



Det kongelige helse- og  
omsorgsdepartement  
Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

## Høring - NOU om prioritering i kommunal helse- og omsorgstjeneste

### Bakgrunn

Finnmark fylkeskommune har mottatt NOU 2018:16 *Det viktigste først*, om prinsipper for prioritering i den kommunal helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester på høring fra Helse- og omsorgsdepartementet.

I høringsbrevet ber Helse- og omsorgsdepartementet om vurderinger av forslagene i NOU 2018:16, og særlig 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

Finnmark fylkeskommune vil gi innspill på det som gjelder den offentlig finansierte tannhelsetjeneste.

### Bekrivelse

Blankholmutvalget påpeker om behovet for prioritere og utfordringer knyttet til prioriteringer som gjelder både i spesialisthelsetjenesten, i den kommunale helse- og omsorgstjeneste og for offentlig finansierte tannhelsetjenester. Pasienter og brukeres behov, tjenestens innhold, organisering og styring innebærer at rammebetingelsene for prioriteringsbeslutninger i mange tilfeller fremstår som ulike i den spesialisthelsetjenesten, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester.

Blankholmutvalget har gjort skille mellom prioriteringsbeslutninger på henholdsvis faglig og administrativt/politisk nivå. Prioriteringsbeslutninger på faglig nivå dreier seg om beslutninger når

pasienten/brukeren har behov for akutt hjelp, vurderinger om tildeling av tjenester og vurderinger om behandling, oppfølging og tiltak rettet mot enkeltpasienter og – brukere og mindre grupper av pasienter/brukere.

Prioriteringer på politisk og administrativt nivå dreier seg om fordeling av ressurser innad i helse og omsorgstjenesten og mellom helse- og omsorgstjenesten og de øvrige sektorene kommunen har ansvaret for.

Utvalget mener at hovedkriteriene som i dag ligger til grunn i spesialisthelsetjenesten: *nytte, ressurs og alvorlighet*, også er egnet for prioriteringer i den kommunale helse og omsorgstjenesten og for prioriteringer i den offentlige tannhelsetjenesten. Kriteriene bør videre legges til grunn for vurderinger av hvilke tannsykdommer eller tilstander som det skal ytes stønad til over folketrygden. I denne forbindelse vil utvalget peke på at vurderingen av folketrygdens finansiering av tannhelsetjenester ikke prinsipielt skiller seg fra folketrygdens finansiering av legemidler.

Utvalget anbefaler at kommunene i helse- og omsorgstjenesteloven og fylkeskommunene i tannhelsetjenesteloven pålegges en plikt til å innrette tjenestetilbudet i tråd med de foreslåtte prioriteringskriteriene og at kriteriene også tydeliggjøres i regelverk som regulerer helse- og omsorgspersonellens rettigheter og plikter. Utvalget foreslår i tillegg at det foretas en gjennomgang av eksisterende regelverk for å sikre at det støtter opp om en prioritering i samsvar med prioriteringsprinsippene.

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.

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.

## Vurdering

Det har vært flere utvalg som har tatt for seg prioriteringer i helsetjenesten, av forståelige grunner. Norge, selv om det er et lite land med få mennesker, bruker forholdsmessig store ressurser på helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Utredningen gir en grundig redegjørelse for historikk, rammer, organisering, forholdene i andre land, demografiske og sosio-økonomiske ulikheter etc.

Utvalgets konklusjoner er ikke i særlig grad konkrete annet enn nå det gjelder fokus på helhetlig planlegging og gjennomføring av tjenester til pasienter og brukere, ytterligere utredninger og gjennomganger i tillegg til mandat for å prioritere som pålegger plikt til å innrette tjenestetilbudet i tråd med utvalgets kriterier.

Utvalgets kriterier (nytte, ressurs og alvorlighet) er det ikke vanskelig å være uenig i, men utredningen oppleves som noe diffus, som et «forprosjekt» før man går i gang med å beskrive konkrete tiltak. Denne manglende konkretiseringen kan skyldes at utvalgets mandat var å holde seg innenfor uendrede økonomiske rammer for både statlige og (fylkes-) kommunal sektor. Merutgifter de likevel påpeker, vil gå på kostnader til opplæring, veiledning og andre engangskostnader knyttet til å tilpasse seg regelverksendringer. De foreslåtte gjennomgangene av eksisterende regelverk, finansieringsordninger, etablering av et nasjonalt kompetansemiljø for kommunene innen «praktisk prioriteringsarbeid», forsøk, forskning, utarbeidelse av nasjonale veiledere, tilrettelegging av undervisning om prioritering i grunnutdanning og i lederutdanning for

ledere i helse- og omsorgstjenestene vil kreve ressurser som kommunene, fylkeskommunene og Helse- og omsorgsdepartementet må ta innenfor egne rammer. Dette anser vi som urealistisk.

Vi vil hevde at innen tannhelsetjenesten i Finnmark brukes kriteriene som foreslås. Det kan imidlertid variere hvordan de tolkes på individnivå. Det vil være avhengig av utdanning, personlighet, klinikkmiljø, økonomiske rammebetingelser, lederatferd og -stil. De viktigste faktorene for produktivitet, effektivitet, at medarbeiderne presterer optimalt på en arbeidsplass er miljøet (utstyr, redskaper etc.), kompetanse (faglært/ufaglært) og holdninger (verdigrunnlag herunder attityde/innstilling). Synergien av disse faktorene skaper prestasjoner i på enhver arbeidsplass, også i helse- og omsorgssektoren.

En annen ting er om de foreslåtte kriteriene fullt ut dekker tannhelsetjenestens formål og funksjon. Alt arbeid som drives iht. barn og unge, opplysning til foreldre og foresatte, kan ha ikke umiddelbar nyttevirkning, men må sees i et livstidsperspektiv.

Modellen under punkt 18.5.3 (Utdanning og kompetanse) er meget god og synliggjør viktige problemstillinger. Det er essensielt at lederne i helse- og omsorgssektoren og tannhelsetjenesten må tilrettelegge for å få til en prioritering i tråd med prinsippene utredningen foreslår. Spørsmålet er da hvordan det er tenkt at man skal få det til? Det er jo ikke slik at vi ikke benytter oss av prioriteringskriterier i dag, men det må være mer fokus på å bruke ressursene rett. Her kan man diskutere både om gruppeinndelingen etter tannhelsesloven og investeringsaspektet i så måte treffer optimalt og adekvat. Vi vil anbefale at man beholder gruppeinndelingen etter tannhelsesloven for alle praktiske, økonomiske og administrative formål («sørge-for-ansvaret» er av oppsøkende art, det er krav om tilgjengelighet og en mest mulig effektiv utnyttelse av tildelte ressurser).

Rent konkret vil vi anbefale en utvidelse av gr. D til 23 år.

I Finnmark reiser mange hjemmefra for å gå på videregående skole allerede i 15-16-årsalderen, og pådrar seg således lånebelastninger i tidlig alder. Vi «mister» mange av dem, selv om klinikkene anstrenger seg for å kalle dem inn i skoleferiene; når de vet de er hjemme. De aller fleste reiser bort for å studere etter v.g. skole, og mange vil da etter 20 år ikke ha råd til å gå til tannlegen, spesielt ikke de som har lånebelastninger fra før.

Vi mener også at C2 kommer meget skjevt ut, da kommunene har organisert helse- og omsorgstjenestene på ulike måter, i.e. hjemmesykepleie er ikke lenger så entydig. Dessuten bør man vurdere andre kriterier enn «pleie i sammenhengende 3 måneder eller mer» og at «pleien må ha skjedd minst én gang pr uke over tre måneder eller mer.» (Sitat paragraf 2 i Forskrift og merknader til forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten; FOR 184-05-24 nr 1268).

Her står det også: «Andre grupper som det er naturlig å gi tilbud om vederlagsfri tannhelsetjeneste er f.eks. personer med et tilsvarende omsorgsbehov som dem som blir tatt hånd om av hjemmesykepleien, men som ikke mottar hjemmesykepleie fordi f.eks. familien, hjemmehjelpere, diakonat, frivillige organisasjoner eller lignende tar seg av den nødvendige pleien». Vår erfaring er at dette er lite kjent i tannhelsetjenesten, og at det der det er kjent er usikkerhet mht. praktisering pga. defineringsproblematikk. Her bør det ryddes opp slik at det blir lik praktisering av et lett forståelig, omforent regelverk.

Kapittel 18.5.2 (Oppbygging av et nasjonalt kompetansemiljø) leser vi som en innrømmelse av at dette ikke er lett og vil kreve mye. Prioriteringsveileder lik spesialisthelsetjenesten er ikke aktuelt å innføre for tannhelse. Hva er meningen med å ha felles prioriteringskriterier når de må tolkes så forskjellig for tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten? Hvis man skal ha noe felles, bør det være fordi det er egnet å ha felles. Når det skal tolkes forskjellig, vil det jo ikke bli likt uansett.

TannBarn er et godt eksempel på et hjelpemiddel, men her og er det også rom for ganske mye tolkning. Hvordan retningslinjen blir brukt rundt omkring på de ulike klinikkene eller i fylkene, er en utfordring for ledere på alle nivå i tannhelsetjenesten.

Kapittel 18.2.4 (Regulering av prioriteringsprinsipper) tar for seg de som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven og § 5-6; stønad til tannbehandling. Det er behov for å se på disse mht. å hjelpe de som trenger det mest. Samtidig skal slike støtteordninger være universelle slik at alle støtter opp om et felles helsesystem. Såkalte «selvforskyldte» lidelser og begrepet «verdig trengende» bør vi slippe å forholde oss til i Norge i den offentlige helsetjenesten, da det kan føre galt av sted hvis man åpner for å bruke moral som kriterium.

Gruppe C2 «hjemmesykepleie» er, som vi har vært inne på, et eksempel på at enkelte innen en gruppe får urimelige rettigheter og at tilbudet kan praktiseres ulikt. Grupper innen hjemmehjelpsomsorgen har erfaringsmessig hatt mer behov for vederlagsfri tannbehandling ref. «de som trenger det mest». Her bør man vurdere faktorer som hhv. økonomi og psykiatri hvis man går grundigere inn i problemkomplekset med tanke på lov- og forskriftsendringer.

Tannhelse til befolkningen er priggitt gjennom særskilt tannhelselov og forskrift, i tillegg til innslagspunkt i lov om Folketrygd. Avledede tjenester er et problem for tannhelsetjenesten, det vil si at noen andre har lagt premissene for tjenester; behandlingsressurser som utløses i tannhelsetjenesten. Her burde diagnosekriteriet vektlegges for å få en mer treffsikker ordning til beste for pasientene.

Kapittel 18.3.2 (Egenandel) konkluderer med at det i praksis er så mange usikkerhetsfaktorer tilknyttet innføring av graderte egenandeler, at utvalget ikke vil foreslå egenandel som et prioriteringsinstrument i helse- og omsorgstjenesten. Utvalget mener at regelverket bør gjennomgås med sikte på å vurdere bruken opp mot prioriteringsproblematikken. I tannhelse går det mye tid tapt på at mange i de prioriterte gruppene, spesielt ungdom, ikke møter til timene. Det er ikke uvanlig med «ikke-møtt» på mellom 10-20 prosent (klinikkene anstrenger seg selvsagt for å fylle opp med andre pasienter). På landsbasis utgjør dette et stort ressurstap, og en egenbetaling for de som har tilbud og ikke kommer til timene, bør kunne vurderes. Den offentlige tannhelsetjenesten får et økende ansvar for sårbare grupper som er mer eller mindre ustabile; rus, psykiatri, TOO. Det er ikke disse gruppene vi tenker bør få en egenbetaling, da formålet med helse- og omsorgstjenester er å sikre tilgang til forsvarlige tjenester uavhengig av økonomisk evne. Noe annet er at samspillet mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste kunne vært interessant å se på i denne sammenheng hvis man ønsker optimal utnytting av ressurser ut fra en helhetsbetragtning; pålagt samarbeid og fordeling av pasienter. Dette vil få implikasjoner for finansiering av det totale tannhelsetjenestefeltet i samfunnet, men ligger utenfor utvalgets mandat. Likevel mener vi det er relevant mht. vurderingen av total ressursutnyttelse av tannhelsetjenesten.

Utvalgets forslag til kriterier kapittel 14.7 (Kriterier) kan virke som de ikke treffer helt for tannhelsetjenesten. Ord som overlevelse og risiko for død er ikke begreper tannhelsepersonell befatter seg med, men i kapittel 15 beskrives praktisk anvendelse av kriteriene, og dette gjør det hele mer forståelig.

Et viktig poeng er at prioriteringskriterier ikke må føre til at vi på sikt skal drive med mindre forebyggende tiltak. Fylkeskommunen har en plikt til å drive med forebygging og må dette også gjenspeiles i prioriteringskriteriene - hvis ikke vil det forebyggende arbeidet på sikt ikke bli prioritert. Hensikten med prioriteringskriterier bør være at det vi faktisk skal prioritere, blir prioritert. Hvorfor skal politikerne bevilge penger til forebygging hvis det ikke skal prioriteres?

Avslutningsvis ønsker vi å gi vår tilslutning til at vi må ha gode kvalitetssystemer i helsetjenesten – dvs. treffsikker, god og trygg kvalitet iht. nasjonale strategier og retningslinjer (vi må ikke tvinge en ny hverdag inn i gamle folder, men være innovative mht. brukernes skiftende behov). Vi må åpne mer for forskning og systematisk kvalitetsforbedring og ikke minst samarbeide på tvers i helse- og omsorgstjenesten slik at pasienten får helhetlige, etisk forsvarlige, sikre og koordinerte tjenester.

Med hilsen

Tore Gundersen  
Kultur- og miljøsjef

Torill Helene Lauritsen  
Fylkestannhelsesjef

*Dette dokumentet er godkjent elektronisk og har derfor ikke underskrift.*