



Pensjonistforbundet

Helse og omsorgsdepartementet

Oslo, 20. mai 2019

Pensjonistforbundets høringsuttalelse vedr. NOU 2018:16 Blankholmutvalget – Det viktigste først

Pensjonistforbundet uttaler seg også på vegne av SAKO-organisasjonene: LO-Stats Pensjonistutvalg, Telepensjonistenes Landsforbund, Fagforbundets sentrale pensjonistutvalg, Postens Pensjonistforbund, Politiets Pensjonistforbund, Jernbanepensjonistenes Forbund og Statens vegvesens Pensjonistforbund. Pensjonistforbundet har ca. 250.000 medlemmer

Prioriteringsutfordringer for den gruppen vi representerer

Pensjonistforbundet ser det som naturlig og gledelig at det blir utviklet prioriteringskriterier for helse og omsorgstjenestene i kommunene og for tannhelsetjenesten. Pensjonistforbundet mener at prioriteringskriteriene er ett av flere virkemidler som kan sikre likeverdige helse og omsorgstjenester

Spørsmålene i høringsbrevet

1. Er prioriteringskriterier i helse og omsorgssektoren et egnet virkemiddel for å sikre likeverdige kommunale helse- og omsorgstjenester slik utvalget legger fram?

Pensjonistforbundet mener det er et behov for å ha prioriteringskriterier i den kommunale helse og omsorgssektoren.

Vi ser allerede nå at flere og flere kommuner går inn i tider der det må prioriteres hardere. Da er det viktig med et sett med omforente kriterier som er basert på et sett med felles verdier for velferdsstaten. Vi synes utredningen beskriver det godt.

Viser til vårt brev datert april 2018 der vi skriver:

Kommunen må lage planer for helse- og omsorgstjenesten og de må være åpne så innbyggerne vet hva kommunen prioriterer.

Vi vil også gjerne påpeke at før man begynner et konkret prioriteringsarbeid i kommunen må det foreligge en konkret beskrivelse av hvordan det står til med helse- og omsorgstjenesten og sykdomsbildet i den enkelte kommune. Dette foreligger delvis i dag på kommunenivå og fylkesnivå i form av tilgjengelige nøkkeltall.

Det er dessuten helt nødvendig å utdype og detaljere dette i hver enkelt kommune, og synliggjøre det på en god måte for helsepersonell, beslutningstakere i politikk og adm. og allmenheten.

Når det skal gjøres prioriteringer i kommunen, er det viktig at menneskeverd og menneskerettigheter og at tenkningen rundt dette bør ligge i bunnen for all prioriteringstenkning. Vi viser til Menneskerettighetsloven og Den Europeiske menneskerettighetskonvensjon.

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

Pensjonistforbundet mener svaret på dette også er ja (på alle punkter).

«Spesialisthelsetjenesten (SHT) og den kommunale helse- og omsorgstjenesten (KHOT) skiller seg fra hverandre blant annet ved følgende: I SHT kommer folk inn for å få løst et spesifikt problem, de er inne i et avgrenset tidsrom og så bærer det ut igjen. I KHOT er de gjerne over lang tid, noen kanskje hele livet. Den tar seg av hele mennesket med alle dets mangslungne problemer, og ikke bare ett spesifikt problem.

Prinsipielt er likevel dagens tre prioriteringskriterier, nytte-, ressurs- og alvorlighetskriteriet anvendelige også i KHOT. Det vanskeligste kriteriet å operasjonalisere er nyttekriteriet. Det skyldes at tjenesten ofte består av mange ulike tiltak over lang tid rettet mot hele mennesket. Disse personene kan ha flere kroniske og langvarige sykdommer og ha funksjonssvikt på ett eller flere områder. Håndteringen av nyttekriteriet slik det er beskrevet i st.meld. 34 (2015-16), lar seg ikke umiddelbart overføre til disse situasjonene.

Mange vil hevde at det ikke er mulig, ja kanskje ikke engang riktig å sette et tall på nytteverdien av et tiltak. Siden prioritering handler om å velge hvem som skal få og hvem som skal få mindre, bør nytteverdien av de ulike tiltakene kunne omgjøres til en felles «valuta». Slik får man et grunnlag for å sammenligne ulike tiltak. I KHT vil den nytteverdien man kommer fram til i mange tilfeller være en svært usikker størrelse, slik det er beskrevet i mandatet til utvalget. Vi mener det er viktig å gjøre nyttevurderingen så tydelig og åpen som mulig slik at andre kan etter gå den. Uansett må det til slutt gjøres et valg (en prioritering), og da er det best at vurderingene er så åpne som mulig. Det forutsetter at man har noen kriterier. Vi har ikke noen bedre kriterier å foreslå enn de tre som er lansert. Den store utfordringen blir hvordan man fastsetter nytte og alvorlighet. Det er antakeligvis nødvendig å vurdere livskvalitet/ funksjon og sjansen for funksjonstap/ funksjonsforbedring veldig vidt.

Det som er sagt ovenfor om nyttevurderingene gjelder også til en viss grad for vurdering av alvorlighet. Det burde være like enkelt som i SHT. Det er jo samme person det dreier seg om. Likevel må man i KHOT se hele mennesket, ikke bare én tilstand slik man gjør i SHT.»

I beskrivelsen av nytte og alvorlighetskriteriet har utvalget lagt inn en ekstra dimensjon: mestring. Det synes vi er et godt grep. Det synliggjør mye av forskjellen på SHT og KHOT.

Utvalget antyder at mestringsdimensjonen bør vurderes innført også i SHT, men at det ligger utenfor mandatet deres å mene noe mer om det. (s. 102) Vi er veldig enig i at det bør inn i SHT's kriterier også. Et tiltaks nytteverdi øker dersom det gir økt mestring uansett om tiltaket iverksettes i SHT eller i KHOT. Vi mener derfor at det bør være gjennomgående kriterier for hele tjenestekjeden (Kap 14.1).

Vi er enig med utvalget i at QALY er lite egnet for å beregne nytte på administrativt og politisk nivå i KHOT. (på faglig nivå skal det ikke brukes i det hele tatt.) En må ha inn flere dimensjoner enn det som ligger i tradisjonelle QALY-beregninger. E-QALY (side 105) og MCDA (s.111-2) kan være aktuelle alternativer. Vi kjenner ikke til disse fra før, men det høres ut til at det trengs en del bearbeiding før de kan tas i bruk her til lands.

Uansett om man får kvantifisert nytte eller alvorlighet, så er kriteriene med beskrivelser nyttige for å tenke (mer) systematisk rundt prioriteringsbeslutninger. Vi synes utvalget beskriver dette godt f. eks. i kap. 14.11.2, s. 108 og kap 15.2, s. 110 ff.

Utvalget drøfter prioritering i KHOT på tre nivåer. (Kap 11, s.78). De velger å bruke betegnelsen faglig nivå på det som er nærmest pasient/bruker. I SHT brukes klinisk nivå. Vi er enig i at det er et dårlig begrep her, men synes heller ikke faglig nivå er noe bedre.

Vi har tre alternative forslag

- individnivå
- pasient- og brukernivå
- helse- og omsorgsfaglig nivå

Vi er enig i at man plasserer tildelings-/ vedtakskontor for tjenester på «faglig» nivå og ikke på administrativt nivå slik departementet hadde gjort i mandatet. (s. 78)

I kapittel 14.9.2, s. 105 diskuterer utvalget diskontering av helsegevinster, dvs. at nytteverdien skal reduseres hvis den antas å oppstå en gang i framtida. Utvalget mener dette bør utredes. Vi mener det kanskje ikke er behov for mer utredning av dette siden både Nordheim-utvalget og stortingsmeldingen om prioritering har hatt dette oppe (st.meld. 34 (2015-16)). Det som trengs er en ny diskusjon som handler om verdier. Hvor mye man vedsetter et gode som oppstår i framtida er ingen naturlov, men et etisk standpunkt.

Hva som skal nedprioriteres bør utredes nærmere. Kosmetiske inngrep kan være nødvendige for særlig å forebygge psykiske problemer. I denne debatten vil nytteverdi og menneskeverd stå sentralt.

Vi mener at faglig skjønn bør løftes høyere opp i diskusjonen. Alle prioriteringer har basis i at vi har et faglig kompetent helse- og omsorgspersonell. Dette vil avhjelpe

behovet for ørkesløse diskusjoner om hvem som skal få og i hvilken rekkefølge jfr. §§ 4 og 16 i lov om helsepersonell. Fortsetter utviklingen i offentlig helsevesen slik som tendenser i dag, er vi redd for at det vil utvikle seg et privat forsikringsbasert helsevesen som vil bli ekskluderende for store grupper mennesker i vårt samfunn og som vil tiltrekke seg landets beste spesialister både i spesialisthelsetjenesten og til dels i omsorgstjeneste.

3. Er virkemidlene som foreslås i innstillingen egnet til å støtte opp om prioriteringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Utvalget foreslår et bredt sett med virkemidler som alle kan støtte opp om bedre prioriteringer i KHOT

Vi er enig i det meste av det de skriver om virkemidler, men har noen kommentarer.

Juridiske virkemidler

Vi er enig i at dette bør inn i lovverket, men vil advare mot overdreven tro på lovgivning annet enn som en måte å vise prinsippene og retningen. Om det blir mulig å håndheve et slikt regelverk er vi svært i tvil om. Tilsynsfunksjonen overfor kommunene er svak og sanksjonsmidlene likeså. Med den nye kommuneloven står kommunene enda friere til å velge om de vil følge lovverket.

I kap 18.2.3, s. 127 skriver utvalget at det bør vurderes å tydeliggjøre prioriteringskriteriene i det regelverket som omhandler helse og omsorgspersonells rettigheter og plikter. Det er vel først og fremst snakk om helsepersonelloven. Vi er litt i tvil om nødvendigheten av det. Det har jo ikke vært ansett nødvendig tidligere i forbindelse med prioriteringsbestemmelsene som allerede finnes i SHT. Helsepersonell må gjøre seg kjent med prioriteringskriteriene og dette må inn i forskriften for utdanningen av helse og omsorgspersonell.

Økonomiske virkemidler

Det er mange prosjekter som kommunene kan søke om å delta i, og som det følger penger med. Dette kan ha prioritetsvridende effekter på den måten at man prioriterer tiltak som man får prosjektmidler til. Når prosjektperioden er over og pengestrømmen stopper opp, avvikles tiltaket.

Decibel-kriteriet

Dette kriteriet betyr at de som roper høyest også får høyest prioritet. Vi ser det tydeligst når man ut fra en vurdering av de «offisielle» kriteriene velger å ikke sette i verk et tiltak, eller kanskje avvikle et eksisterende. Da går det ofte ikke lenge før riksdekkende media og andre er ute med gripende enkelthistorier.

Utvalget har omtalt denne problemstillingen på en balansert måte i kap 17.3 og vi er enig i det de skriver.

Rettigheter vs. prioritering

Dette er et viktig område for oss. Hvis du har rett til nødvendig helsehjelp, kan ikke kommunen velge å prioritere det bort likevel. Her er det mange skjær i sjøen og vi

synes utvalget beskriver problemstillingen godt (jfr. Kap. 7.1.2, s. 42, kap. 14.10.1, s. 106)

Rettighetsfesting kan ha store vridningseffekter ved at kommunen prioriterer kun det som er rettighetsfestet. Forebygging vil havne langt ned på listen over oppgaver som bør prioriteres.

Vi må sikre at de eldres klagerettigheter blir bedre ivaretatt, både i kommunene og gjennom fylkesmannens behandling.

Kompetanse og rekrutterings utfordringer i Kommunehelsetjenesten

Pensjonistforbundet mener at NOU'en tar for lett på hvor krevende det vil bli for kommunene å bruke prioriteringskriteriene. Kompetanseheving på alle i nivåer i kommunene og forskning krever økonomiske ressurser. Den kommunale helse- og omsorgsadministrasjonen trenger et kompetanseløft!

Avslutning

Pensjonistforbundet vil rose utvalget for å ha gjort et grundig arbeid og NOU'en har mye verdifulle data og vurderinger. Vi vil understreke at alder alene ikke må være et prioriteringskriterium. Vi synes at mestringskriteriet er spesielt viktig for mottakerne i kommunale helse og omsorgstjenester. Tilslutt ønsker vi å understreke at tannhelsetjenesten må komme inn under helsebegrepet og utgiftene til tannbehandling må inn under egenandelstaket.

Vennlig hilsen
Pensjonistforbundet



Harald Olimb Norman
Generalsekretær



Anne Hanshus
rådgiver