



Rådmann/kommunalsjef helse- og omsorgstjenesten

14.01.2015

NOU 2014:12 Åpent og rettferdig- prioriteringer i helsetjenesten

KS har fått en del henvendelser fra kommuner med ønske om råd til kommunens arbeid med høringsuttalelsen. Utredningen henvender seg til helse- og omsorgssektoren.

KS har utarbeidet et notat til hjelp for kommuner og fylkeskommuner i deres arbeid med høringsuttalelsen. Notatet omfatter;

- kort historikk for arbeidet med prioritering i helsetjenesten
- kortversjon, sammendrag av selve utredningen
- synliggjøring av noen viktige områder

KS sin høringsuttalelse vil bli behandlet i Hovedstyret onsdag 18.februar 2015.

KS har valgt ut og synliggjør noen viktige områder i utredningen. Det er også andre områder som KS vil komme tilbake til i sin høringsuttalelse, som det av tidsmessige grunner må arbeides mer med. Det tas forbehold om at arbeidet med KS sin høringsuttalelse vil kunne ta opp nye områder og eventuelt endre noe ved behandling i Hovedstyret.

KS ønsker med dette lykke til i arbeidet med høringsuttalelsen.

Med vennlig hilsen

Tone Marie Nybø Solheim
Avdelingsdirektør
Avdeling helse og velferd, KS

Kort historikk for arbeidet med prioritering i helsetjenesten

I Norge ble det tidlig, sett i internasjonal sammenheng, nedsatt et offentlig utvalg (Lønning I) for å utrede prioritering i helsetjenesten (NOU 1987:23). I 1990 kom forskrift om ventelisteregister i spesialisthelsetjenesten.

Et nytt utvalg (Lønning II) leverte sin utredning ”Prioritering på ny: Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste” i 1997 (NOU 1997: 18).

En del av mandatet var å utarbeide retningslinjer for prioriteringer i helsetjenesten som en videreføring av det tidligere arbeidet. Retningslinjen skulle danne grunnlag for ordningen med ventetidsgaranti og nye lovfestede pasientrettigheter, for eksempel rett til nødvendig spesialisthelsehjelp og rett til fritt sykehusvalg.

Det har siden vært et vedvarende fokus på prioritering i helsetjenesten. Nasjonalt råd for prioritering i helsetjenesten ble etablert i år 2000.

Den første lov om pasientrettigheter trådte i kraft i 1999 med endringer som styrket pasientrettighetene ytterligere fra 2001. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) skal bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten (§1-1).

Loven fastslår at pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp og rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten (§2-1). Bestemmelsene i pasientrettighetsloven er presisert i prioriteringsforskriften som sist ble endret i 2004, men den gjelder kun for spesialisthelsetjenesten.

Kommunehelsetjenesten er ikke omfattet av prioriteringsforskriften og er foreløpig stort sett lite fokusert i prioriteringssammenheng. Dette til tross for at kommunehelsetjenesten og pleie- og omsorgssektoren i kommunene til sammen er omtrent like stor som spesialisthelsetjenesten, og til tross for at beslutninger foretatt i ett nivå av helsetjenesten påvirker ressursbruken i det andre nivået.

«**NOU 2014:12 Åpent og rettferdig- prioriteringer i helsetjenesten**» handler om et komplisert og vanskelig tema som bare i begrenset grad lar seg operasjonalisere i tydelige og omforente retningslinjer.

Utredningen er likevel viktig fordi samfunnet til enhver tid bør holde diskusjonen om prioritering i helsetjenesten levende fordi den vil endre seg over tid og fordi prioritering i helsetjenesten må ses som en del av samfunnets totale prioritering og fordeling av ressurser mellom samfunnssektorer. Prioritering er slik sett en politisk prosess som krever oppslutning og legitimitet i befolkningen.

NOU 2014:12 Åpent og rettferdig- prioriteringer i helsetjenesten

Kortversjon, sammendrag av selve utredningen

Hver eneste dag tas det tusenvis av prioriteringsbeslutninger i norsk helsetjeneste. Selv i vårt rike land må vi av og til si nei til tilbud med liten helsegevinst og stor ressursbruk til fordel for tilbud til andre pasienter som trenger det mer. I andre tilfeller kan lav prioritet innebære at pasienter må vente lenger eller betale noe eller alt selv.

Prioritering har store konsekvenser og angår mange ulike interesser. Prioritering handler om liv og død, sykdom og lindring, enkeltmenneskers historier og befolkningens helse. Prioritering handler også om kompliserte, medisinske beslutninger, faglig prestisje, sterke økonomiske interesser og politisk styring. Prioritering vekker derfor følelser og debatt.

Med så mye på spill er riktig prioritering helt avgjørende. Vi prioriterer aktivt fordi vi ønsker en god og rettferdig fordeling av helse og helsetjenester. For å oppnå dette er åpen og rettferdig prioritering grunnleggende. Idealet om åpenhet tilsier at prioritering bør skje i åpne prosesser hvor all, kjent kunnskap blir vurdert, alle argumenter blir lagt fram, alle parter blir hørt, brukerne har innflytelse og relevante hensyn blir veid mot hverandre.

Idealet om rettferdighet tilsier at prioritering må bygge på likebehandling og vektlegge dem vi kan hjelpe mest og som er dårligst stilt. God prioritering krever også forutsigbarhet. Vanskelige valg bør følge prinsipper, kriterier og prosedyrer vi på forhånd har kommet frem til i felleskap. Disse er mer enn veiledende. De binder beslutningstakeren til masten og bør følges, nettopp når det stormer som verst.

Vi prioriterer fordi vi ønsker en bedre helsetjeneste og en rettferdig fordeling av helse og helsetjenester. Prioriteringsarbeidet i Norge står i dag foran fem utfordringer:

1. et gap mellom ressurser og behov
2. et gap mellom mål og resultater
3. underliggende drivere som motvirker god prioritering
4. mangler i dagens rammeverk for prioritering
5. uavklarte spørsmål om riktig prioritering

En uttalt målsetning for den norske helsetjenesten er god befolkningshelse. Et samlemål for befolkningens helse er forventet levealder ved fødsel. Norge faller på rangeringer av verdens land etter høyest forventet levealder.

Samtidig bruker Norge betydelig ressurser på helsetjenesten. Norge har for eksempel den nest største legetettheten og den femte største sykepleiertettheten per innbygger i OECD-sammenlikninger av land. Selv om det ikke er noe åpenbart svar, gir en slik sammenstilling av mål, resultater og ressursbruk grunn til å spørre om Norge får nok ut av sine helseressurser.

Kriteriene som det i dag prioriteres etter, ble utformet for snart 20 år siden og er modne for revisjon. I løpet av disse årene har kriteriene vært forsøkt anvendt på flere områder. Mest systematisk er de brukt ved vurdering av om nye legemidler skal tas opp i blåreseptordningen og ved sykehusenes vurdering av om en pasient har rett til nødvendig helsehjelp eller ikke. Det underliggende hensyn bak alvorlighetskriteriet, at rettferdighet tilsier høyere vektlegging av helsegevinster som tilfaller de dårligst stilte, har derfor i for liten grad blitt vektlagt. Ved sykehusenes vurdering av om en pasient har rett til nødvendig helsehjelp eller ikke, har alvorlighetsgrad ofte blitt forstått som hastegrad, og kunnskapsgrunnlaget for vurderinger av nytte og kostnadseffektivitet har vært mangelfullt.

Det finnes mange uavklarte spørsmål om hvordan man bør prioritere, og disse utgjør en utfordring for prioriteringsarbeidet. Dette gjelder generelle spørsmål som hvorvidt vi bruker for lite ressurser på forebyggende tiltak eller for mye på kostbare legemidler for langt kommet kreft. Ifølge nyere studier er

det forventet flere hundre nye legemidler og nye behandlingsformer. Det vil si ny og kostbar teknologi som kan gi relativt små, men viktige helsegevinster for enkeltpersoner. Norge kan ikke fortsette å behandle slike saker enkeltvis uten økt bevissthet om konsekvensene for hele helsesektoren. Manglende eller feil prioritering kan gi mange «tause tapere».

Fire prinsipper for god prioritering

Utfordringene for prioriteringsarbeidet er mange, men det er også mulighetene. Den norske helsetjenesten har en unik mulighet til å møte disse utfordringene og til å ta grep som vil gi bedre prioritering. Utvalget mener prioriteringsarbeidet i Norge bør bygge på fire hovedprinsipper for god prioritering:

1. Prioriteringer bør søke målet «flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt»
2. Prioriteringer bør følge av klare kriterier
3. Prioriteringer bør gjøres systematisk, åpent og med brukermedvirkning
4. Prioriteringer bør gjennomføres med et helhetlig sett med effektive virkemidler

«Flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt»

Klare mål er viktig for god prioritering. Målene bør være godt forankret i den norske velferdsstatens verdier. Sentralt blant disse er menneskeverd, solidaritet, rettferdighet, likebehandling, selvbestemmelse, valgfrihet, rettssikkerhet, forutsigbarhet og åpenhet. En rettferdig fordeling av gode leveår krever at fordelingen av helsegevinster og helsetjenester bygger på likebehandling og vektlegger gode leveår som tilfaller de dårligst stilte.

Prioriteringer bør følge av klare kriterier

God prioritering krever klare og velfunderte prioriteringskriterier, og at de brukes. Slike kriterier skal kunne hjelpe beslutningstakere i ulike situasjoner med å rangere tiltak. Utvalget mener dagens prioriteringskriterier i hovedsak er gode. Utvalget mener samtidig at prioriteringsarbeidet i norsk helsetjeneste kan styrkes av ny terminologi og inndeling, noe endret innhold og større grad av konkretisering av hva kriteriene betyr i praksis.

Utvalget foreslår følgende overordnede kriterier:

- **Helsegevinstkriteriet:** Et tiltaks prioritet øker med forventet helsegevinst (og annen relevant velferdsgevinst fra tiltaket)
- **Ressurskriteriet:** Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på
- **Helsetapskriteriet:** Et tiltaks prioritet øker med forventet helsetap over livsløpet hos den eller de som får helsegevinst

Kriteriene bør alltid ses i sammenheng med hverandre og bør gjelde i hele helsetjenesten. Det betyr at de er ment å danne utgangspunktet for prioritering i svært ulike beslutningssituasjoner. Blant annet er de ment å veilede beslutningstakere på nasjonalt ledelsesnivå og helsepersonell i deres kliniske arbeid, også i de tilfeller hvor det ikke foreligger fullstendige, økonomiske analyser. I prioritering og i bruken av kriteriene er like fullt god dokumentasjon helt sentralt.

Helsegevinstkriteriet erstatter både det tidligere nyttekriteriet og deler av kostnadseffektivitetskriteriet. Helsegevinst fremstår som mindre teknisk enn nytte og som mer direkte relevant på klinisk nivå og for befolkningen. Helsegevinstkriteriet framhever helsegevinster i form av gode leveår, men åpner samtidig for at andre relevante velferdsgevinster kan ha betydning for prioritering. Slike gevinster kan være knyttet til redusert belastning for pårørende og bedret arbeidsevne for pasienten.

Ressurskriteriet erstatter deler av kostnadseffektivitetskriteriet. Dette bidrar også til at kriteriene fremstår som mindre tekniske og framhever at mange prioriteringsbeslutninger, særlig på klinisk nivå, handler om mye mer enn det som kan måles i kroner og ører. Helsepersonell fatter hver dag beslutninger hvor de vurderer ressursbruken i form av sengeplasser, teknisk utstyr, transportmiddel til nærmeste sykehus og ikke minst egen tid og oppmerksomhet.

Helsetapskriteriet erstatter alvorlighetskriteriet. Helsetapskriteriet er ment å fange opp det viktigste fordelingshensynet: at helsegevinster som tilfaller de dårligst stilte, skal gis ekstra vekt. De dårligst stilte er i denne sammenheng definert som de som har størst helsetap målt fra en norm om minst 80 gode leveår for alle. Denne referanseverdien er satt relativt høyt. Selv om forventet levealder i Norge ved fødsel er litt over 80 år, er antallet forventede *gode leveår* om lag 67 år. Normen er satt høyere ut fra en målsetting om flere gode leveår over livsløpet. Definisjonen av helsetap gjør det mulig å beregne og sammenlikne diagnosegrupper med ulik prognose for livsløpet med dagens behandling. For eksempel har pasienter med en alvorlig form for multippel sklerose i gjennomsnitt et helsetap over livsløpet på om lag 40 gode leveår. Pasienter med diagnosen atrieflimmer (hjerterflimmer) har i gjennomsnitt et helsetap på om lag ti gode leveår (for ytterligere detaljer, se kapittel 10). Fordelingshensyn, basert på størrelsen av helsetapet, tilsier at helsegevinster for pasienter med multippel sklerose bør gis en noe høyere verdi enn helsegevinster fra tiltak mot atrieflimmer. Et helsetap på ti gode leveår er like fullt av stor betydning. Tiltak rettet mot atrieflimmer kan derfor i mange tilfeller bli prioritert, men like effektive tiltak for MS-pasienter bør bli prioritert enda høyere.

Prioriteringer bør gjøres systematisk, åpent og med brukermedvirkning

Prioritering vekker følelser og debatt, og det oppstår ofte legitim uenighet om prioriteringsbeslutninger. Vårt demokratiske system er tuftet på en forståelse av at vi kan ha ulike oppfatninger om fordelingsproblemer. Vi håndterer manglende konsensus ved å organisere politiske beslutningsprosesser som det er lettere å enes om. Et sentralt krav i åpne demokratier er at politiske spørsmål må underkastes åpen, offentlig debatt for å sikre at saken blir tilstrekkelig opplyst. Denne ideen er også grunnleggende for prioriteringsproblemer.

Åpne og legitime prosesser er avgjørende for rettferdige prioriteringer. Utvalget anbefaler at prioriteringsprosesser på overordnet nivå i større grad enn i dag aktivt utformes i tråd med det etiske rammeverket «Ansvar for rimelige beslutninger». Rammeverket løfter fram fire betingelser som sammen kan sikre en legitim prioriteringsprosess: åpenhet, relevante begrunnelser, klageadgang og mulighet for revisjon, regulering og institusjonalisering (utvalgets anbefalinger, se kp. 11).

Brukermedvirkning er en demokratisk rettighet og er i tråd med verdigrunnlaget i helsetjenesten. Opplæring av pasienter, andre brukere og pårørende til å mestre livet med sykdom og til å delta i utviklingen av helsetjenesten er viktig. Utvalget anbefaler at brukerne inkluderes i prioriteringsprosesser på alle nivåer. Samtidig som pasienter og andre brukere får innflytelse, bør det stilles krav om deltakelse og oppmøte. Utvalget mener at politikere og andre beslutningstakere har et særlig ansvar for ikke bare å lytte til de gruppene som har størst innflytelse eller roper høyest, men også nøye vurdere hvem som er eller kan bli de tause taperne.

Prioriteringer bør gjennomføres med et helhetlig sett med effektive virkemidler

Klare mål og kriterier og åpne prosesser er ikke tilstrekkelig for å sikre god prioritering. Det er også nødvendig med mange ulike virkemidler. Virkemidlene må være effektive og bidra til at de som helhet understøtter god prioritering. Det betyr at virkemidlene samlet bør bidra til at prioriteringer samsvarer med de foreslåtte mål og kriterier, og at de er del av en åpen prosess.

- **Lov og forskrift**

Utvalget mener at dagens lov og forskriftsverk på prioriteringsområdet er fragmentert. Det er viktig at lovverket understøtter bruk av et gitt sett med overordnede prioriteringskriterier for hele helsetjenesten. Bare på den måten kan prioritering gjøres konsistent. På bakgrunn av forslaget om tre hovedkriterier for prioritering mener utvalget at kriteriene knyttet til helsegevinst, ressursbruk og helsetap alle bør framkomme tydelig i all relevant lov- og forskriftstekst. Det betyr blant annet at den vedtatte pasient og brukerrettighetsloven bør bringes i samsvar med de foreslåtte hovedkriteriene, og at de tre hovedkriteriene tydelig bør framgå av både lov og prioriteringsforskrift.

- **Ledelse**
Utvalget mener bevisst og systematisk prioritering er en helt sentral del av lederes oppgaver og ansvar. De har en nøkkelrolle i å sette rammer for utredning og behandling på klinisk nivå, og stor innflytelse på hvilke tiltak som blir gjennomført. Alle ledere i helsetjenesten bør ha inngående kunnskap om prioriteringskriterier, prosesser og beslutningsverktøy. Prioriteringstematikken bør framover ha en sentral plass i de ulike lederutdanninger og kurs som tilbys.
- **Organer med særlig ansvar for prioritering**
Utvalget mener at det på nasjonalt nivå bør finnes ett robust rådgivende organ innenfor prioriteringsområdet. Dette organet bør primært ha et overordnet rådgivningsansvar overfor sentrale helsemyndigheter, men bør også kunne rådggi øvrige deler av helsetjenesten. Et slikt rådgivende organ må ha et faglig sterkt sekretariat med relevant prioriteringskompetanse. Utvalget mener at dette best kan sikres ved å videreføre Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten, samtidig som dagens ansvar for kvalitet overføres til andre organer. Det bør derfor gjøres tydelige endringer i rådets formål, mandat, arbeidsform, størrelse og sammensetning.
- **Innhenting og bruk av bakgrunnsinformasjon**
Økt tilgjengelighet av prioriteringsrelevant informasjon er avgjørende for gode prioriteringer. For å sikre god informasjon bør det utarbeides en nasjonal informasjonsstrategi for prioriteringsområdet. Utvalget mener at en slik strategi bør forankres i eksisterende strategier innenfor IKT og eHelseområdet. Prioriteringsfeltets særskilte utfordringer og behov bør komme tydeligere fram enn det som er tilfelle i dag. Lokale praksisvariasjoner hører naturlig inn her. Det bør derfor etableres et nasjonalt fagmiljø med ansvar for informasjon på prioriteringsområdet. Primæroppgavene bør være rutinemessig å samle inn prioriteringsrelevante data, analysere dem og gjøre dem tilgjengelige for beslutningstakere i helsetjenesten, pasienter og befolkningen generelt.
- **Utdanning og opplæring**
Det er viktig at helsepersonell og andre beslutningstakere i helsetjenesten har god kjennskap til prioriteringsarbeidet i Norge. Utvalget mener at opplæringen knyttet til prioritering i helsetjenesten i dag er begrenset og fragmentert. Utvalget anbefaler derfor at prioritering blir en del av pensum for helserelaterte utdanninger på alle nivåer.
- **Retningslinjer og veiledere**
Gode prioriteringer krever god beslutningsstøtte. Utvalget mener det store potensialet for prioritering med støtte av faglige retningslinjer og prioriteringsveiledere ikke har vært tilstrekkelig erkjent og utnyttet. Nasjonale retningslinjer og veiledere er blant de viktigste virkemidlene vi har for systematisk å integrere verdier og mål for prioritering med oppdatert kunnskap og klare faglige anbefalinger. De kan også bidra til å redusere uønsket variasjon i behandlingspraksis mellom ulike behandlere og institusjoner. Utvalget har også merket seg at helsepersonell etterspør støtte fra ledelsesnivået for å kunne ta gode prioriteringsavgjørelser. Implementering er helt avgjørende for verdien av retningslinjer og veiledere. Retningslinjene må være enkle å ta i bruk og helst være en integrert del av journalsystemet eller andre beslutningsverktøy. Det bør settes av tilstrekkelige ressurser til implementering av retningslinjer. Faglige retningslinjer og prioriteringsveiledere bør utformes for både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er også behov for veiledere i kommunehelsetjenesten og for aktører som fastleger, helsesøstre og fysioterapeuter. En overflod av ukoordinerte retningslinjer og veiledere vil virke mot sin hensikt. Det er viktig at antallet retningslinjer og veiledere holdes på et håndterbart nivå. Valg av hvilke nasjonale retningslinjer som utvikles bør være basert på gjennomtenkte kriterier. Det formelle ansvaret for utvikling av retningslinjer ligger hos Helsedirektoratet, men utvalget understreker at implementering og monitorering også er et generelt ledelsesansvar både i helseforetak og kommunehelsetjenesten.

- Finansieringsordninger

Utvikling og bruk av finansieringsordninger er et av flere virkemidler for å bidra til bedre prioritering innenfor helsetjenesten. Ordningene bør utformes slik at de leder til beslutninger som samsvarer med de overordnede prioriteringskriteriene.

Det er behov for mer kunnskap om hvordan innsatsstyrt finansiering (ISF) virker på prioriteringsbeslutninger i sykehusene, og det bør settes i gang et kontrollert forsøk for å få mer kunnskap om dette. Utvalget vil tilrå at Helse- og omsorgsdepartementet nøye vurderer og evaluerer hvordan den økte ISF-andelen påvirker behandlingstilbudet for de pasientgrupper som ikke omfattes av ISF.

Det er også behov for mer kunnskap om hvordan finansieringsordningene påvirker allmennleger og spesialisters henvisningspraksis og prioriteringer. Henvisningspraksisen har stor betydning for spesialisthelsetjenestens ressursbruk og folketrygdens utgifter. Utvalget anbefaler at mer systematisk informasjon blir innhentet og gjort tilgjengelig for legene både omkring henvisningers kostnader og gevinster. For å redusere praksisvariasjon som ikke er medisinsk begrunnet, bør ansvarlige myndigheter utvikle ordninger for å følge med på, vurdere og om nødvendig følge opp uheldig variasjon i henvisningspraksis.

En bør videre vurdere hvordan takstene i finansieringen av allmennleger og spesialister kan utformes slik at de kan påvirke prioritering i ønsket retning. Det er behov for mer åpenhet og mer inkluderende prosesser når takster og andre deler av finansieringen av allmennlegetjenesten og private avtalespesialister justeres.

Utvalget foreslår endringer i egenbetalingsordningene. For å begrense bruk av lavt prioriterte tjenester kan det være riktig å øke bruken av egenbetaling. For høyt prioriterte tjenester bør egenbetaling reduseres eller fjernes. Hensikten med tilrådingene er ikke å øke omfanget av egenbetaling, men å innrette egenbetalingsordningene slik at de bidrar til riktigere prioriteringer. Utvalget har vurdert to typer tiltak hvor endret egenbetaling gradert etter prioritet kan være aktuelt.

Det første er tiltak som gir store forventede helsegevinster i forhold til ressursbruken, og som er rettet mot tilstander med store helsetap. Her vil det være grunnlag for å redusere eller fjerne all egenbetaling. Det andre er tiltak som gir små eller usikre helsegevinster i forhold til ressursbruken, og som er rettet mot tilstander med små helsetap. Her vil det være grunnlag for å innføre gradert eller full egenbetaling. Utvalget gir i kapittel 12 eksempler på tilstandsgrupper og tiltak hvor egenbetaling kan vurderes fjernet, og eksempler på tilstandsgrupper og tiltak hvor gradert egenbetaling på grunn av lav prioritet kan vurderes.

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 enkelt diagnoser. 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 prioritering 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 ubeviste/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 budsjettammer 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 prioriterings spørsmål, både sentrale og lokale beslutningstaker.

Vedlegg

Det er to hovedveier inn i spesialisthelsetjenesten, enten som henvisning 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 utført 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 muskelsene 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.