

SAKSPAPIR

Saksnr	Utval	Type	Dato
009/19	Ungdomsrådet	PS	08.05.2019
011/19	Eldrerådet	PS	14.05.2019
012/19	Levekårsutvalet	PS	14.05.2019
016/19	Råd for menneske med nedsett funksjonsevne	PS	13.05.2019

Saksbehandlar		ArkivsakID
Pia Charlotte Aarsand Syversen		19/1326

NOU 2018: 16 Det viktigste først- høyringsuttale

Vedlegg :

NOU 2018_ 16 Det viktigste først (2)

Rådmannen sitt framlegg til vedtak

Lindås kommune gir uttale i samsvar med vurderingane gitt i saksutgreiinga.

.....

Ungdomsrådet - 009/19

UR - behandling:

Ungdomsrådet takkar for orienteringa og støttar uttala.

UR - vedtak:

Rådmannen sitt framlegg til vedtak

Lindås kommune gir uttale i samsvar med vurderingane gitt i saksutgreiinga.

.....

Saksopplysningar:

Politisk handsaming

Saka skal til uttale i Eldreråd, Levekårsutvalet.

Saka skal til innstilling i Levekårsutvalet.

Saka skal avgjerast i Levekårsutvalet.

Bakgrunn

Dei som tek avgjerder i helse- og omsorgstenestene må ofte ta vanskelege avgjerder der dei må prioritere mellom ulike tenesteområde, brukarar og pasientar. Prinsipp for prioritering gir kjørereglar for desse vala. Dersom prinsippa ikkje er tydelege vil fordelinga av helse- og omsorgstenestene bli meir tilfeldig og målet om likeverdig tilgang vil vere vanskelegare å oppnå. Prinsippa for prioritering skal bidra til at ressursane brukast der dei gir størst nytte, og på dei som treng det mest.

Regjeringa oppnevnte i 2017 eit utval som i mandatet er beden om å vurdere om prinsippa som gjeld for spesialisthelsetenesta, også kan nyttast i den kommunale helse- og omsorgstenesta og det offentleges ansvar for tannhelsetenester. Kriteria som gjeld for spesialisthelsetenesta i dag er nytte, ressurs og alvorlegheit. Prinsipp for prioritering må forstås som skildring og anvending av kriteria. Det blir skilt mellom prioriteringar på høvesvis fagleg og administrativt/politisk nivå. Utvalet understrekar at dei ulike nivåa ikkje er uavhengige av kvarandre og at dei må bli sett i samanheng.

Prioriteringsavgjerder på fagleg nivå dreier seg om avgjerder når pasienten/brukaren har behov for akutt hjelp, vurderingar om tildeling av tenester og vurderingar om behandling, oppfølging og tiltak retta mot enkeltpasientar eller brukarar og mindre grupper av pasientar/brukarar.

Prioriteringar på politisk nivå og administrativt nivå dreier seg om fordeling av ressursar innan helse- og omsorgstenesten, og mellom helse- og omsorgstenesten og dei øvrige sektorane kommunen har ansvaret for. Ressursar må fordelast mellom ulike formål. Helse- og omsorgspersonell må ta vanskelege avgjerder som handlar om å prioritere mellom ulike brukarar/pasientar og prioritere kva type tiltak som skal bli sett i verk.

Mange pasientar vil gjennom sitt sjukdomsforløp motta tenester frå både den kommunale helse- og omsorgstenesta og spesialisthelsetenesta. Prioritering i heile helse- og omsorgstenesta bør difor prioriterast på dei same prinsippa. Utvalet meiner at hovudkriteria som i dag ligg til grunn i spesialisthelsetenesta; nytte, ressurs og alvorlegheit, og er eigna for prioriteringar i den kommunale helse- og omsorgstenesta.

Utvalet foreslår følgjande kriterium:

Nytterkriteriet:

Eit tiltaks prioritet aukar med den forventa nytten av tiltaket. Den forventa nytten av eit tiltak blir vurdert ut i frå om kunnskapsbasert praksis seier at tiltaket aukar sannsynet for:

- Overleving eller redusert funksjonstap.

- Fysisk eller psykisk funksjonsforbetring.
- Reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag.
- Auka fysisk, psykisk og sosial meistring.

Ressurskriteriet:

Eit tiltaks prioritet aukar dess mindre ressursar det legg beslag på. Ressurskriteriet skal ikkje brukast aleine, men saman med dei to andre hovudkriteria for prioritering.

Alvorlegheitskriteriet:

Eit tiltak sin prioritet aukar i tråd med alvorlegheita av tilstanda. Kor alvorleg ein tilstand er vurderast ut i frå:

- Risiko for død eller funksjonstap.
- Graden av fysisk eller psykisk funksjonstap.
- Smerter, fysisk eller psykisk ubehag.
- Graden av fysisk, psykisk og sosial meistring.

Kriteria bør danne eit naturleg grunnlag for prioriteringsavgjerdar på alle nivå i helse- og omsorgstenesta, frå politisk og administrativt nivå til fagleg nivå, det vil seie i helse- og omsorgspersonellet sitt møte med pasient og brukar.

Utvalet meiner det er relevant å ta omsyn til konsekvensar i andre sektorar når ressursbruk eller ressursbesparing direkte kan bli knytta til tiltak i helse- og omsorgssektoren. Det vil kunne vere tiltak som blir gjennomført i den kommunale helse- og omsorgstenesta som blir motivert av og påverker ressursbruk i andre kommunale sektorar.

Det er i liten grad undersøkt om dagens finansieringsmodellar i helse- og omsorgssektoren byggjer opp om riktige prioriteringar. Difor meiner utvalet at det bør bli gjort ein gjennomgang av finansieringsordningane for å sjå om dei støttar opp om prioritering i henhold til prinsippa.

Vidare meiner utvalet at det bør bli utarbeidd nasjonale prioriteringsveileddarar som skildrar korleis nytte og alvorlegheitskriteriet normalt skal tolkast ved tildeling av vedtaksbaserte kommunale tenester. Prioriteringsprinsippa bør også bli lagt til grunn når nasjonale faglege retningslinjer og veileddarar vert utarbeidd og revidert.

Vurdering

«NOU 2018: 16 Det viktigste først» peiker på viktige utfordringar når det gjeld prioritering i helse- og omsorgstenesta. Lindås kommune støttar forslaga til kriterium for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstenesta og for offentleg finansierte tannehelsetenester som er presentert. Utvalet peikar på viktige punkt i denne samanheng:

-Utvalet meiner det bør bli gjort ein gjennomgang av om finansieringsordningane støttar opp om prioritering i henhold til prinsippa. Utvalet presiserer at i ein slik gjennomgang bør også regelverk knytt til eigendelar bli inkludert.

-Riktige prioriteringar krev god avgjerdsstøtte. Det bør bli utarbeidd nasjonale prioriteringsveileddarar som skildrar korleis nytte- og alvorlegheitskriteriet normalt skal bli tolka

ved tildeling av vedtaksbaserte kommunale tenester.

-For å støtte opp om og veilede kommunane i avgjerder som gjeld grupper av pasientar eller brukarar, foreslår utvalet at det blir oppretta eit nasjonalt kompetansemiljø som kommunane og fylkeskommunane kan støtte seg til i det praktiske prioriteringsarbeidet.

Lindås kommune har i tillegg følgjande kommentarar til NOU 2018:16:

1. Konsekvensane av manglande tilbod om sengeplass
2. Førebygging, behandling, rehabilitering og meistring i kommunen
3. Avgjerder i spesialisthelsetjenesta skal ikkje gje konsekvensar for kommunane
4. Krav fremma av andre hensyn påverkar prioritering i kommunane sine helse- og omsorgstenester.
5. Fokus på enkeltsaker kan påverke prioritering
6. Rettleiing til spesialisthelsetenesta.
7. Økonomiske og administrative konsekvensar

1. Konsekvensane av manglande tilbod om sengeplass

I innleiinga til Kapittel 10 «Hva skiller prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fra spesialisthelsetjenesten?», skriv utvalet:

«Tjenestene har vidare til felles at dei som tek avgjerder både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ofte må ta vanskelige avgjerder som handler om å prioritere mellom ulike brukere og pasienter. Ressurser må fordeles mellom ulike formål, et gitt antall sengeplasser på sykehus eller sykehjemsplasser må fordeles til de som trenger det mest, og ansatte må disponere dagen til det beste for pasienter og brukere».

Når ein pasient som blir tilvist frå kommunehelsetenesta, ikkje blir prioritert til ein sengeplass i sjukehuset, er det kommunen som må gi eit tilbod og følgje pasienten opp. Det er også kommunen sjølv som må sørge for forsvarlege helse- og omsorgstenester til dei som ikkje får plass i ein seng på sjukehus.

2. Førebygging, behandling, rehabilitering og meistring i kommunen

I kapittel 10: «Hva skiller prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fra spesialisthelsetjenesten?» blir det peikt på viktige skilnader mellom kommunane sin helse- og omsorgsteneste og spesialisthelsetenesta. Kommunane har eit breitt samfunnsoppdrag.

I Kapittel 10.2.1 «Mestring» skriv utvalet:

«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».

Dei aller fleste pasientar og brukarar som får eit helse-, pleie og omsorgstilbod i kommunane er ikkje i kontakt med spesialisthelsetenesta for det aktuelle sjukdomstilfellet.

Dei fleste innbyggjarane oppsøker sin fastlege jamleg, og målsettinga for konsultasjonane er å bidra til at pasientane blir så friske som mogleg. Målsettinga for store deler av pleie- og omsorgstenestene er det same: tidsavgensa heimesjukepleie og/eller korttidsopphald i sjukehem i eit sjukdomsforløp. I tillegg er det sjukdommar og forverringar som oppstår også i langvarige pleie- og omsorgsforløp, som blir behandla i kommunehelsetenesta med formål om å «gjøre pasientene så friske som mulig». I tillegg vil kommunale helse- og omsorgstenester ha som mål å bidra til at pasientane/brukarane kan meistre å leve med sin tilstand. Kommunane kan ikkje «skrive ut» pasienten til andre, og har eit tilbod i heile forløpet: førebygging, diagnostisering, behandling, rehabilitering, og pleie- og omsorg, inkludert palliasjon (lindrande behandling).

3. Avgjerder i spesialisthelsetjenesta skal ikkje gje konsekvensar for kommunane

I Kapittel 12.3 «Beslutninger i spesialisthelsetjenesten får konsekvenser for kommunene» kan ein lese:

«I tråd med samhandlingsreformen er flere og mer avanserte oppgaver blitt lagt til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Blant annet har kommunene fått en plikt til å etablere et tilbud om øyeblikkelig hjelp i kommunene».

Det er ikkje avgjerder i spesialisthelsetenesta som fører til at oppgåver blir lagt til kommunane. Kommunalt tilbod om øyeblikkeleg hjelp døgnplassar er lovbestemt. Det er kommunane sjølv som avgjer korleis dei vil innrette tilbodet, og dette er eit reint kommunalt ansvar på linje med andre kommunale helse- og omsorgstenester.

Helse- og omsorgstjenestelova §6 og spesialisthelsetjenestenslova § 2-1 e seier at kommunane og helseføretaka skal inngå ein avtale som mellom anna skal omhandle *«enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre»*. Avtalepartane skal vere likeverdige. Dersom spesialisthelsetenesta sett i verk endringar som påverkar kommunane utan at det er avtalt, er det i strid med lovparagrafane. Det er likevel spesialisthelsetenesta som tek avgjerd om når ein pasient er «utskrivingssklar», men spesifikke krav skal vere oppfylt før ein slik avgjerd. Utskriving av for sjuke pasientar gir kommunane ekstra oppgåver, og det er naudsynt at spesialisthelsetenesta syter for at alle

som tek avgjerd om at ein pasient som treng kommunale tenester er utskrivingsklar, kjenner til kriteria som er gitt i [«Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter» § 9 punkt a-e](#).

I Kapittel 12.5 «Avansert og kostbar teknologi og legemidler», blir det skildra korleis tiltak som blir sett i verk i spesialisthelsetenesta får økonomiske konsekvenser for kommunane. Dersom samarbeidsavtalen mellom kommune og spesialisthelseteneste blir etterlevd, vil kommunane delta i planlegging av tiltak som vil bli vidareført etter utskriving.

4. Krav fremma av andre hensyn påverkar prioritering i kommunane sine helse- og omsorgstenester

Fråværsregelen i vidaregåande skule har etter alt å døme ført til auka press på fastlegane og auka konsultasjonar for 16-18-åringar (<https://tidsskriftet.no/2017/08/originalartikkel/legesokning-og-legemiddeluttak-etter-innforing-av-nye-fravaersregler>).

Vi må rekne med at dette har påverka tilgangen til allmennlegetenester for andre pasientgrupper, og dette påverkar ressursane i fastlegetenesta, og prioriteringane har blitt endra. Redusert kapasitet hos fastlegane kan ein forvente å særleg gå ut over dei pasientane som ikkje sjølv lett oppsøker eller etterspør allmennlegetenester.

5. Fokus på enkeltsaker kan påverke prioritering

I Kapittel 17.3 «Medienes rolle» blir det peika på at fokus på enkeltsaker kan bidra til å undergrave målet om ei riktig fordeling av helseressursane:

«Ved at noen saker blir et tema i mediene, settes en dagsorden som er med på å prege offentlig debatt og politiske utspill. Saker som settes på medienes dagsorden, får oppmerksomhet og blir derfor definert som relevante, viktige og aktuelle. I prioriteringssammenheng skaper dette en utfordring fordi mediene ved å fokusere på lett salgbare enkeltsaker, kan bidra til å undergrave målet om en riktig fordeling av helseressursene».

I tillegg kan pårørende og/eller brukarar sjølv nokon gongar ta direkte kontakt med politikarar, med forventning om at det skal påverke korleis deira sak blir prioritert.

6. Rettleiing til spesialisthelsetenesta

I Kapittel 18.4.2 «Henvisningsveiledere» er det fokus på rettleiing til kommunehelsetenesta når det gjeld tilvising til spesialisthelsetenesta. Det er grunn til å peike på at det er eit minst like stort behov for rettleiarar for spesialisthelsetenesta om korleis dei skal «tilvise» pasientar til kommunehelsetenesta. Ei utskriving av ein pasient som treng kommunale helse- og omsorgstenester kan vere eit døme på ei slik «tilvising».

For tidlege utskrivingar av for sjuke pasientar fører til ei dreining av tilbodet i kommunane. Det påverkar kommunane sine prioriteringar når ressursar blir styrt inn mot pasientar som eigentleg høyrer heime i sjukehus. Desse pasientane blir ofte innlagd i sjukehus igjen etter kort tid, og det kan vere både ei belastning og kan bidra til helserisiko for pasientane. Erfaringar frå mange kommunar er at ulike sjukehusavdelingar forstår begrepet «*utskrivingsklar*» forskjellig, og krava for når ein pasient kan bli definert som utskrivingsklar etter *Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter*, er truleg ikkje godt nok kjent i spesialisthelsetenesta. «Utskrivingsveiledere» utforma for å kvalitetssikre det viktige arbeidet med overføring av pasientar frå sjukehus til kommunale helse- og omsorgstenester blir stadig viktigare ettersom vi får færre sjukehussenger, kortare liggetid og fleire pasientar med samansette sjukdomstilstandar.

7. Økonomiske og administrative konsekvensar

I Kapittel 19 «Økonomiske og administrative konsekvenser» blir det konkludert med at: «Samlet sett forventes ikke forslaget å føre til endringer i det samlede ressursbehovet for kommunene eller fylkeskommunene.»

Denne konklusjonen kjem overraskande etter at utvalet har sagt at: «Forslag til regulering av kriterier for prioritering for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, for den offentlige tannhelsetjenesten og for helse- og omsorgspersonells rettigheter og plikter vil kunne medføre noen kostnader for kommuner og fylkeskommuner. Dette vil gjelde opplæring, veiledning og andre engangskostnader knyttet til å tilpasse seg regelverksendringene.» Dei forventar ein meir effektiv bruk av ressursane sidan «kommunesektoren får et klart mandat til å prioritere i samsvar med de foreslåtte prinsippene for prioritering.» Utvalet har ikkje begrunna dette nærmare.

Ofte ser vi at kommunane får nye oppgåver som ikkje blir finansiert fullt ut. Dersom kommunane får fleire oppgåver i ulike sektorar, utan tilstrekkeleg finansiering, vil dette auke problema med prioritering mellom sektorane.

.....

