

Helse- og omsorgsdepartementet

Stab fag, pasientsikkerhet og samhandling
Avdeling for samhandlingVår ref.:
19/05073
Oppgis ved all henvendelse

Deres ref.:

Saksbeh.:
Bente ThorsenDato:
21.05.2019

Høring NOU 2018:16 Det viktigste først - Om prioritering i kommunal helse- og omsorgstjeneste

NB: I foreliggende høringssvar fra OUS er tannhelsetjenesten ikke vurdert.

Vi vil takke for anledningen til å gi høringssvar.

Generelt

Det er positivt at myndighetene utreder behov og mulighet for å utvikle en felles norm for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Normene for prioritering i spesialisthelsetjenesten og prioriteringsveilederen som anvendes ved henvisninger fra primær- til spesialisthelsetjenesten har blitt godt kjent. Spesialisthelsetjenestens normer for prioritering ligger allerede i dag, i stor grad, til grunn for beslutninger både på klinisk og administrativt nivå i primærhelsetjenesten. Men de er ikke formaliserte på samme måte som i spesialisthelsetjenesten.

Det er åpenbart lagt ned et stort arbeid i foreliggende NOU, både i form av kartlegging og vurderinger. Den gir en grundig innføring i historikk, problemstillinger og mulige løsninger. OUS stiller seg imidlertid spørrende til deler av analysen. Dette får konsekvens for vår vurdering av de løsninger som foreslås.

Faglige målsettinger og ambisjonsnivå i primærhelsetjenesten

I Høringens kapittel 7, «Gjeldende rett», gis en oversikt over lovgrunnlag for og hovedinnhold i alle deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kapittel 8 beskriver forbruk av tjenestene, og kapittel 9 noe sentrale utviklingstrekk. Stort sett er disse kapitlene dekkende, men for eksempel mangler kapittel 8 beskrivelse av forbruk av allmennlegevakt og den akuttmedisinske kjeden i kommunehelsetjenesten.

I kapittel 10 mener vi imidlertid at mangfoldet og de faglige målsettingene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ikke beskrives på en dekkende måte. Vi viser særlig til Kapittel 10.2 «Helse- og omsorgstjenestens faglige målsettinger».



I kapittel 10.2.1 Mestring, står det:

«Satt på spissen kan man si at mens målet for spesialisthelsetjenesten er å gjøre pasientene så friske som mulig, vil den kommunale helse- og omsorgstjenesten ofte ha som mål å sette pasientene/brukerne i stand til å leve godt med den tilstanden de har»

Vi er uenige i denne formuleringen. OUS erfarer, både som samarbeidspartner og samfunnsaktør, at store deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten har som sitt primære mål å bidra til god folkehelse og til å hjelpe dem som blir syke til å bli friske eller gjenvinne helsen best mulig. Denne innsatsen er avgjørende for befolkningen, og for helsetjenesten samlet sett, og må være synlig i kommunens arbeid med prioriteringer.

Eksempler på innhold, faglige målsettinger og ambisjonsnivå i kommunehelsetjenesten:

Folkehelsetiltak (f. eks samfunnsmedisinsk arbeid) dels i samarbeid med andre kommunale sektorer. Målsetting: Frisk befolkning, reduksjon av livsstils-risiko, fremme helse og trivsel.

Individrettet forebyggende arbeid. (f. eks helsestasjon- og skolehelsetjeneste, svangerskapskontroll) Målsetting: Frisk befolkning, høy vaksinasjonsdekning, lav perinatal dødelighet, god mødrehelse, riktig ernæring, reduksjon av livstils-risiko. Fremme helse og trivsel.

Risikooppfølging og tidlig intervensjon. (eksempel risikokartlegging og oppfølging av psykolog i skolen) Målsetting: snu sykdomsutvikling tidlig, tilfriskning.

Lavterskeltilbud (f.eks. Rask psykisk helsehjelp og helsestasjon for ungdom) Målsetting: snu bekymring og sykdomsutvikling, god seksuell helse, unngå uønskede svangerskap.

Diagnostikk og behandling av sykdom (f. eks fastleger, legevakt og andre kommunale legetjenester) Målsetting: helbredelse eller tilfriskning så langt det er mulig, og optimal medisinsk behandling av langvarige og kroniske lidelser.

Rehabilitering (f. eks fysio- og ergoterapi) har også forbedring, bedre funksjonsnivå og helst full tilfriskning, som mål.

Pleie- og omsorgstjenester (f. eks hjemmesykepleie, kreftkoordinator, demenskoordinator, ruskoordinator) har mange oppgaver: De skal bidra i gjennomføring av behandling, og bistå pasienter med for eksempel legemiddelhåndtering, oppfølging av ernæring og fallforebygging. Gjennomsnittlig alder for mottakere av kommunale pleie- og omsorgstjenester, avtar. Målsetting er forbedring av helsetilstand og funksjonsnivå så langt det lar seg gjøre. Brukeren skal klare seg selv mest mulig (holdes lavest mulig i omsorgstrappen). Mange pasienter mottar pleie- og omsorgstjenester kun en avgrenset periode. De kommer seg, og klarer seg videre i livet uten hjelp, kanskje kun med behov for oppfølging av fastlege. Men en del pasienter trenger tjenester over lang tid, noen ganger livet ut.

Døgnbaserte korttidsenheter (I Oslo: Helsehus og Forsterket rehabilitering på Aker). Arbeider primært for at pasientene skal bli bedre og kunne komme hjem, selv om en del pasienter dør eller overføres til sykehjem.

Sykehjem (langtidshjem) Har primært fokus på livskvalitet. Oppfølging av helse rettes mer mot lindring og god ivaretagelse, herunder god omsorg ved livets slutt.

Dersom den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal innføre overordnede, felles prioriteringskriterier, må alle deler av tjenesten tas med. Det faglige ambisjonsnivået må beskrives slik at det gir et mer korrekt bilde av hva tjenestene yter pr. i dag, og skal utvikle seg framover. De medisinskfaglige oppgavene i kommunen har øket i omfang og kompleksitet etter samhandlingsreformen. Det er behov for å videreutvikle kunnskapen og samarbeidet, slik at tjenestene, samlet sett, på beste faglige måte kan behandle og følge opp pasientene. Å senke ambisjonsnivået i den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil føre til svekket helsetjeneste for befolkningen, og øket ressursbehov i spesialisthelsetjenesten.

Mestring

I følge Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse er begrepet «Mestring» sammensatt og vanskelig å definere entydig. Begrepet handler om at den enkelte person endrer forestillinger, følelser og adferd på en måte som gjenoppretter mening og sammenheng i livet, som bidrar til å bearbeide følelsesmessige reaksjoner, problemløsning og forbedret livssituasjon.

I spesialisthelsetjenesten har læring og mestringsaktivitet tradisjonelt vært knyttet til kroniske lidelser, blant annet gjennom kursvirksomhet. Men forståelse for og bruk av begrepet er i endring. Mestring er i ferd med å bli en integrert del av alle gode pasientforløp, i og utenfor sykehus, uavhengig av sykdommens karakter og varighet. Pasient- og pårørendeopplæring, pasientsentrert metode («hva er viktig for deg»), samvalg og medvirkning bidrar alle til mestring av helseutfordringer, enten sykdommen har kronisk karakter eller ei. Mestring står også sentralt i allmennmedisinsk metode og i andre deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, også det forebyggende arbeidet. Et eksempel på dette er folkehelseprogrammet «Mestring og mening» i Østfold fylkeskommune, som sikter på å trygge psykisk helse hos barn og ungdom. Mestring har utviklet seg til å bli et sentralt, og offensivt mål for alle deler av helsetjenesten.

Mestring må derfor, etter vår mening, ikke reduseres til et defensivt mål i en kommunal helse- og omsorgstjeneste som ikke har ambisjon ut over å *«gjøre pasientene i stand til å leve godt med den tilstanden de har»*.

Kunnskapsgrunnlaget

Vi er enige i at mange av tiltakene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten mangler kunnskapsgrunnlag og at det er viktig å bedre dette. I tillegg til å bruke data fra forskning, og legge til rette for forskning, er det viktig å etterspørre og beskrive den erfaringsbaserte kunnskapen som mange av de kommunale tjenestene er tuftet på. Vi støtter rådene om at arbeid med risikooppfølging og tidlig intervensjon bør være kunnskapsbasert. Dette området preges i mange kommuner mer av politiske føringer enn av kunnskapsbasert prioritering av ressurser. Mange kommuner er i liten grad klar over omfanget av arbeidet med risikokartlegging, screening og tidlig intervensjon som utføres av fastlegene, og etablerer kostbare, parallelle tjenester i stedet for å sikre bedre koordinering og mellom allerede eksisterende tilbud.

Spørsmål i høringen - konklusjoner

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

OUS er usikre på om kriteriene for prioriteringer, slik de forslås innført på alle nivå, vil bidra til en mer likeverdig fordeling av kommunale helse- og omsorgstjenester. Tjenestene er ulike i innhold, og det vil kreve et stort arbeid å utvikle en felles forståelse for hvordan de formelt skal praktiseres, for eksempel på helsestasjon og i skolehelsetjeneste. Det området som kanskje kan trenge formaliserte kriterier for prioritering, praktisert med åpenhet, er de vedtaksbaserte kommunale tjenestene. Innføring og praktisering av en prioriteringsveileder på dette området vil imidlertid kreve store ressurser. Det er derfor viktig at behovet beskrives godt. Hvor store er problemene knyttet til rettferdig fordeling av vedtaksbaserte kommunale tjenester pr i dag? Og er, i så fall, innføring av kriterier for prioritering det beste virkemiddelet til å oppnå en mer rettferdig fordeling? OUS støtter forslaget om at det bør gjøres forsøk med ordningen før den innføres.

I krevende enkeltsaker kan andre formål enn pasientens behov bli styrende for bruk av til dels store ressurser, f. eks samfunnsvern og sikkerhet for ansatte og berørte pårørende. Dette er ikke omtalt i NOU'en.

Tjenestene erfarer av og til at politiske og overordnede vedtak kan kreve bruk av ressurser som ikke er i samsvar med kunnskapsbaserte anbefalinger og prioriteringer. Eksempler er krav om legeattest ved fravær i videregående skole, og et omfattende dokumentasjonskrav til NAV.

NAV er, forståelig nok, ikke omfattet av mandatet, og derfor ikke omtalt i dokumentet. NAV's rolle og prioriteringer er imidlertid ofte avgjørende for mange pasienters mulighet til å mestre sine helseutfordringer og delta i arbeidslivet. Dersom det er mulig, ville det ha stor verdi å inkludere NAV i kommunens arbeid med prioriteringer.

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

Faglig nivå

Vi tror kriteriene kan være til hjelp i organisering av enkelte av tjenestene i kommunens helse- og omsorgstjeneste, og at de allerede i stor grad praktiseres i dag ved organisering av fastlegekontor og legevakt. Det er litt mer usikkert om kriteriene er til hjelp i for eksempel organisering av helsestasjon og skolehelsetjeneste. En del av kommunens lavterskeltilbud er innrettet slik at den som kjenner behov, kan få hjelp, uten ventetid, og da er det kanskje heller ikke noen hensikt i å organisere tilbudet ut fra kriterier for prioritering.

Behovet for formaliserte prioriteringskriterier – med tilhørende veileder synes kanskje å være størst for de vedtaksbaserte kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Vi viser til avsnittet over. Et velfungerende, transparent system med gjenkjennelige, omforente prioriteringer vil kunne ha positiv betydning for det daglige samarbeidet om utskrivningsklare pasienter. Her støtter OUS at det settes i gang forsøk.

Administrativt nivå

Det er mulig at kriterier for prioritering vil kunne være til hjelp ved organisering av kommunalhelse- og omsorg på overordnet nivå, og fordeling av ressurser i tjenestene. I så fall må

det lages utdypende beskrivelser for de områdene av tjenesten som til nå har hatt lav tradisjon for å bruke slike kriterier.

Politisk nivå

I kapittel 10.1, «Kommunens brede samfunnsoppdrag» sammenliknes prioritering på overordnet nivå i kommunen med prioritering i spesialisthelsetjenesten på RHF-nivå. Dette virker ikke logisk. OUS mener at prioritering i en kommune heller bør sammenliknes med prioriteringer på statlig nivå. Begge disse nivåene skal fordele offentlige ressurser mellom mange sektorer, herunder ressurser som skal gå til folkehelsearbeid i andre sektorer enn helse- og omsorgstjenesten. I den grad en norm for prioritering tilrås bruk for kommuner på overordnet nivå, bør tilsvarende norm i så fall også anvendes også på statlig nivå.

Som anført, ser vi dilemmaet med at politiske prioriteringer ikke nødvendigvis samsvarer med kunnskapsbaserte prinsipper for prioritering. Det kan også være krevende å forvalte kriteriene i møtet med pasientorganisasjoner og enkeltpasienter. «Pasientens helsetjeneste» er et politisk mål, og den sterke pasientrollen kan utfordre prinsipper om kunnskapsbasert og rettferdig fordeling av ressurser på alle nivåer.

Nyttekriteriet

OUS mener at kriterier for prioriteringer bør være like for hele helsetjenesten, i og utenfor sykehus. Felles kriterier er nødvendige for at innsats og ressursbruk i helsetjenesten skal være sammenhengende og helhetlige. Selv om kriteriene for prioritering er like, bør og skal faglig tilnærming og ressursbruk i spesialist- og kommunehelsetjeneste være ulike, alt etter hvor i sykdoms- og livsløpet pasienten befinner seg, og alt etter pasientens preferanser.

Mestring er et like prioritert mål for behandling i spesialist- som i primærhelsetjenesten. Mestring står, forståelig nok, ikke like sentralt for alle pas, og i alle behandlingsforløp. I noen situasjoner er for eksempel livreddende behandling det sentrale, i andre kan palliasjon og livskvalitet være viktigere enn mestring. Det er en risiko for at innføring av mestringskriteriet, slik forslaget er formulert, kan føre til at viktige deler av helse- og omsorgstjenesten i kommunen ikke blir prioritert. Det kan også bidra til at mestring blir «feilplassert» til kun å være et anliggende for kronisk syke i kommunen. OUS mener, med henvisning til ovenstående, at «Mestring» ikke bør innføres som særskilt nyttekriterium ved prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Ressurskriteriet.

OUS støtter bruk av ressurskriteriet.

Men: For en del pasienter i vedtaksbaserte kommunale pleie- og omsorgstjenesten (og sykehjem) vil god faglig innsats utløse behov for videre ressurser, på kort eller lang sikt. Pasientene lever lenger som følge av god oppfølging og omsorg. Dette aspektet er viktig å ta høyde for i forvaltning av ressurskriteriet.

Alvorlighetskriteriet

OUS støtter bruk av alvorlighetskriteriet. Med tilsvarende begrunnelse som anført i avsnittet om nyttekriteriet, mener OUS at mestring ikke bør innføres som tilleggskriterium ved prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

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

Når en ser på forslagene til virkemidler, kan det stilles spørsmål med om gjennomføring av en så stor endring lar seg realisere.

Det er avgjørende å få på plass økonomiske modeller som støtter prioriteringene, ikke minst på legemiddelområdet.

Vi mener en avgrensning er nødvendig. Som anført, mener OUS at en start kan være å etablere prioriteringskriterier med egen veileder for den vedtaksbaserte helse- og omsorgstjenesten, og starte med forsøk. Forsøket bør ledsages av kunnskapsinnhenting.

Vennlig hilsen



Sølvi Andersen

Direktør

Fag, pasientsikkerhet og samhandling

Oslo universitetssykehus