledere og retningslinjer må bygge på kunnskap fra der hvor de skal anvendes. Dersom veiledere og retningslinjer som skal anvendes i kommunehelsetjenesten i for stor grad bygger på kunnskap fra spesialisthelsetjenesten, vil de ikke fungere der hvor de skal brukes. Begrepet «pedagogiske virkemidler» bygger på en vrangforestilling om at staten er den kloke som skal belære kunnskapsløse kommuner.

Sosial ulikhet i helse, er utilfredsstillende omtalt i utredningen. Ulikhet i sykkelighet mellom sosiodemografiske grupper skyldes flere faktorer. Ulik helseatferd nevnes imidlertid som eneste årsaksfaktor. Dette forklarer ikke på langt nær hele ulikheten. Det å ha lav sosioøkonomisk status gir i seg selv dårligere helse, et perspektiv som er blitt borte i utredningen.

Tilgangen til helsetjenester skal være lik for personer med samme behov, uavhengig av sosioøkonomisk status. Men lav sosioøkonomisk status gir i seg selv større behov, og større alvorlighetsgrad ved tilsynelatende samme symptom. Helsetjenester bør derfor være særlig lett tilgjengelig for personer med lav sosioøkonomisk status.

I hele befolkningen er det 1 prosent som oppgir at de ikke har råd til legebesøk, og dette øker til 4 prosent blant dem med lavest husholdningsinntekt, blant arbeidsledige og uføre. Dette er en sårbar gruppe med mye helseplager. At egenandelen for disse er til hinder for å bruke fastlegen, som er helsetjenestens universelle inngangsport, er et alvorlig problem. Her er grupper med store behov som ikke følges av etterspørsel. Og det er ikke mulig å drive oppsøkende virksomhet med egenandelsbelagte tjenester. Det angis at man må anta at reduserte egenandeler kan føre til økt bruk. Så lenge egenandelene er lave, vil de imidlertid ikke begrense etterspørselen fra majoritetsbefolkningen i nevneverdig grad, bare fra de med dårligst økonomi. Erfaringer fra andre land med egenandelsfrie allmennlegetjenester understøtter i liten grad at dette gir overforbruk. Egenandelene begrenser bruk av helsetjenester bare for de med dårligst råd og dermed også størst behov.

Prioritering av forebyggende tiltak er i hovedsak godt behandlet i utredningen. Gevinsten av forebyggende tiltak, forutsatt at de virker, er todelt. Gevinsten er dels bedret helse, dels mindre fremtidig bruk av helsetjenester. Dette er egentlig to forskjellige gevinster. De er ikke uavhengige av hverandre, men bør ikke blandes sammen. Gevinstene kan ofte ikke hentes ut før det har gått lengre tid. Det gjør at det kan være krevende å argumentere at man må satse på forebygging. I kampen om knappe budsjettmidler vil ofte tiltak der resultater vises etter kort tid vinne fram framfor tiltak med usikker gevinst langt fram i tid. Det er imidlertid ikke riktig at det alltid er billigere å forebygge. Det finnes forebyggende tiltak som må rettes mot svært mange for å unngå sykdom hos noen få. NNT-vurderinger (number needed to treat) må gjøres for å avklare dette.

Fastlegens rolle i forebygging er omtalt på en underlig måte. I utredningen er angitt at fastlegens ansvar for individrettet forebygging for pasienter på sin liste, innebærer at de må vurdere fordeling av sin arbeidstid mellom forebyggende og kurativt arbeid, og for den enkelte pasient vurdere nytte av å iverksette forebyggende tiltak, samt konsekvensene for pasientenes framtidige helse, funksjonsnivå og mestring dersom tiltakene ikke iverksettes. Individrettet forebygging hos fastlegen er imidlertid en fullt integrert del av tjenesteytingen. Det settes ikke av egen tid til dette.

Enkelte forhold omtales som ikke relevante i prioriteringsvurderinger. Pasientens kjønn, etnisk tilhørighet, tidligere helseskadelig adferd, arbeidsevne (produktivitet), livssyn, seksuell orientering og sosial status er omtalt som irrelevante som del av rettighetsvurderinger. Utvalget understreker også, i tråd med tidligere prioriteringsutredninger, at alder i seg selv ikke er et relevant kriterium ved vurderingen av om en pasient skal motta et tiltak. Tilsvarende er ikke yrkesaktivitet i seg selv et vurderingskriterium, men man kan i nyttevurderingen inkludere livskvalitet- og mestringsaspekter ved det å være i arbeid. Men alle disse ovenfor nevnte forholdene kan påvirke både nyttekriteriet og alvorlighetskriteriet.