

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep,  
0030 Oslo

Oslo, 22. mai 2019

## Høring – NOU 2018:16 Det viktigste først

### NFF mener:

- Et tiltaks nytte må vektes tungt – dette må bli tydeligere.
- Utsikt til bedret funksjon og redusert fremtidig behov for offentlige tjenester skal sterkt vektlegges ved vurderingen av ressursbruk.
- Alvorlighet kan ikke trumfe nytte, selv ikke når ressursene er knappe.
- Prioriteringsansvaret må ligge på systemnivå; klinikerne kan ikke ha ansvar for hvorvidt noen mottar nødvendige helsetjenester.
- Prioriteringer må gjøres tverrfaglig da det er ulike tilnærminger til vurdering av funksjon og funksjonsforbedringer.
- Helsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten må være likeverdige i omtale og økonomiske tildelinger for å kunne vekke nytte og alvorlighet likt.
- Helsetjenesten må styres og ledes; mange av utfordringene må løses med andre styringsverktøy enn prioritering.
- Helsefremmende og forebyggende arbeid må prioriteres da det gir stor nytte.
- Å prioritere betyr å sette noe fremfor noe annet. Det må tydeliggjøres fra systemnivå hvem som prioriteres ned eller bort når det ikke er tilstrekkelige ressurser til alle.

### Innledning

Prioritering er en utfordring både på faglig, administrativt og politisk nivå i kommunen. Kommunens totale ressurser skal forvaltes på best mulig måte for innbyggerne, også det enkelte helsepersonell må prioritere. Prioritering er uten tvil viktig i dagens helsetjeneste, men Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) vil understreke at prioriteringer bare er ett av flere tilgjengelige styringsverktøy.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten er kompleks i den forstand at den er underlagt kommunal helselovgivning, kommunal politikk og nasjonal trygdellovgivning og føringer. I tillegg er den finansiert fra ulike kilder. Dette kan gi motstridende føringer og bidrar til kompliserte vurderinger. NFF er opptatt av at tjenesten må styres og ledes bedre, og at styringsmekanismene som lov- og avtaleverk, finansiering, organisering og kommunale planverk må dra i samme retning. I dag opplever vi ikke at de gjør det fullt ut. Eksempelvis har vi etterlyst felles faglig ledelse for ansatte fysioterapeuter og avtalefysioterapeuter. Dette vil uten tvil bidra til å lette både prioriteringsarbeidet og ressursstyringen i kommunene. Dessuten mener vi at fysioterapitjenesten i kommunen må ledes som en del av helsetjenesten, ikke som en del av pleie- og omsorgstjenesten. Dette fordi terapeuter har en annen tilnærming til funksjonsvurdering og muligheter for funksjonsforbedringer og funksjonsopprettholdelse enn hva pleiere har. Fysioterapitjenesten i kommunen må styrkes ytterligere og fysioterapitjenesten må ledes av fysioterapeuter slik at vi kan prioritere bedre, prioritere kunnskapsbasert og fremme funksjon og mestring fremfor kompenserende tiltak.

Mange av utfordringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten handler etter vårt synspunkt derfor om forhold som må løses med andre styringsverktøy enn prioritering.

## **Generelle betraktninger**

NFF har observert over flere år at pleie- og omsorgstjenestene inkludert sykdom som tilsynelatende rammer vilkårlig, slik som kreft, er områder som kaprer medias og offentlighetens interesse. Det er disse feltene som blir trukket frem i valgkamper, og det er her partiene utarbeider og fronter politikk. Kommunehelsetjenesten, forebyggende arbeid, rehabilitering og opprettholdelse av funksjon er ikke like salgbart og får dermed mindre oppmerksomhet. Likevel er det her samfunnsverdiene ligger. Å ha en frisk, arbeidsfør befolkning er Norges formue, en formue som er mye større enn oljefondet.

Allerede da NFF for to år siden ble kjent med utvalgets sammensetning, som i hovedsak har bestått av sykepleiere og leger, uttrykte vi vår bekymring for at dette ville prege resultatet av utvalgsarbeidet. Vi var bekymret for at pasientene og tjenesten vi representerer ikke ville bli godt nok ivarettatt. Det viser seg at det var grunn til bekymring.

Det er ikke tvil om at det er pleie- og omsorgssektoren som har fått størst oppmerksomhet i rapporten, mindre oppmerksomhet er viet den kommunale helsetjenesten, herunder diagnostisering, behandling, opptrening og rehabilitering. Mange mennesker mottar behandling i kommunehelsetjenesten, og det forventes at stadig flere skal motta helsetjenester og behandling der. Derfor er det uheldig at helsetjenestene ikke er vektlagt i tilstrekkelig grad. NFF mener at det er betimelig å løfte spørsmålet om pleie- og omsorgstjenesten prioriteres for høyt og helsetjenesten prioriteres for lavt? I 2017 var utgiftene til kommunale omsorgstjenester på 113,5 milliarder kroner, mens utgiftene til kommunehelsetjenesten var på skarve 17,8 milliarder kroner. Det viser ikke en investering i helse. Det er realistisk å anta at en dreining mot mer kurative, rehabiliterende og forebyggende helsetjenestetiltak vil føre til mer mestring, og mindre behov for pleie og omsorgstjenester. Det vil i sin tur føre til en begrensning i utgiftsveksten.

Det er positivt at utvalget trekker frem at det er høye forventninger i samfunnet, og at dette skaper et økt press på tjenestene. Det påpekes også at media er med på å påvirke prioriteringene ved å sette fokus på enkeltpersoner, noe som er utfordrende for politikere. Dette presset er med på å vri fokuset mot pleie- og omsorgstjenestene og bort fra helsetjenestene. NFF vil understreke at politikere og beslutningstakere på alle nivå bør være lojale mot nasjonalt vedtatte prioriteringskriterier og målsettingen om at rehabilitering skal prøves før kompensierende tiltak settes inn. Det er ikke hensiktsmessig at det skapes forventninger i samfunnet som helse- og omsorgstjenestene ikke er i stand til å innfri.

NFF oppfatter utvalgets ambisjonsnivå for den kommunale helse og omsorgstjenesten stedvis som skuffende lavt. Utvalget definerer forsvarlighetskravet som «tilfredsstillende kvalitet» (s. 50). Videre skriver de at kommunene kan utvise skjønn når det skal prioriteres mellom god praksis og forsvarlighetskravets nedre grense (s. 50, s. 106 og s. 127). NFF forstår rapporten slik at det er her utvalget legger ambisjonsnivået. NFF er av den oppfatning at ambisjonsnivået bør legges på god praksis og god kvalitet. Prioriteringskriteriene kan ikke være en legitimering av en helsetjeneste som opererer nær forsvarlighetskravets nedre grense. God praksis skal være normen.

Videre slås det fast i rapporten at den kommunale helse- og omsorgstjenesten bærer preg av at tjenestene som utføres ikke er kunnskapsbaserte. Dette stiller vi spørsmål ved. Vi vil hevde at når det gjelder fysioterapitjenesten er denne basert på både forsknings- og kunnskapsbasert praksis.

Rapporten starter med å slå fast at å prioritere betyr å sette noe fremfor noe annet. Å prioritere betyr å velge hva man skal gjøre først. NFF etterlyser en grundigere debatt rundt hva og hvem som skal prioriteres ned. Dette er en uunngåelig konsekvens av at noen prioriteres opp og ressursene er begrenset. Erfaringsvis finnes det pasientgrupper som systematisk blir prioritert ned fordi det ikke er tilstrekkelige ressurser, på tross av antatt stor nytteeffekt. NFF ønsker å stille spørsmålet om det i kommunal helse- og omsorgstjeneste er mulig å vekte alle tre kriteriene likeverdige, på samme måte som i spesialisthelsetjenesten. Det følger av forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 9 at en pasient er utskrivningsklar når lege ved helseinstitusjon vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling ved døgnopphold i helseinstitusjonen. Dette kan tolkes som en vurdering av nyttekriteriet. Kommunen derimot kan ikke skrive ut pasienter, brukere eller innbyggere så lenge tilstanden er alvorlig. Alvorlighetskriteriet vil derfor alltid måtte ha forrang foran nytte.

### **Kriterier for prioritering**

NFF støtter utvalget i at det vil bidra til mer helhetlig planlegging og gjennomføring av tjenestene dersom samme kriterier benyttes gjennomgående i hele helsetjenesten, både på faglig, administrativt og politisk nivå. I rapporten står det at målet for spesialisthelsetjenesten er å gjøre pasientene så friske som mulig, mens den kommunale helse- og omsorgstjenesten ofte vil ha som mål å sette pasientene/brukerne i stand til å leve godt med den tilstanden de har. NFF vil påpeke at målet for den kommunale helsetjenesten også er å gjøre innbyggerne så friske som mulig, og å bidra til at flest mulig oppnår og opprettholder høyest mulig funksjonsevne. Dette er en forutsetning for å kunne mestre hverdagen på en så god måte som mulig.

På tross av like prioriteringskriterier stiller NFF seg tvilende til at de ulike yrkesgruppene vil foreta like prioriteringer. Når det er snakk om å foreta fysiske funksjonsvurderinger, må fysioterapeuter ha en selvskreven rolle både på faglig og administrativt nivå.

Det er på faglig nivå at prioriteringen mellom individene foretas. NFF er enig i at slik skal og må det være. Samtidig vil NFF påpeke at den enkelte kliniker ikke skal være ansvarlig for å prioritere strengere enn hva faglig forsvarlighet og profesjonelt skjønn tilsier. Det er viktig å huske på forskjellen mellom helsetjenestene der det er den enkelte kliniker som beslutter hvorvidt personen skal prioriteres og få behandling, og pleie- og omsorgstjenesten der det er et tildelingskontor som fatter vedtak om tiltak. I flere kommuner prioriterer den enkelte kliniker pasienter på bakgrunn av prioriteringsnøkler for tjenesten. Slike prioriteringsnøkler burde utarbeides i alle kommuner. Klinikerne har direkte kontakt med pasientene og vil føle et større personlig ansvar for å tilby behandling til mennesker som de vet kan ha nytte av det. Dette ansvaret kan veie tungt. Det må derfor være kommunen som er ansvarlig for å sikre et forsvarlig tilbud av nødvendige helsetjenester også til de menneskene som må prioriteres ned av klinikerne.

NFF mener derfor at prioriteringskriteriene ikke kan legge ansvaret for innfrielse av behovet for nødvendige helsetjenester på faglig nivå. Det største prioriteringsansvaret må ligge på systemnivå, det vil si på politisk-administrativt nivå. Det følger av Plan og bygningslovens §11-3 at kommunene i sine planer klart må prioritere både hvilke områder som skal tilføres ressurser, og hva konsekvensen

av ressursmengden betyr for behovet for prioritering på de enkelte områdene. Ressurstilgangen tilsier hvor hardt det er nødvendig å prioritere, men selv med prioriteringskriterier må ressursene være tilstrekkelig dimensjonert, slik at alle får nødvendige helsetjenester. NFF vil i denne sammenhengen også understreke at det er et systemansvar å klart formidle konsekvensene av kutt eller manglende ressurser. Det bør synliggjøres hvem som ikke lenger skal ha tilgang til offentlig helsetjeneste.

### **Mestring**

Utvalget har valgt å innføre et nytt punkt om mestring under både kriteriet nytte og alvorlighet. Fysioterapeuter bruker også ordet mestring, men først og fremst tenker vi funksjon. Mestring er for oss å være på høyden av situasjonen på tross av funksjonsnedsettelse, mestring innebærer en aktiv handling, og i de fleste tilfeller trening. For å kunne leve godt med helsen man har, altså ha best mulig funksjon som fører til mestring, så må man blant annet ha trygghet for at smerter ved bevegelse ikke er farlig, eksempelvis etter en operasjon. Det er derfor NFF i samarbeid med Ergoterapeutene, FFO og Handikapforbundet er så opptatt av habilitering og rehabilitering. Dette er viktig både for mennesker med kroniske lidelser, sykdom og skader uavhengig av når i livet de er oppstått, og det er viktig for de menneskene som er i ferd med å falle ut av arbeidslivet. Ved å prioritere habilitering og rehabilitering prioriterer vi å øke og opprettholde funksjon for å mestre. Dessverre er ikke dette et felt som prioriteres i dag – midtveisrapporten til opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering minner mer om en nedtrappingsplan, noe vi har påpekt i andre innspill. Dette viser for oss at alvorlighet prioriteres foran nytte, også i spesialisthelsetjenesten der prioriteringskriteriene allerede skal være i bruk.

### **Nytte**

NFF støtter utvalget i at sannsynligheten for at tiltaket også fører til økt fysisk, psykisk eller sosial mestring må tas i betraktning sammen med sannsynlighet for bedret funksjon, smerte- eller ubehagsreduksjon eller overlevelse/reduksjon av funksjonstap mv.

NFFs klare synspunkt er at et tiltaks nytte må vektes tungt. Erfaringsvis viser det seg likevel at når ressursene er knappe, får hast og alvorlighet forrang foran nytte. Dette er blant annet slått fast i forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale, §14 at: *Fysioterapeuten skal prioritere henvendelser ut ifra en konkret vurdering av haste- og alvorlighetsgrad.* Problemet ligger derfor ikke i at det nødvendigvis er vanskelig å prioritere, men at ressursene er for knappe til at begge kriteriene kan vektes like tungt.

Fysioterapeuter, både ansatte og avtalefysioterapeuter, opplever ofte at de kan komme i en «prioriteringsskvis» mellom kriteriene. Alvorlighetskriteriet får forrang foran nytte, og dette går særlig utover de pasientene som på sikt står i fare for stort helsetap. For eksempel pasienter som er, eller står i fare for å bli sykmeldt. Dette gjør at prioriteringskriteriene slår bena under muligheten for å igangsette kunnskapsbaserte tiltak. Det er et solid kunnskapsgrunnlag som slår fast at det å være i arbeid er viktig for god helse. NFF mener derfor at pasienter som er eller står i fare for å sykmeldes bør prioriteres utfra et nytteperspektiv.

### **Alvorlighet**

Alvorlighetskriteriet er utvilsomt viktig, og er allerede et viktig kriterium i prioriteringsnøkklene for fysioterapitjenesten i kommunene, som noen kommuner har innført. Vi ser ikke helt at mestring hører hjemme under dette kriteriet, selv om det har sin plass i forbindelse med nyttekriteriet. Vi

mener at grad av mestring er sterkt forbundet med grad av funksjonstap og vil derfor være overflødig på dette punktet.

NFF, og mange med oss, ga i innspill til Blankholmutvalget uttrykk for en sterk bekymring for at helsefremmende og forebyggende arbeid ikke blir prioritert. Dette fordi alvorlighetskriteriet vil spise opp en så stor andel av kommunens ressurser på helse- og omsorgsområdet. Forebyggende og helsefremmende tiltak kan kategoriseres under nytte, uavhengig av om nytteverdien viser seg raskt eller etter lang tid. Selv om det kan knytte seg noe usikkerhet til effekten av enkelte forebyggende tiltak, er det likevel godt dokumentert at forebyggende innsats både er samfunnsøkonomisk lønnsomt og vil kunne redusere fremtidig sykdom. Stram kommuneøkonomi gjør det likevel vanskelig å prioritere forebyggende tiltak selv om det kan være stor faglig og politisk enighet om at det burde skje. Selv om utvalget mener at det ikke er grunn til det, er NFF likevel fortsatt bekymret.

For øvrig stiller vi oss spørrende til hvorfor mangel på pårørende som kan hjelpe, skal være en faktor som tillegges vekt i forbindelse med alvorlighet. I Norge har vi et offentlig ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester. Selvfølgelig er pårørende en viktig del av en persons hverdag, men tilstedeværelse eller ikke av pårørende kan ikke være utslagsgivende for om en person skal få nødvendig helse- eller omsorgstjenester.

### **Ressurs**

Utvalget skriver at «Ressurskriteriet tilsier at man, alt annet likt, skal prioritere de tiltakene som legger beslag på minst ressurser». NFF er i utgangspunktet enig i dette, men vil først påpeke at det er ytterst sjelden at to personer er like eller er i samme situasjon. Dernest vil vi påpeke at passive tiltak som å foreskrive medisiner krever færre ressurser enn å tilby rehabilitering og opptrening med fysioterapeut. Fysioterapeuten vil både lindre og behandle, men også forebygge ny skade ved å fremme rett bevegelsesmønster og opptrening av f.eks. gangfunksjon og balanse. Vi ønsker derfor at det blir ytterligere presisert at ved vurderingen av ressursbruk skal også bedret funksjon og redusert fremtidig behov for offentlige tjenester sterkt vektlegges.

### **Nytte, alvorlighet og ressurser for personer med muskel og skjelettlidelser**

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester står det i formålet at helsetjenesten skal bidra til å fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer. I praksis er dette vanskelig på grunn av alvorlighetskriteriets forrang.

Mange mennesker som har muskel- og skjelettplager og mennesker som trenger rehabilitering har falt eller står i fare for å falle ut av arbeidslivet. De er i en situasjon karakterisert av lav alvorlighet, lite hastverk, men til dels høy nytte og hver og en av dem krever relativt lite ressurser. NFF er oppriktig bekymret for at prioriteringskriteriene vil føre til at terskelen for innvilgelse av helsetjenester for denne gruppen heves på bakgrunn av ressursknapphet. I kommunene er det knapphet på fysioterapiressurser, og fysioterapeuter som har kapasitetsutfordringer, er pålagt å prioritere pasienter med alvorligere lidelser med hastekarakter. Det synes derfor som den store gruppen pasienter med kroniske muskel- og skjelettlidelser systematisk blir prioritert ned. Mange pasienter som tilhører denne kategorien mistet retten til egenandelsfritak da diagnoselisten ble fjernet i 2017. Denne pasientgruppen er dermed nedprioritert av staten, noe som var intendert. De blir også nedprioritert i kommunen.

NFF er bekymret for utviklingen vi ser for denne pasientgruppen, som også har rett til nødvendig helsehjelp, og der tiltak som krever lite ressurser har stor forventet nytte. Nytte skal ifølge Meld. St. 34 (2015-2016) måles som gode leveår. Ifølge tall fra Folkehelseinstituttet<sup>1</sup> er korsrygg- og nakkesmerter viktigste årsak til sykdomsbyrden i befolkningen. Når sykdomsbyrden måles i helsetapsjusterte leveår er det derfor nærliggende å slå fast at det vil det være fornuftig å prioritere denne pasientgruppen langt høyere. I stedet ser vi to utviklingstrender som bekymrer oss. Først at nedprioritering og ventelister fører til at tilbudet om fysioterapibehandling kommer så sent at nytten vil være redusert. Fysioterapeuter har begrenset mulighet for å prioritere ut fra nytte. Videre erfarer vi fra fysioterapitjenesten at pasienter med økonomiske ressurser velger å benytte helprivate helsetilbud, i stedet for å stå på venteliste, noe som er forståelig. Resultatet er imidlertid større sosial ulikhet i helse, da det å komme raskt til behandling svært ofte har betydning for forløpet. Prioriteringsreglene kan slik sett bidra til å forsterke sammenhengen mellom helse og økonomi i et todelt helsevesen.

## **Virkemidler**

### **Juridiske**

Utvalget anbefaler at kriteriene for prioritering tydeliggjøres i regelverk som regulerer helse- og omsorgspersonellets rettigheter og plikter. NFF vil igjen understreke viktigheten av at det ikke kan være den enkelte kliniker som er ansvarlig for å overholde kommunens budsjett, ei heller at det er så lite fysioterapeutressurser i kommunene at den enkelte fysioterapeut er ansvarlig for om en person mottar fysioterapitjenester eller ikke. Dette ansvaret må ligge på systemnivå, ikke på faglig nivå.

NFF ser nødvendigheten av at nasjonalt lovverk er i tråd med prioriteringskriteriene. En eventuell endring av lovverk og helsepersonellets plikter til å prioritere må følges opp med god informasjon til den enkelte yrkesutøver. Videre må det legges til rette for at klinikere kan holde seg oppdatert innen sitt fagfelt.

### **Finansielle**

Utvalget mener det bør foretas en gjennomgang av hvorvidt finansieringsordningene støtter opp om prioritering i henhold til kriteriene, herunder takstsystemet for fysioterapi. NFF vil i den forbindelse påpeke at avtalefysioterapi er knyttet til kommunal helsetjeneste gjennom lovgiving og avtaler, og at alle kommuner dermed har mulighet til å styre hele fysioterapitjenesten, både de som er ansatt i kommunene og de med driftsavtale. Vi vil trekke frem Larvik som et eksempel der fysioterapeutene med driftsavtale styres mot de samme mål som for ansatte fysioterapeuter. Kommunenes styringsmulighet er i dag i varierende bruk i kommunene og er en av årsakene til at vi innledningsvis skrev at mange av utfordringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter vårt synspunkt handler om forhold som må løses med andre styringsverktøy enn prioritering.

Når det gjelder egenandeler som styringsverktøy, vil NFF nok en gang rette søkelyset mot bortfallet av sykdomslisten for fysioterapi i 2017. Sykdomslisten innebar at pasienter med om lag 100 forskjellige diagnoser ikke betalte egenandel hos fysioterapeut. Etter bortfall av listen melder Helfo om at de tidligere sykdomslistepasientene i gjennomsnitt hadde færre pasientkontakter i 2017 enn i 2016. Det som bekymrer oss mest i denne forbindelse er at man finner den største reduksjonen i

---

<sup>1</sup> <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/sykdomsbyrden-i-norge-i-2016.pdf>

antall pasientkontakter i gruppen 16-18 år. Nedgangen er på hele 15,7 prosent. Også i aldersgruppen 19-26 år er det registrert en nedgang på 9,7 prosent. Det er ingen grunn til å tro at denne gruppen tidligere fikk fysioterapi uten at det virkelig var behov for det.

Ungdom er økonomisk avhengig av sine foreldre, samtidig som foreldrene ikke nødvendigvis har kunnskap om ungdommenes plager. Fra et likeverdig helse- og omsorgstjenesteperspektiv er det viktig at målgruppen ungdom med habiliterings- eller rehabiliteringsbehov, eller unge med sammensatte fysiske og psykiske plager ikke skal være nødt til å velge bort fysioterapi eller opphold i rehabiliteringsinstitusjon pga. familiens eller egen økonomi. Ungdom som har behov for fysioterapi eller opphold i rehabiliteringsinstitusjon har større og mer sammensatte behov for tjenester enn ungdommer som får sine behov møtt av fastlegen. Videre er det slik at barn og ungdom under 18 år slipper å betale egenandel hos psykolog og tannlege, og det er vanskelig å se hvorfor aldersgrensen for egenandelsfritak skal være lavere hos fysioterapeut enn hos annet helsepersonell.

### **Kunnskap/kompetanse**

Utvalget mener at det er viktig at man fortsetter arbeidet med å styrke forskningen på tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er NFF enige i. Det vi undres over er at det i rapporten flere steder blir understreket at «mange tiltak som iverksettes mangler forskning og systematisk dokumentasjon av effekt». Dette utsagnet blir kontrastert med at «mange tiltak som iverksettes hos fastlegen, tannlegen og tannpleieren har god effekt». Hvorfor nevnes bare disse yrkesgruppene?

Fysioterapi er et etablert fag med betydelig forskningsvirksomhet og en kunnskapsbasert fagutøvelse.

NFF vil også påpeke viktigheten av arbeidsgivers ansvar for at klinikerne kan holde seg faglig oppdatert.

### **Pedagogiske**

NFF vil ønske nasjonale prioriteringsveiledere velkommen, med to viktige forbehold. Det første er at en eventuell veileder legger vekt på rom for faglig skjønn. Det er den enkelte kliniker som møter det enkelte mennesket og som må ha rom for å bruke sitt faglige skjønn for å foreta en helsefaglig vurdering av behovet for helsetjenester i det enkelte tilfelle.

Det andre forbeholdet er at en eventuell veileder utarbeides av en tverrfaglig sammensatt arbeidsgruppe slik at flere perspektiver blir godt ivaretatt.

NFF støtter forslaget om at det opprettes et kompetansemiljø som kommuner og fylkeskommuner kan støtte seg på i prioriteringsarbeidet. Er slikt kompetansemiljø bør være tverrfaglig sammensatt.

Med vennlig hilsen



Fred Hatlebrekke  
forbundsleder