

Helsedirektoratet, 22. mai 2019

Sak: Helsedirektoratets høringsuttalelse til NOU 2018: 16

Saksnummer: 19/5826

Saksbehandler: Seniorrådgiver Kjartan Sælensminde

Godkjent elektronisk av: Divisjonsdirektør Sissel Husøy og Avdelingsdirektør Fredrik A.S.R. Hanssen

# Helsedirektoratets høringsuttalelse til NOU 2018:16 "Det viktigste først. Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester"

## 1 Hovedbudskap

Helsedirektoratet støtter utvalgets overordnede prinsipielle anbefaling om at de samme kriteriene for prioritering; nytte-, ressurs- og alvorlighetskriteriet, kan anvendes i både spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten for å oppnå likeverdige helsetjenester. Helsedirektoratet støtter også anbefalingen om at fysisk, psykisk og sosial *mestring* med fordel kan tas inn i nytte- og alvorlighetskriteriet.

Helsedirektoratet er enig med utvalget i at åpne prosesser basert på legitime og anerkjente prinsipper for prioritering, kan bidra til aksept for beslutningene som tas. Direktoratet mener at flere av de foreslåtte virkemidlene er egnet til å fremme åpenhet omkring prioriteringsprosessene og at enkelte av tiltakene også kan bidra til større grad av likhet i prioriteringsbeslutningene.

Det gjenstår imidlertid en del utredningsarbeid før enhetlige prinsipper og kriterier for prioritering kan operasjonaliseres på en konsistent måte for hele helsetjenesten. Skal man oppnå dette, kan man for eksempel ikke legge ulikt innhold inn i kriteriene, måle innholdet ulikt, og heller ikke vekte kriteriene ulikt. Dessuten er det mange ulike virkemidler som kan anvendes for å oppnå likeverdige helsetjenester, og det mangler ofte kunnskap om tiltakenes effekt og virkemåte. Felles for disse, enten det er juridiske-, økonomiske- eller andre virkemidler, er at de bør vurderes mht. måloppnåelse iht. de overordnede prioriteringskriteriene, før de iverksettes.

Kommunenes ansvarsområde strekker seg utover å gi innbyggerne gode helse- og omsorgstjenester. De skal også bidra til å nå overordnede politiske mål på folkehelseområdet og på andre områder som gir befolkningen velferd. Dessuten ligger mange av virkemidlene som kommunene rår over innenfor andre samfunnssektorer enn helse- og omsorg. Etter Helsedirektoratets mening tilsier dette at forebyggingstiltak i større grad bør vurderes anvendt for å oppnå bærekraftige og samfunnsøkonomisk gode løsninger på helsemessige utfordringer.

## 2 Innledning

Først en takk til utvalget som har gjort gode prinsipielle vurderinger og gitt anbefalinger om kriterier som kan bidra til å oppnå konsistente prioriteringer i hele helsetjenesten. Utvalget har også i noen grad pekt på hva som må/kan gjøres videre av faglig/metodisk karakter for å kunne anvende kriteriene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Her ligger det mange vanskelige spørsmål og avveininger som gjennom utredningen er gitt et godt grunnlag for videre arbeid.

## 3 Synspunkt på utvalgets prinsipielle tilnærming og hovedgrep i sin bevarelse av oppdraget

### 3.1 Tilslutning til hovedkriteriene, men utfordrende operasjonalisering gjenstår

Utvalgets konklusjon er at hele helse- og omsorgstjenesten bygger på det samme verdigrunnlaget og bør anvende de samme prinsippene for prioritering. Utvalget mener dessuten 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. Dette er en prinsipielt viktig konklusjon som legger et grunnlag for konsistente verdibaserte prioriteringsbeslutninger i hele helse- og omsorgstjenesten, og som Helsedirektoratet støtter. Når det kommer til operasjonalisering gjenstår det imidlertid en hel del vurderinger og konkretiseringer.

### 3.2 Ivaretagelse av grunnleggende behov i prioriteringsdiskusjonen

En sentral problemstilling i utredningen er knyttet til ivaretagelse av grunnleggende behov. Helsedirektoratet er enig i at det synliggjøres at kommunene har en forpliktelse til å sørge for grunnleggende, basale behov for de som ikke er i stand til å ta vare på seg selv.

Samtidig er det ikke uproblematisk å skulle trekke et skille mellom hva som er grunnleggende behov og hva som ikke er det. Vanskelighetene gjelder både det prinsipielle og det metodiske, og både på individnivå og på gruppenivå. Dersom enkelte tjenester eller enkelte brukere skal unntas fra prioriteringsvurderinger i kommunene, vil dette utfordre legitimiteten og by på pedagogiske utfordringer. Det er uheldig om de vurderingene som gjøres knyttet til dette spørsmålet blir ulike fra kommune til kommune, fordi det da vil kunne settes spørsmål ved om det eksisterer et reelt etisk imperativ bak slike ulikheter.

Budsjettmessig er det trolig at de såkalte grunnleggende tjenestene vil binde opp en vesentlig del av kommunenes budsjett til helse- og omsorgstjenester. Hvordan dette vil påvirke prioriteringsmulighetene og -prosessene er i liten grad problematisert i utredningen, og vil kreve betydelig videre arbeid og avklaringer.

### 3.3 Mestring som del av nytte- og alvorlighet støttes, men operasjonalisering gjenstår

Helsedirektoratet mener det er viktig og positivt at utvalget tar opp fysisk, psykisk og sosial mestring som prioriteringskriterium. Dette er særlig relevant for kommunal sektor, med det ansvaret kommunene har for kontinuerlige tjenester, men også relevant for spesialisthelsetjenesten. Det pekes på at formålsbestemmelsene i helselovene forutsetter

samhandling mellom tjenestenivåene. Helsedirektoratet mener at både kravet til samhandling og bruk av fysisk, psykisk og sosial mestring i vurdering av både alvorlighets- og nyttekriteriene tilsier at mestringskriteriet må utvikles for alle tjenesteområder som møter de som har behov for behandling eller bistand. Vi ser behov for vurderinger av hvordan forståelse og bruk av mestringskriteriet skal utvikles i spesialisthelsetjenesten. Store deler av gruppene som ikke erfarer fysisk-, psykisk- og sosial mestring er dessuten mottakere av bistand fra NAV. Tjenestene i NAV bør derfor også inngå i en slik utvikling av mestring som kriterium for prioritering.

En annen side ved å inkludere mestring som kriterium for prioritering er at tiltakene må utformes for at den det gjelder skal oppleve mestring på egne premisser. For mange er arbeid en sentral faktor for å oppleve mestring. I tidligere utredninger har en valgt å se bort fra deltakelse i arbeid som mål for arbeidet, hovedsakelig fordi arbeid i hovedsak ble tolket som samfunnsnytte. Dersom en inkluderer mestring som kriterium vil det også være relevant å inkludere arbeid som et personlig valgt mål, som er sentralt i mestring for mange. Det er viktig å skille mellom nytten av arbeid, på person og på samfunnsnivå.

Hvis man skal inkludere *helseeffekten* av å være i arbeid i analyser i helsesektoren, kan man bruke et generisk instrument som måler helserelatert livskvalitet på en slik måte at den faktiske arbeidsevnen inngår i dimensjonen som skal fange opp evnen til "mestring av daglige gjøremål". Dette er slik det f.eks. gjøres i instrumentet EQ5D for måling av helserelatert livskvalitet. I og med at EQ5D er det mest brukte instrumentet for måling av kvalitetsjusterte leveår (QALY), vil nytten av helseeffekten av å være i arbeid allerede være inkludert i de fleste helseøkonomiske analysene som gjøres. Hvor store justeringer som må gjøres for å utvide nyttekriteriet på området mestring, slik utvalget foreslår, bør derfor vurderes (jf. avsnitt om QALY versus MCDA under).

### **3.4 Samme kriterier i hele helsetjenesten? Behov for metodiske vurderinger**

For å oppnå konsistente prioriteringer i hele helse- og omsorgstjenesten gjennom anvendelse av de foreslåtte kriteriene er det behov for en del videre metodiske vurderinger og avklaringer. Dette dreier seg f.eks. om i hvor stor grad *funksjonsforbedring*, som inngår i spesialisthelsetjenestens kriterier (og også er med i utvalgets forslag til kriterier for den kommunale helse- og omsorgstjenesten), allerede fanger opp deler av det som er tenkt å inngå i *mestring*. Dette dreier seg også om hvor vidt mestring også bør tas inn i spesialisthelsetjenestens nytte- og alvorlighetskriterier dersom funksjonsforbedring ikke fanger opp alle dimensjoner med livskvalitet som er ønskelig å ha med. Sist, men ikke minst, dreier det seg om nytte og alvorlighet kan måles ved gode leveår, og om kvalitetsjusterte leveår (QALY) kan brukes som uttrykk for gode leveår slik dette allerede gjøres i spesialisthelsetjenesten. Selv om utvalget har trukket noen prinsipielle konklusjoner og kommet med anbefalinger om prioriteringskriteriene, gjenstår det likevel en del før det kan anvendes på en konsistent måte. Dette er utdypet under.

### **3.5 QALY versus MCDA**

Utvalget har pekt på at for tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil i mange tilfeller mestring av livssituasjonen være det sentrale målet og helsemessig funksjonsforbedring mer underordnet. Da vil kvalitetsjusterte leveår (QALY) og instrumenter for å måle helserelatert livskvalitet, slik disse er utformet og anvendes for tiltak i

spesialisthelsetjenesten, ikke fullt ut være dekkende. Utvalget har derfor både pekt på en utvidelse av QALY (E-QALY) som et alternativ og anvendelse av en metodikk betegnet Multi Criteria Decision Analysis (MCDA) som et annet alternativ. Hva utvalget egentlig anbefaler her virker litt uklart. Dessuten mangler det en prinsipiell vurdering av disse to alternativene opp mot mål om konsistens mht. prioriteringer i hele helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet gir derfor her noen innspill til en slik vurdering og en anbefaling.

Metodikken i MCDA er i prinsippet ikke forskjellig fra QALY-metodikken. I begge tilfeller inngår det ulike kriterier/dimensjoner av helse eller annet som man ønsker å måle den relative vekten av og deretter summere til et mål som kan brukes til å rangere tiltak. Det er imidlertid betydelig forskjell mht. metodikkens modenhetsnivå, utvikling og anvendelse. Mens QALY-metodikken anvendes i betydelig grad for tiltak i spesialisthelsetjenesten og politisk har fått sin tilslutning iht. Meld. St. 34 (2015-2016) der også vektning av kriteriene nytte, ressurs og alvorlighet er fastslått, er MCDA langt mer uferdig. Dessuten er det et ubesvart spørsmål hvordan man skal kunne få konsistente prioriteringer i hele helse- og omsorgstjenesten hvis MCDA med egne kriterier og egen vektning skal anvendes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, mens QALY-metodikk anvendes i spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet mener man i det videre prinsipielle og metodiske prioriteringsarbeidet i helsetjenesten bør basere seg på det omfattende arbeidet som er nedlagt i Meld. St. 34 (2015-2016) og denne meldingens foregående NOU-er og andre grunnlagsdokumenter. Helsedirektoratet anbefaler derfor at de generiske instrumenter for måling av helserelatert livskvalitet, og som allerede anvendes i spesialisthelsetjenesten, også satses på som instrumenter for måling av livskvalitet og mestring av det å leve med sykdom og omsorgsbehov for tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

I en slik satsing kan en ta utgangspunkt i det mest brukte instrumentet EQ-5D og hva som der allerede er inkludert av kriterier om mobilitet, personlig stell og "mestring" av vanlige gjøremål som f.eks. arbeid, studier, husarbeid, familie eller fritidsaktiviteter. Dessuten kan en vurdere andre instrumenter som 15D, som i tillegg f.eks. har med kriterier som har med syn og hørsel å gjøre og som derfor kan være mer relevant for eldre med omsorgsbehov. Dessuten pågår det allerede et arbeid om bedre tilpasning av EQ-5D til å kunne måle nytte av tiltak i omsorgssektoren (jf. vedlegget til utredningen utarbeidet av Augestad og Rand). I tillegg er det verdt å nevne at det nylig er utarbeidet en ny norsk tariff (vekter) for 15D som i større grad samsvarer med tariffen for EQ5D. Dette gir større muligheter til konsistent anvendelse av ulike generiske QALY-instrumenter.

I denne sammenheng kan det også være et poeng at selv om multikriterieanalyse og hypotetiske verdsettingsmetoder er vanlig å anvende for å fremskaffe befolkningens preferanser for ulike nytte-dimensjoner (f.eks. reisetid, komfort, forsinkelser, luftforurensning, støy, ulykkesrisiko) i transportsektoren, har også Statens vegvesen i sin siste håndbok 172 for konsekvensanalyser anbefalt å anvende QALY-metodikk for å kunne håndtere helseeffekter på en måte som er konsistent med f.eks. en skadegrads faktiske helseinnhold. Konsistent håndtering av liv og helse mellom ulike samfunnssektorer er altså et mål som er innenfor rekkevidde. Dette bør være av interesse for kommunene som både

har ansvar for helse- og omsorgstjenester og andre tjenester som påvirker befolkningens liv og helse.

### **3.6 Kommunenes brede samfunnsoppdrag har betydning for prioritering av forebyggingstiltak – Uavklarte målkonflikter og metodiske utfordringer**

Utvalget mener at kommunens brede samfunnsoppdrag er et forhold som får betydning for innretning og anvendelse av prioriteringskriteriene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten. Dette er Helsedirektoratet enig i.

Flere steder i utredningen beskrives betydningen av forebyggende innsats i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det påpekes at forebygging er en lovpålagt del av helsetjenestens virksomhet. Videre refererer utredningen til forhold ved dagens organisering av helsetjenesten som motvirker en økt satsing på forebygging. Helsedirektoratet stiller seg bak utvalgets beskrivelse av betydningen av forebyggende innsats i kommunale helsetjenester.

Et bredt samfunnsoppdrag tilsier at kommunene også har ansvar for tiltak som har helsegevinster i andre sektorer og forebyggende helsetjenester. Utvalget foreslår at dagens praksis med 4% diskontering av helsegevinster bør utredes, med tanke på de negative effektene dette har på aktivitet for forebygging. Helsedirektoratet støtter dette forslaget.

Kommunene sitt brede ansvar for folkehelse og andre samfunnsoppgaver tilsier at prioriteringene i kommunene ofte vil være på sentralt administrativt- og politisk nivå. Da vil et samfunnsperspektiv i mange tilfeller fremstå som et relevant perspektiv på analysene, og man vil kunne oppleve at tiltak gis ulik prioritet avhengig av om man velger å anvende et samfunnsperspektiv eller et (helse)tjenesteperspektiv. For eksempel kan det oppstå et konsistensproblem dersom NAV (og andre etater i andre sektorer) gjør analyser i et samfunnsperspektiv der de inkluderer verdien av produksjonen og gjerne også andre nyttevirksomheter enn helse, mens analyser i helsesektoren har et mer begrenset helsefokus og et tjenesteperspektiv.

I dette ligger det både fremtidige uavklarte målkonflikter og metodiske utfordringer dersom ulike sektorer anvender ulike perspektiv i sine analyser. En tilgrensende metodisk inkonsistens som har betydning for prioritering av forebyggende folkehelseiltak oppstår ettersom helsesektoren i sine tiltaksanalyser gjerne tar utgangspunkt i målet om redusert sykdomsbyrde og at konsumenten/pasienten kan trenge hjelp til å håndtere risikofaktorer, mens andre sektorer gjerne legger til grunn en antagelse om konsumentsuverenitet og at helseeffekter er et resultat av frie og opplyste valg i sine tiltaksanalyser.

### **3.7 Tannhelse**

For tannhelsetjenesten er Helsedirektoratet enige i at de generelle prioriteringskriteriene bør gjelde. Det kan imidlertid være noen praktiske utfordringer med å benytte kriteriene for tannhelseområdet. Det er dessuten nødvendig å gjennomgå regelverket for hvem som skal få tjenester. Vi støtter derfor utvalgets forslag om en slik gjennomgang, for å sikre at gruppene som gis rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten og som gis stønad fra folketrygden er i tråd med utvalgets forslag til prioriteringskriterier.

Utvalget foreslår at det etableres et nasjonalt kompetansemiljø som kommunene kan støtte seg til i praktisk prioriteringsarbeid. Dette mener Helsedirektoratet også må gjelde for tannhelsetjenesten.

### **3.8 Mangelfull kunnskap om effekt av tiltak er en utfordring**

Helsedirektoratet deler synspunktet om at mangelfull kunnskap om effekten av tiltak er en utfordring med tanke på å ta gode prioriteringsbeslutninger. Og dermed at det er viktig at "arbeidet med å styrke forskningen på tiltak i den kommunale helse- og omsorgssektoren og tannhelsetjenesten fortsetter". Når det gjelder områdene psykisk helse og rus vil vi imidlertid påpeke at det også innenfor spesialisthelsetjenesten er mangelfull kunnskap om effekten av tiltak, og at dette innebærer en utfordring med tanke på å ta gode prioriteringsbeslutninger.

### **3.9 Flere konkrete eksempler ville styrket utredningen**

Utredningen bygger på tidligere utredninger om prioriteringer i spesialisthelsetjenesten og vurderer så hvordan dette kan overføres til kommunal sektor. I denne vurderingen kunne det vært sett mer på hvilke konkrete konsekvenser anbefalingene vil få for tiltak i kommunene/fylkeskommunen.

Helsedirektoratet anser at bruk av flere konkrete eksempler fra kommunene på utfordringer knyttet til prioriteringer som gjøres i dag, for så å drøfte dette opp mot de foreslåtte kriteriene nytte, ressurs og alvorlighet, hadde styrket utredningen. Konkrete eksempler er ønskelig både for prioriteringer på klinisk nivå, gruppenivå, administrativt nivå og politisk nivå.

4 Er virkemidlene som foreslås i innstillingen egnet for å støtte opp om prioriteringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene?

#### **4.1 Juridiske virkemidler**

##### *Lovfeste overordnet prioriteringsplikt*

Helsedirektoratet er positive til forslaget om å lovfeste en plikt for kommuner og fylkeskommuner til å innrette tjenestetilbudet i tråd med de overordnede prioriteringskriteriene, på samme måte som det er foreslått for spesialisthelsetjenesten. En slik plikt vil tydeliggjøre hvilke avveininger som skal gjøres når tjenester planlegges og når det vurderes hvilket tilbud som skal gis.

Vi antar det vil være aktuelt å ta inn en bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven som tilsvarer bestemmelsen som er foreslått tatt inn i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at helse- og omsorgstjenesteloven omfatter mange ulike tjenester, og skal dekke mange ulike behov. Det kan gjøre det utfordrende å finne gode betegnelser som beskriver hva prioriteringsvurderingen skal knyttes til.

##### *Forskriftsfeste vilkår for rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester*

For spesialisthelsetjenesten har den formaliserte prioriteringsvurderingen vært knyttet til vurdering av rett til nødvendig helsehjelp når pasienter er henvist fra primærhelsetjenesten.

Vilkårene for rett til helsehjelp er tatt inn i prioriteringsforskriften, som er gitt med hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b.

Hvis de generelle prioriteringskriteriene innføres for kommunene på overordnet nivå, bør det vurderes å sette tilsvarende vilkår for retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. For eksempel kan det forskriftsfestes, med hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a, at pasienten eller brukeren må ha nytte av tiltaket, og ressursbruken må stå i et rimelig forhold til den forventede nytten av tiltaket for at pasienter og brukere skal ha rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen.

Utvalget tar utgangspunkt i reguleringen av prioriteringer i spesialisthelsetjenesten, og foreslår blant annet detaljerte prioriteringskriterier etter mønster av prioriteringsforskriften § 2a. Det er imidlertid mange forskjeller mellom spesialisthelsetjeneste og den kommunale helse- og omsorgstjenesten som medfører at denne typen regulering ikke nødvendigvis er overførbart. Forskjellene gjør det vanskelig å se for seg en nasjonal operasjonalisering av prioriteringskriteriene for enkelttjenester eller enkelte grupper av pasienter/brukere, slik det er gjort i prioriteringsveilederne for spesialisthelsetjenesten.

Forskjeller som er av særlig betydning:

- Kommuner varierer mye i størrelse, kompetanse, utfordringer og muligheter, og må innrette helse- og omsorgstjenestene etter dette. Det er derfor stor variasjon i tjenestetilbud, hvordan de er utformet/organisert og hvem som vurderer ulike spørsmål. Operasjonaliseringen av prioriteringskriteriene kan derfor ikke være lik kommunene imellom.
- Spesialisthelsetjenesten vurderer pasienter som allerede har blitt vurdert av fastlege/fagperson og henvist til en del av spesialisthelsetjenesten. I kommunen kommer henvendelser og søknader direkte fra pasienter, brukere og pårørende, uten å være forhåndsvurdert av en fagperson. I tillegg har kommunen ansvar også for å tilby tjenester der kommunen selv har blitt oppmerksom på et behov. Diagnoser kan være fraværende, behovene lite kartlagt og utredet, og utfordringsbildet stort og mangfoldig. De som skal kartlegge tjenestebehov, vurdere om tjenester skal tilbys og i så fall i hvilken form og hvilket omfang, forholder seg dermed til et betydelig mer komplisert virkelighetsbilde enn de som gjør rettighetsvurderinger i spesialisthelsetjenesten.
- De kommunale saksbehandlerne forholder seg til et mye mer omfattende regelverk enn de som gjør rettighetsvurderinger i spesialisthelsetjenesten. Både pasient- og brukerrettighetsloven, helse- og omsorgstjenesteloven og forvaltningsloven og ulovfestede forvaltningsrettslige prinsipper er av betydning for vurderinger og saksbehandling. Saksbehandlerne er som hovedregel ikke jurister. Dersom det innføres detaljerte kriterier for prioritering på individnivå, vil regelverket kompliseres ytterligere. Vi frykter at dette kan bli uhåndterlig for saksbehandlerne, og dermed ikke bidra til bedre prioriteringer, men heller til dårligere regelverkoverholdelse samlet sett.
- Det er mindre systematisert kunnskap om nytte av ulike tiltak i helse- og omsorgstjenesten enn i spesialisthelsetjenesten.

Det ovenstående kompliserer en operasjonalisering og implementering av detaljerte prioriteringskriterier på individnivå.

### *Helsepersonells prioriteringsplikt*

Utvalget anbefaler at de foreslåtte kriteriene for prioritering også tydeliggjøres i regelverket om helse- og omsorgspersonells rettigheter og plikter, men har ikke konkretisert forslaget ut over å vise til helsepersonelloven §§ 4, 6 og 16.

Vi er enige i at helsepersonell er viktige prioriteringsaktører. Vi mener likevel det ikke er hensiktsmessig å regulere prioriteringskriteriene i helsepersonelloven. Forsvarlighetskravet i § 4 og ressursbruksbestemmelsen i § 6 i helsepersonelloven innebærer en plikt for helsepersonell til å prioritere ut fra alvorlighet, nytte og ressursbruk, og vi mener dette er tilstrekkelig. Helsepersonelloven regulerer for øvrig rettigheter og plikter for helsepersonell også i helprivat virksomhet.

Det er heller ikke slik at alt helsepersonell i det daglige tar prioriteringsbeslutninger. Slike beslutninger er særlig knyttet til overganger som oppstart, overflytting og avslutning av behandling. Det er derfor spørsmål om det er hensiktsmessig å tydeliggjøre de generelle prioriteringskriteriene i helsepersonelloven. Etter vår mening vil det ha større betydning for prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten at prioriteringsprinsippene lovfestes på tjenestenivå (administrativt nivå) og ikke for enkeltpersonell.

Det vil være behov for veiledning og opplæring for helsepersonell dersom prioriteringsprinsippene tas inn i tjenestelovgivningen og eventuelt i forskrift om rett til nødvendig helse- og omsorgstjenester med hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a. Dette vil antakelig ha større effekt enn endring av helsepersonelloven. Det kan også vurderes å ta inn bestemmelser om prioritering i forskrifter som regulerer enkelte kommunale tjenester, eksempelvis helsestasjons- og skolehelsetjenesten eller fastleger.

### **4.2 Økonomiske virkemidler**

Blankholm-utvalget foreslår at de samme prinsippene som ligger til grunn for prioriteringer i spesialisthelsetjenesten gjøres gjeldende for helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Utvalget erkjenner imidlertid at det i "liten grad er undersøkt om dagens finansieringsmodeller i helse- og omsorgssektoren understøtter riktige prioriteringer, og mener følgelig det bør foretas en gjennomgang av hvorvidt finansieringsordningene støtter opp om prioritering i henhold til prinsippene som foreslås".

Helsedirektoratet slutter seg til denne konklusjonen, men vil påpeke at en og samme finansieringsordning i ett tilfelle kan støtte opp om prioriteringskriteriene, men i et annet tilfelle kan samme virkemiddel motvirke god prioritering. F.eks. er øremerkete tilskuddsordninger i samsvar med prioriteringene når de retter seg mot et tjenestetilbud der vurdering av nytte og alvorlighetsgrad tilsier at tilbudt kapasitet i en kommune er altfor liten. På den annen side kan øremerkete ordninger medføre uheldige vridninger i lokale prioriteringer. Det samme kan gjelde innretning av takstordninger. En gjennomgang av finansiering og prioritering må også omhandle analyser av de ulike finansieringsordningene sine insentivvirkninger. Det må da tas hensyn til at finansieringsordningene i helse- og omsorgssektoren fungerer i en omfattende totalkontekst. Det er denne konteksten som prioriteringsbeslutninger tas innenfor.

Til tross for påpekning av behov for ytterligere utredning av sammenhengen mellom finansieringsordninger og prioritering, anbefaler utvalget i avsnitt 18.3 at rammestyring



(rammefinansiering) videreføres som grunnmodell for finansiering av kommuner. Helsedirektoratet støtter dette, men vil i tillegg foreslå en normativ beregningsmetode for fordeling av rammen på sektorområder og kommuner. Også med en normativ modell baseres tildelingen på objektive kriterier, men der det tas utgangspunkt i fastsatte normer og standarder for tjenesteinnhold i henhold til prioriteringskriterier.

### **4.3 Pedagogiske virkemidler**

Utredningens kapittel 16.2 handler om kunnskap om hvordan kommunene prioriterer. Budskapet er at det mangler kunnskap om prioriteringspraksis i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Slik er det også i spesialisthelsetjenesten. (REF: Prioritering på klinisk nivå. Prosjekt-rapport 15. november 2018. Helsedirektoratet.) Med bakgrunn i dette prosjektet mener Helsedirektoratet det er en rekke felles utfordringer i helsetjenesten, uavhengig av nivå. Vi støtter forslagene om tiltak (18.7) som peker på grunnutdanning, lederutdanning, systematisk erfaringsdeling og arbeid med Kliniske etikk-komiteer i kommunene.

Fastleger og kommuneleger er viktige premissleverandører for prioriteringer i kommunen. Legenes kompetanse i prioriteringskriterier vil derfor være av stor betydning. Også andre helsepersonellgrupper, som fysioterapeuter, har utvidete rettigheter som henvisningsrett til spesialisthelsetjenesten som innebærer at de bør ha kunnskap/kompetanse om prioriteringskriterier og eventuelle prioriteringsverktøy. Vi støtter utvalget (kap. 18.5.3 om utdanning og kompetanse) i at kunnskap om prinsipper for prioritering og etisk refleksjon knyttet til prioriteringer skal inngå i læringsutbyttebeskrivelsene i de nasjonale faglige retningslinjene for alle helsefagutdanningene på universitets- og høyskolenivå. I tillegg vil vi nevne betydningen av at kommunene tar i bruk spesialistutdanningen for allmennlegene som en arena for trening i prioriteringskriterier- og verktøy i praksis.

Helsedirektoratet er også enig med utvalget (kap. 18.4. Pedagogiske virkemidler) i at prioriteringskriteriene må legges til grunn når nasjonale faglige retningslinjer og veiledere utarbeides og revideres. Vi arbeider med å gjøre dette enda tydeligere i våre anbefalinger. Utvalget peker på en viktig problemstilling i så måte, ved å fremheve at kunnskapsgrunnlaget for tiltak i kommunesektoren ofte er lite kjent.

### **4.4 Kunnskap, kompetansemiljø og ledelse**

Utvalget foreslår å etablere et nasjonalt kompetansemiljø som kommunene kan støtte seg til i praktisk prioriteringsarbeid. Dette forslaget støttes av Helsedirektoratet.

For utvikling av relevant og nyttig styringsinformasjon vil et slikt nasjonalt kompetansemiljø, ikke bare gi nyttige innspill til kommuner og fylkeskommuner, men også til andre arenaer som for eksempel Helsedirektoratet. Ved etablering av et slikt kompetansemiljø anbefales det at Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) sees på som en ressurs og har en rolle som sentral aktør i tilrettelegging og tilgjengeliggjøring av registerdata som ligger til grunn for prioriteringsarbeidet.

Vi vil i tillegg understreke at prioriteringer - selv med veiledning og retningslinjer- vil være et anliggende for kliniske vurderinger, kompetanse og erfaring. Utfordringer som går på tvers

av fagområder kan bli nedprioritert når hvert enkelt forvaltningsorgan arbeider for å nå egne mål og oppnå resultater internt. God ledelse og en kontinuerlig tverrfaglig kompetansebygging vil også kunne gi en betydelig gevinst.

#### **4.5 Data til beslutnings- og prioriteringsstøtte**

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) ble lansert i april 2018. Med KPR og NPR får vi informasjon om hele befolkningens samlede forbruk av helse- og omsorgstjenester i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Norge er nå i en særstilling med personidentifiserbar helseinformasjon som gjør det mulig å se pasientforløpene i primær- og spesialisthelsetjenesten i sammenheng – altså helhetlige pasientforløp.

Blankholmutvalget anbefaler at KPR får en innretning som gjør at kommunene kan benytte det i sitt arbeid med vurdering av prioriteringsspørsmål. Forslaget gjenspeiler KPRs hovedformål, som er å bidra til styring, utvikling, forvaltning av kommunale helse- og omsorgstjenester. Helsedirektoratet anser derfor dette forslaget som et naturlig steg i utviklingen av tjenester og leveranser fra KPR.

Tannhelsetjenesten, både privat og offentlig, er i dag i høy grad digitalisert. Det er også utviklet et hensiktsmessig kodeverk (SNOMED CT) som ved en eventuell opprettelse av et tannhelseregister, som en del av KPR, både på nasjonalt, lokalt og i egen praksis vil kunne gi data til prioriteringsstøtte.