

Vedlegg 1

NOU 2014:12 Åpent og rettferdig- prioriteringer i helsetjenesten

Utvalgte områder KS peker på som tema for høringsuttalelse fra KS/ kommunene.

Innledning

Prioritering er en politisk og faglig prosess og prioritering innen helsetjenesten er og må være en del av en større samfunnsmessig prosess bygd på verdier som har oppslutning i befolkningen. Selvsagt må det prioriteres; en krone brukt på et tiltak, kan alternativt brukes på et annet tiltak der det kan gjøre mer nytte og bidra mer til måloppnåelse. Prioriteringene må hvile på verdier og mål som det er enighet om i samfunnet. Ressurser er begrenset og må brukes effektivt.

Erfaring viser at prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten oppleves som særlig vanskelige både fordi trygghet for liv og helse oppleves som et helt vesentlig velferdsgode, men like mye fordi forholdet mellom befolkningens forventninger, teknologiske muligheter og økonomiens rammer utfordres nettopp i helsetjenesten.

Regjeringen legger fram Norges tredje nasjonale utredning om prioritering i helsetjenesten, dette er et krevende område som til enhver tid krever oppmerksomhet og debatt.

Forskjellen i målsettinger og oppgaver i helsetjenesten

Målsettinger og oppgaver i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er forskjellige. Det innebærer at grunnlaget for å foreta prioriteringer også blir ulikt. Mens spesialisthelsetjenesten som regel har hovedfokus på diagnose og behandling for én diagnose om gangen, ivaretar kommunehelsetjenesten helheten. Det betyr ivaretagelse av pasientenes funksjonsevne og mulighetene til å greie seg selv som får stor betydning for livskvalitet først og fremst, men også overlevelse.

Dette blir spesielt tydelig når utredningen gjør rede for krav til dokumentasjon som grunnlag for prioriteringer (se kap.10.4). Utredningen tar utgangspunkt i dokumentasjon i faglige retningslinjer som gjelder for enkeltdiagnoser. Pasienter som mottar pleie- og omsorgstjenester i kommunene har i gjennomsnitt 4-5 behandlingstrengende kroniske sykdommer.

KS ser at utredningen i svært stor grad har fokus på prioriteringer innenfor spesialisthelsetjenesten. KS savner tydeligere drøftinger av prioriteringsdilemmaene kommunale helse- og omsorgstjenester. Kommunene får flere yngre brukere med omfattende behov, flere eldre og kompliserte oppgaver overføres fra sykehusene. Mange av disse har svært kompetanse- og ressurskrevende behov.

Demografiske endringer med flere eldre, rask utvikling i medisinsk teknologi og folks økende forventninger til hva helsevesenet skal tilby, vil sette helsesektoren under konstant press i årene fremover.

Prioritering i kommunehelsetjenesten

Kommunehelsetjenesten og pleie- og omsorgssektoren i kommunene er omtrent like stor som spesialisthelsetjenesten.

Utvalget skiller mellom kommunehelsetjenesten og omsorgssektoren. Utvalget har i hovedsak konsentrert seg om det som oppfattes å være helsetjenesten, men har likevel i noen tilfeller valgt å berøre omsorg. Utvalget sier at helsetjenester og omsorgstjenester ofte er knyttet sammen. Et eksempel er temaet omsorg ved livets slutt. Utvalget har lagt til grunn at disse spørsmålene ligger utenfor mandatet, men ønsker samtidig å peke på at prioritering i omsorgssektoren bør være tema for framtidig utredning.

19. mars 2012 ble det presentert en orienteringssak i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering om temaet prioritering i kommunal helse- og omsorgstjeneste. I diskusjonen ble det påpekt at det bør utredes om dagens prioriteringskriterier for spesialisthelsetjenesten bør suppleres med andre kriterier i kommunehelsetjenesten.

Kommunal sektor står i små og store prioriteringsvalg hver dag, og valg handler om ofte uløselige dilemma. Valgene består ikke nødvendigvis av å sette grenser på et visst nivå, men å velge mellom likeverdige og helt forskjellige formål. Det kan være nødvendig å kartlegge og å belyse prioriteringsutfordringene i kommunal sektor. Dette kan være et godt utgangspunkt for nasjonale diskusjoner om fremtidens utfordringer, om muligheter og begrensninger i ressurser, om etiske dilemma og om rettigheter og plikter. Det kan også være et utgangspunkt til å diskutere hva den enkelte ansatte har behov for som hjelp til de daglige prioriteringene.

Samhandling og prioritering

God samhandling mellom nivåer, linjer og aktører i helsetjenesten er en viktig forutsetning for et godt tjenestetilbud, god ressursutnyttelse og effektiv prioritering i helsetjenesten. Beslutninger i ett nivå av tjenesten kan påvirke ressursbruken i det andre nivået. Dette gjelder begge veier. Ett eksempel er hjemmerespiratorbehandling. Et annet eksempel er utskrivningspraksis fra sykehusene (pasientene er sykere og mer omsorgstrengende ved utskrivelse enn før).

KS ønsker drøfting av i hvilken grad samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er nødvendig for å kunne foreta riktige prioriteringer for de pasienter som skal tilbake til kommunale tiltak.

Det var og er bred politisk enighet om utfordringsbildet som ligger til grunn for samhandlingsreformen:

1. Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester
2. Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forbygge sykdom
3. Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Samhandlingsreformen ble innledet med at regjeringen ville, gjennom samhandlingsreformen, søke å sikre en fremtidig helse- og omsorgstjeneste som både svarer på pasientens behov for koordinerte tjenester, og som også svarer på de store samfunnsøkonomiske utfordringene. Lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted, skal fortsatt være den viktigste bærebjelken i den norske velferdsmodellen.

Lokaldemokrati og prioritering

Lokaldemokrati bygger på prinsippet om at avgjørelser skal tas nær dem det gjelder. Demokratiet er avhengig av deltakelse fra borgerne. Muligheten for å bli hørt og for innflytelse er en viktig forutsetning for engasjement. Kommunene skal derfor i størst mulig grad ta avgjørelser i saker som angår innbyggerne.

Lokale beslutninger, prioriteringer og preferanser kan føre til variasjoner i praksis mellom kommunene, noe som kan utfordre prinsippet om lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester uavhengig av bosted. På den annen side kan variasjon gjenspeile fleksible tjenester, ulike demografiske forhold og lokale prioriteringer og dermed hensiktsmessig tilpasning til lokale forhold.

Kommunens hovedansvar er å arbeide for innbyggernes behov og interesser. Kommunestyret er den overordnede instans og har ansvaret for «sørge-for-ansvaret» og det handlingsrommet som til enhver tid finnes.

Prioritering er en samfunnsmessig, politisk prosess der mange aktører deltar, men hvor det til syvende og sist er det politiske system, politikere valgt av borgerne som står ansvarlig.

KS savner en nærmere drøfting av forholdet mellom lokale og nasjonale prioriteringer og hvordan lokaldemokrati og lokal myndighet kan være en del av nasjonale prioriteringsspørsmål. Det kan eksempelvis være vanskelige prioritering mellom helsefaglige og ledelsesfaglige prioriteringer og kommunenes begrensede faglige og økonomiske ressurser.

KS er opptatt av at beslutninger tas nær innbyggerne, at innbyggerne kan få gode pasientforløp basert på fleksible og tilpassede tjenester og at statlige satsinger og lovverk understøtter likeverdige tjenester gjennom kommunens helsetjeneste

Retningslinjer og veiledere

Selv om forskningen som kan legge et grunnlag for prioritering i kommunehelsetjenesten er sparsom, finnes det elementer som kan bidra i prioritering. Populasjonen i kommunehelsetjenesten er annerledes enn i sykehuset. I kommunehelsetjenesten er det sannsynlig at funksjonsforbedrende tiltak (hjelpemidler og rehabilitering) og forebygging av risikofaktorer (legemiddelinteraksjoner, depresjoner, underernæring, fall, brann, mm.) blant multisyke vil komme høyt generelt, men i kommunehelsetjenesten spesielt, hvis utredningens overordnede kriterier for prioriteringer legges til grunn. Det er derfor en vesentlig mangel ved utredningen når den bare ett sted gir en kort omtale om multisyke som en utfordring ved prioritering (vedlegg 4). Pasienter med multisykdom står for 2/3 av utgiftene til helsetjenestene, hvor hovedtyngden faller på kommunehelsetjenesten. Hvordan denne gruppen blir prioritert kan derfor få stor innvirkning på hele helsetjenesten. Det er denne gruppen som vil vokse mest i årene som kommer.

Allmennleger i kommunehelsetjenesten har en sentral oppgave når det gjelder tilgangen til nødvendige spesialisthelsetjenester både i rollen som fastlege, legevaktslege, tilsynslege og flere andre roller. Utredningen kaller det for en portvaktfunksjon fordi reglene krever at det normalt skal foreligge en henvisning som begrunner behovet. Utredningen påpeker en stor variasjon mellom allmennlegene i antall henvisninger og antyder at det kan være et uttrykk for mangelfull prioritering av pasienter som har behov for spesialisthelsetjenester. Årsakene til den store variasjonen er imidlertid mer sammensatt enn det som blir fremstilt, se vedlegg.

Mandatet sier at utvalget skal vurdere behovet for prioriteringsveiledere for helsehjelp også utenfor spesialisthelsetjenesten, samt fastlegens rolle som portvakt for å sikre en rettferdig og rasjonell utnyttelse av ressursene. KS etterlyser en grundigere gjennomgang av årsaksforholdene for variasjoner i henvisningspraksis, slik det fremgår over.

KS ønsker en diskusjon om det å definere 80 år som grense for «gode leveår» samtidig bidrar til ubevisste/indirekte nedprioriteringer av behov til pasienter/ brukere over 80 år?

QUALY

Utvalget har ensidig valgt QALY som definitor for «gode leveår». Det er ingen balansert beskrivelse av begrensningene ved QALY-verktøyet. Det nevnes kun at det ikke er ferdig utviklet og at det har noen mangler, men dette konkretiseres ikke. *KS etterlyser at begrensningene med verktøyet belyses.*

Tilgjengelighet

Tilgjengelighet til helsetjenester er et meget etterspurt gode som må veies opp mot andre goder. Kommunene prioriterer tilgangen til pleie- og omsorgstjenester innen stramme budsjetttrammer og med knapphet på plasser, fagpersoner og kompetanse. Tilgangen varierer mellom kommunene.

Fastlegene synes å være særlig utsatt for tilgjengelighetskrav. Det er hensiktsmessig å øke oppmerksomheten og ressurstilgangen, inkludert årsverk, til kommune- fremfor spesialisthelsetjenesten. Tilgjengelighet er et viktig redskap for prioritering og må brukes med forsiktighet og på grunnlag av konsekvensanalyser.

Beslutningsgrunnlaget for prioritering

I tillegg til analyser av helseøkonomi, statistikk og epidemiologi kan bedre innsikt vinnes ved å se på finansieringsordningene i helsesektoren, og de vridningseffekter disse kan ha i forhold til overordnede mål for helsesektoren.

KS etterlyser et godt beslutningsgrunnlag- for de prioriteringsvalgene som gjøres både på faglig nivå og på det politisk- administrative nivå.

Nasjonale råd og nasjonale strategier

KS ønsker å diskutere hva som skal til for å styrke ansvarlige beslutningstakere i prioriteringsspmå, både sentrale og lokale beslutningstaker.

Vedlegg

Det er to hovedveier inn i spesialisthelsetjenesten, enten som henvising fra allmennlegen om direkte øyeblikkelig innleggelse eller til poliklinikk konsultasjon. Det siste handler om elektiv behandling, hvorav halvparten blir ferdigbehandlet ved poliklinikken. Den andre halvparten henviser poliklinikklegen videre til innleggelse til dag- eller døgnbehandling. Grovt sett står allmennlegene slik for halvparten av innleggelsene i sykehus. For den andre halvparten er det spesialistene selv som har vurdert at innleggelse er nødvendig. Økningen i innleggelser for øyeblikkelig hjelp fra allmennleger har de siste 10 årene vært langt mindre (om lag 2% per år) enn økningen i innleggelse for døgn og dagbehandling effektivt av spesialisthelsetjenesten selv.

Om lag 80 % av innleggelsene for øyeblikkelig hjelp kommer fra legevakten. I mindre kommuner er det i all hovedsak fastlegene som bemanner legevakten. I byer er det ofte andre og yngre leger på legevakt. Stabile og lett tilgjengelige fastleger på dagtid reduserer bruken av spesialisthelsetjenester.

Det er funnet en 3-5 ganger variasjon i henvisninger mellom allmennleger. Variasjonen er minst når det gjelder øyeblikkelig hjelp. Den største variasjonen gjelder henvisning til elektiv behandling (poliklinikk). Internasjonale studier viser at bruken av spesialisthelsetjenesten i stor grad er en refleksjon av spesialisthelsetjenestens egen aktivitet. Variasjonen mellom sykehus er her like stor som mellom allmennlegene. Når det har vært en sterk økning i f.eks. henvisninger til operasjon for

muskel-sene betennelser i skulder de siste 10 årene, er ikke det noe som allmennlegene har funnet på, men en respons på praksis i spesialisthelsetjenesten. En av de viktigste grunnene til å henvise til spesialisthelsetjenesten er å få fastslått diagnose og vurdert om den er behandlingstrengende. Spesialisthelsetjenestens praksis har derfor også stor innflytelse på problemet med overdiagnostikk som utredningen nevner i samband med fastlegene. Det er her også viktig å peke på at pasienter informerer hverandre om hvilke undersøkelser og behandlinger som de har fått i spesialisthelsetjenesten og slik oppstår det et press på allmennleger om å henvise.

Når man vurderer allmennlegenes henvisningspraksis, er det også helt sentralt at det skjer ut i fra karakteristika ved befolkningen som allmennlegene betjener – enten som fastlege eller legevaktslege. Det gjelder spesielt kjønns- og aldersfordeling, yrke og inntekt. Det er i undersøkelser blitt hevdet at bare 10 % av variasjonen mellom allmennleger kan tilskrives personlige forhold ved legen, og for legene ser det ut til at den viktigste faktoren er villigheten til å tåle usikkerhet.

Vedlegg 2: NOU 1214:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetenesten

<https://www.regjeringen.no/contentassets/16a0834c9c3e43fab452ae1b6d8cd3f6/no/pdfs/nou201420140012000dddpdfs.pdf>