

Det viktigste først

Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester



Norges offentlige utredninger 2018

Seriens redaksjon:
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
Teknisk redaksjon

- | | |
|---|---|
| 1. Markeder for finansielle instrumenter
<i>Finansdepartementet</i> | 9. Regnskapsførerloven
<i>Finansdepartementet</i> |
| 2. Fremtidige kompetansebehov I
<i>Kunnskapsdepartementet</i> | 10. Nye prospektregler
<i>Finansdepartementet</i> |
| 3. Krisehåndtering i forsikrings- og pensjonssektoren
<i>Finansdepartementet</i> | 11. Ny fjellov
<i>Landbruks- og matdepartementet</i> |
| 4. Sjøveien videre
<i>Samferdselsdepartementet</i> | 12. Energiaksjer i Statens pensjonsfond utland
<i>Finansdepartementet</i> |
| 5. Kapital i omstillingens tid
<i>Nærings- og fiskeridepartementet</i> | 13. Voksne i grunnskole- og videregående opplæring
<i>Kunnskapsdepartementet</i> |
| 6. Varsling – verdier og vern
<i>Arbeids- og sosialdepartementet</i> | 14. IKT-sikkerhet i alle ledd
<i>Justis- og beredskapsdepartementet</i> |
| 7. Ny lov om offisiell statistikk og Statistisk sentralbyrå
<i>Finansdepartementet</i> | 15. Kvalifisert, forberedt og motivert
<i>Kunnskapsdepartementet</i> |
| 8. Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2018
<i>Arbeids- og sosialdepartementet</i> | 16. Det viktigste først
<i>Helse- og omsorgsdepartementet</i> |

Det viktigste først

Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester

Utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 5. april 2017.
Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 13. desember 2018.

ISSN 0333-2306
ISBN 978-82-583-1377-6

07 Media AS

Til Helse- og omsorgsdepartementet

Ved kongelig resolusjon 5. april 2017 oppnevnte regjeringen Solberg et utvalg som skulle vurdere prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester. Utvalget legger med dette fram sin innstilling.

Oslo, 13. desember 2018

Aud Blankholm
(leder)

Endre Sandvik

Benedicte Løseth

Jon Magnussen

Alice Kjellevold

Petter Schou

Ingunn Lie Mosti

Unni Hembre

Aida Kreso

Wenche Frogn Sellæg

Vigdis Galaaen

Helene Haver

John Berg-Jensen

Kristian Kise Haugland

Yngvar Åsholt

Petter Brelin

Monica Skjøld Johansen

Pia Grude

Helga Aanderaa

Innhold

1	Sammendrag	9	6	Rammer for organisering og finansiering av helse- og omsorgstjenesten	36
2	Utvalgets mandat og sammensetting	13	6.1	Forholdet mellom stat og kommune	36
2.1	Utvalgets mandat	13	6.2	Kommunens organisering	37
2.2	Utvalgets sammensetning	17	6.2.1	Politisk nivå	37
2.3	Utvalgets tolkning av mandatet og avgrensninger	17	6.2.2	Administrativt nivå	37
2.3.1	Utvalgets forståelse av mandatet ..	17	6.3	Finansiering av tjenestene	38
2.3.2	Avgrensning og presisering av mandatet	17	6.3.1	Finansiering gjennom frie inntekter og øremerkede ordninger	38
2.4	Sentrale begreper i utredningen ...	18	6.3.2	Egenandelsordninger	38
2.5	Utredningens oppbygging	19	6.3.3	Finansiering av allmennleger og fysioterapeuter	39
Del I	Bakgrunn	21	6.4	Folketrygdens stønad til dekning av tannbehandling	40
3	Helse- og omsorgstjenestens verdigrunnlag	23	7	Gjeldende rett	41
3.1	Innledning	23	7.1	Rettslige rammer for den kommunale helse- og omsorgstjenesten	41
3.2	Velferdsstatens verdier	23	7.1.1	Innledning	41
3.3	Verdigrunnlaget i helse- og omsorgstjenesten	23	7.1.2	Plikt til å tilby helse- og omsorgstjenester	42
3.3.1	Menneskeverd og likeverdig tilgang på forsvarlige tjenester	24	7.1.3	Nærmere om hvilke tjenester kommunene skal tilby	45
3.3.2	Selvbestemmelse og medvirkning	25	7.1.4	Kravet til tjenestenes innhold, omfang og tidsaspekt	50
3.3.3	Rettsikkerhet og sosial trygghet .	25	7.1.5	Helse- og omsorgspersonellets plikter	51
4	Tidligere arbeid om prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten og offentlig finansierte tannhelse-tjenester	27	7.1.6	De rettslige rammene for den kommunale helse- og omsorgstjenesten – oppsummert	52
4.1	Tidligere prioriteringsutredninger	27	7.2	Rettslige rammer for den offentlige tannhelsetjenesten	52
4.1.1	Lønning II-utvalget	28	7.2.1	Innledning	52
4.1.2	Grund-utvalget	28	7.2.2	Fylkeskommunens befolkningsansvar	53
4.1.3	Norheim-utvalget	28	7.2.3	Fylkeskommunens gruppeansvar	54
4.1.4	Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste	29	7.2.4	Andre fylkeskommunale plikter innen tannhelsetjenesten	56
4.2	Prioriteringsutredninger om offentlig finansierte tannhelse-tjenester	30	7.2.5	Ansvar for tjenestenes innhold og omfang	57
5	Prioriteringsarbeid i andre land	32	7.2.6	Overføring av ansvaret til kommunen	59
5.1	Tidligere forskning	32	7.2.7	Helsepersonellets plikter	60
5.2	Prioriteringsarbeid i de enkelte landene	32	7.2.8	De rettslige rammene for den offentlige tannhelsetjenesten – oppsummert	60
5.2.1	Sverige	32	8	Helsetilstand og bruk av tjenester	61
5.2.2	Danmark	33	8.1	Sykdomsbyrde	61
5.2.3	Finland	33			
5.2.4	Island	33			
5.2.5	Nederland	34			
5.2.6	Storbritannia	34			
5.3	Oppsummering	34			

8.1.1	Global Burden of Disease	61	12	Prioriteringsutfordringer knyttet til samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten	87
8.2	Helsetilstanden i befolkningen og forventet levealder	62			
8.2.1	Geografiske forskjeller i levealder	62			
8.2.2	Sosiale helseforskjeller	62			
8.3	Bruk av helse- og omsorgstjenester	63	12.1	Beslutninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som får konsekvenser for spesialisthelsetjenesten	87
8.3.1	Bruk av helsestasjons- og skolehelsetjenesten	63			
8.3.2	Bruk av allmennlegetjenesten	63	12.1.1	Henvisninger til spesialisthelsetjenesten	87
8.3.3	Bruk av ergo- og fysioterapi-tjenester	64	12.2	Beslutninger i kommunen som får konsekvenser for tannhelsetjenesten	88
8.3.4	Bruk av tannhelsetjenester	64			
8.3.5	Bruk av hjemmebaserte tjenester og institusjonsbaserte tjenester	65	12.3	Beslutninger i spesialisthelsetjenesten får konsekvenser for kommunene	88
9	Utviklingstrekk	68			
9.1	Et endret sykdomsbilde	68	12.4	Beslutninger i spesialisthelsetjenesten som får konsekvenser for tannhelsetjenesten	89
9.2	Flere eldre og flere med behov for sammensatte tjenester	69			
9.3	Geografiske variasjoner	70	12.5	Avansert og kostbar teknologi og legemidler	89
9.4	Forventninger og nye behandlingsmuligheter	70			
9.5	Digitale løsninger	71	Del III	Forslag til prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester	91
Del II	Prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten	73			
10	Hva skiller prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fra spesialisthelsetjenesten?	75	13	Dagens prinsipper for prioritering	93
10.1	Kommunens brede samfunnsoppdrag	76	13.1	Prinsipper for prioritering	93
10.2	Helse- og omsorgstjenestenes faglige målsettinger	76	13.2	Gjeldende prioriteringskriterier ...	93
10.2.1	Mestring	76	13.2.1	Hovedkriterier for prioritering	93
10.2.2	Forebygging og helsefremming ...	77	13.3	Avgrensning av hvilken nytte og ressursbruk som skal vektlegges i prioriteringsbeslutninger	94
10.3	Ulikt forskningsgrunnlag	77	13.4	Sammenveing av kriteriene på gruppenivå	94
11	Hvem prioriterer og innenfor hvilke rammer?	78	14	Kriterier for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester .	95
11.1	Beslutningsnivåer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten	78	14.1	Hovedkriterier for prioritering	95
11.2	Rammer og utfordringer i prioriteringer på faglig nivå	79	14.2	Samme kriterier på ulike beslutningsnivåer?	96
11.2.1	Prioriteringssituasjoner på faglig nivå	80	14.3	Kriteriene til bruk på faglig nivå ..	96
11.3	Rammer og utfordringer i prioriteringer på politisk og administrativt nivå	84	14.4	Utvalgets vurdering av nyttekriteriet	97
11.3.1	Prioriteringsvurderinger på politisk og administrativt nivå	85	14.5	Utvalgets vurdering av ressurskriteriet	98
11.4	Særskilt om prioritering av forebyggende tiltak	85	14.5.1	Hvilke ressurser er relevante for prioriteringsbeslutningene?	99

14.6	Utvalgets vurdering av alvorlighetskriteriet	100	18	Virkemidler for prioritering	125
14.7	Utvalgets forslag til kriterier	102	18.1	Innledning	125
14.8	Samme kriterier i hele helse- og omsorgstjenesten?	102	18.2	Juridiske virkemidler	125
14.9	Kriteriene benyttet på administrativt og politisk nivå	103	18.2.1	Forslag til regulering av prioriteringsprinsipper for den kommunale helse- og omsorgstjenesten	126
14.9.1	Måling av nytte og alvorlighet på gruppenivå	103	18.2.2	Forslag til regulering av prioriteringsprinsipper for den offentlige tannhelsetjenesten	127
14.9.2	Diskontering	105	18.2.3	Forslag til regulering av prioriteringsprinsipper for helse- og omsorgspersonell	127
14.10	Utvalgets vurdering av andre kriterier	105	18.2.4	Andre forslag	127
14.10.1	Om ivaretagelse av grunnleggende behov i prioriteringsdiskusjonen ..	106	18.3	Økonomiske virkemidler	128
14.11	Forholdet mellom nytte-, ressurs- og alvorlighetskriteriet	107	18.3.1	Rammefinansiering og øremerkede tilskuddsordninger ..	129
14.11.1	Faglig nivå	107	18.3.2	Bruk av egenandel som virkemiddel	129
14.11.2	Administrativt og politisk nivå	108	18.3.3	Finansiering av allmennlegetjenester og fysioterapitjenester ...	131
15	Praktisk anvendelse av utvalgets forslag til kriterier	109	18.4	Pedagogiske virkemidler	132
15.1	Faglig nivå	109	18.4.1	Faglige retningslinjer og veiledere	132
15.1.1	Særskilt om individrettet forebygging	110	18.4.2	Henvisningsveiledere	132
15.2	Administrativt og politisk nivå	110	18.5	Kunnskap, kompetansemiljø og ledelse for riktigere prioritering ..	133
Del IV	Prosesser og virkemidler	113	18.5.1	Kunnskap om effekten av tiltak	133
16	Kunnskapsgrunnlaget for prioriteringsbeslutninger	115	18.5.2	Oppbygging av et nasjonalt kompetansemiljø	134
16.1	Manglende kunnskap om effekten av tiltak	116	18.5.3	Utdanning og kompetanse	135
16.2	Kunnskap om hvordan kommunene prioriterer	117	18.5.4	Arenaer for diskusjon, refleksjon og læring	136
17	Åpenhet og brukervedvirkning	118	18.6	Data til beslutnings- og prioriteringsstøtte	136
17.1	Åpenhet	118	18.7	Utvalgets anbefalinger til virkemidler – oppsummert	137
17.2	Brukermedvirkning	119	19	Økonomiske og administrative konsekvenser	139
17.2.1	Brukermedvirkning på faglig nivå	119		Litteraturliste	140
17.2.2	Brukermedvirkning på overordnet nivå	121		Vedlegg	
17.2.3	Nasjonale politiske føringer for brukervedvirkning	123	1	Utvalgets arbeidsform	144
17.2.4	Pårørende	123	2	Liste over deltakere på innspillsmøte	148
17.3	Medienes rolle	124			

Oversikt over bokser

Boks 6.1	Folketrygdens stønad til kjeveortopedisk behandling	40	Boks 15.2	Utprøving av Nye metoder i kommunene	112
Boks 7.1	Fusa-dommen	43	Boks 16.1	Forskningsnettverk i primærhelsetjenesten	116
Boks 11.1	Eksempel på triagesystem	80	Boks 16.2	Forskning på oral helse hos eldre – GERONETT	116
Boks 11.2	Oppfølgingsgrupper i helsestasjons- og skolehelsetjenesten	81	Boks 17.1	Samvalg	119
Boks 11.3	Prioriteringsverktøy i fysioterapitjenesten	82	Boks 17.2	Kommunens rett til å pålegge sykehjemsplass	121
Boks 11.4	Stort behov – høy terskel	83	Boks 17.3	Brukerrådet i Hamar	122
Boks 12.1	Flere tjenester – én pasient	89			
Boks 15.1	Nye metoder i spesialisthelsetjenesten	111			

Digitale vedlegg:

1. *Oversikt over prioriteringsføringer i Norden, Storbritannia, Nederland og Tyskland.* Utarbeidet av Reidun Førde og Anne Kari Tolo Heggstad, Universitetet i Oslo.
2. *Uhelse og ubehag – nyttige i prioriteringsdebattar?* Notat utarbeidet av Geir Sverre Braut, Høgskulen på Vestlandet og Stavanger universitetssjukehus.
3. *Lokal helse og omsorg i mediene. Mediepåvirkning på nært hold.* Rapport utarbeidet av Tine Ustad Figenschou, Anna Grøndahl Larsen og Kjersti Thorbjørnsrud, Institutt for samfunnsforskning.
4. *Notat om Multicriteria Decision analysis (MCDA).* Rapport utarbeidet av Eirik Joakim Tranvåg, Signe Agnes Flottorp, Atle Fretheim, Trygve Ottersen og Andy Oxman, Folkehelseinstituttet.
5. *QALYs i den kommunale helse- og omsorgssektoren.* Notat utarbeidet av Liv A. Augestad og Kim Rand.

Kapittel 1

Sammendrag

Å prioritere betyr å sette noe fremfor noe annet. Beslutningstakere i helse- og omsorgssektoren må ofte ta vanskelige beslutninger som handler om å prioritere mellom ulike tjenesteområder, brukere og pasienter. Ressurser må fordeles til ulike formål som forebygging, sykehjems plasser eller rehabiliteringsplasser. De ansatte må disponere arbeidsdagen til det beste for pasienter og brukere. Prinsipper for prioritering gir kjøreregler for disse valgene. Det er med andre ord ikke et spørsmål *om* man skal prioritere, men hvilke prinsipper som skal ligge til grunn for de beslutningene som tas.

Uten tydelige prinsipper, vil fordelingen av helse- og omsorgstjenester bli mer tilfeldig og målet om likeverdig tilgang vil være vanskeligere å oppnå. Prinsippene må bygge på et verdigrunnlag som har bred legitimitet i befolkningen. Prinsipper for prioritering skal bidra til at ressursene brukes der de gir størst nytte og på dem som trenger det mest. Målet er åpne og etterprøvbare prosesser der beslutningene bygger på prioriteringsprinsipper som gjelder på tvers av kommuner og fylkeskommuner.

Vi har i Norge lang tradisjon for å jobbe systematisk med prioriteringsspørsmål i helsetjenesten. Siden 1987 har fire offentlige utredninger vurdert prioritering i helsetjenesten: Lønning I (1987) og II (1997), Grund-utvalget (1997) og Norheim-utvalget (2014). I tillegg fikk en arbeidsgruppe i 2015 i oppdrag å vurdere hvordan grad av alvorlighet skal vurderes i prioriteringsbeslutninger (Magnussen-gruppen). Disse arbeidene har primært dreid seg om prioriteringer i spesialisthelsetjenesten og refusjoner av legemidler over folketrygden.

Behovet for å prioritere og utfordringer knyttet til prioriteringer gjelder imidlertid både i spesialisthelsetjenesten, i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester. Pasienter og brukeres behov, tjenestenes innhold, organisering og styring innebærer at rammebetingelsene for prioriteringsbeslutninger i mange tilfeller fremstår som ulike i

spesialisthelsetjenesten, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester. Det vil kunne ha betydning for innretningen av prinsippene for prioritering og for hvilke virkemidler som er relevante.

I oppfølgingen av Norheim-utvalgets utredning, la regjeringen fram Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering*. I meldingen ble det foreslått å sette ned et offentlig utvalg som skulle se nærmere på prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Stortinget sluttet seg til dette forslaget. Av komitéinnstillingen, Innst. 57 S (2016–2017), går det fram at arbeidet også skal omfatte tannhelse.

Prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten

Kriteriene som i dag gjelder for spesialisthelsetjenesten er nytte, ressurs og alvorlighet. Prinsipper for prioritering må forstås som beskrivelse og anvendelse av kriteriene. Utvalget er i mandatet bedt om å vurdere om prinsippene som gjelder for spesialisthelsetjenesten også er anvendbare for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og det offentlige ansvar for tannhelsetjenester.

I likhet med tidligere utvalg har dette utvalget valgt å skille mellom prioriteringsbeslutninger på henholdsvis faglig og administrativt/politisk nivå. Samtidig vil utvalget understreke at de ulike nivåene ikke er uavhengige av hverandre og må ses i sammenheng.

Prioriteringsbeslutninger på faglig nivå dreier seg om beslutninger når pasienten/brukeren har behov for akutt hjelp, vurderinger om tildeling av tjenester og vurderinger om behandling, oppfølging og tiltak rettet mot enkeltpasienter og -brukere og mindre grupper av pasienter/brukere. Beslutninger på dette nivået skiller seg ikke prinsipielt fra beslutninger som gjøres på klinisk nivå i spesialisthelsetjenesten.

Prioriteringer på politisk og administrativt nivå dreier seg om fordeling av ressurser innad i helse- og omsorgstjenesten og mellom helse- og

omsorgstjenesten og de øvrige sektorene kommunen har ansvaret for. Ressurser må fordeles mellom ulike formål, og helse- og omsorgspersonell må ta vanskelige beslutninger som handler om å prioritere mellom ulike brukere/pasienter og prioritere hva slags type tiltak som skal igangsettes for grupper av pasienter/brukere. Beslutninger som foretas om hvilke tannsykdommer eller tilstander som skal finansieres av folketrygden, er en nasjonal prioritering som vil ha konsekvenser for fordelingen av ressurser på statlig nivå, men er ikke gjenstand for noen lokalpolitisk prioritering.

Det er, etter utvalgets vurdering, tre forhold som skiller den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten fra spesialisthelsetjenesten som får betydning for innretning og anvendelse av prioriteringskriteriene. Det første handler om kommunens brede samfunnsoppdrag. Når kommunens ledelse skal fatte beslutninger om ressursfordeling, må det også tas hensyn til andre sektorer enn helse- og omsorgstjenesten. I daglig drift og i planlegging av tjenestetilbudet må kommunen vurdere og prioritere ressursbruk på tvers av de ulike sektorene. Mens spesialisthelsetjenestens primære utfordring er å prioritere innen helsetjenesten, må kommunene både prioritere mellom sektorer og innen de enkelte områdene i helse- og omsorgstjenesten.

Det andre skillet dreier seg om de ulike faglige målsettingene. Spesialisthelsetjenesten har i stor grad fokus på en avgrenset problemstilling eller én enkelt diagnose. Den kommunale tjenesten vil ofte måtte forholde seg til flere problemer eller diagnoser av gangen, og i større grad ha som mål at pasienten/brukeren settes i stand til å mestre sin tilstand og leve et godt liv med den sykdommen eller tilstanden man har. Spesielt den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil dermed i større grad ivareta et bredere sett av behov hos pasienten/brukeren, og ofte over en lenger tidsperiode, enn hva tilfellet er for spesialisthelsetjenesten.

Det tredje skillet er ulikhetene i forskningsgrunnlaget og systematisk dokumentasjon for tiltak som igangsettes. For mange tiltak som iverksettes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i tannhelsetjenesten finnes det lite systematisk dokumentasjon på effektene. Mangelfull kunnskap om effekten av tiltak, er en utfordring med tanke på å ta gode prioriteringsbeslutninger.

Utvalgets forslag til prinsipper for prioritering

Spesialisthelsetjenesten, den offentlige tannhelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgs-

tjenesten bygger alle på det samme verdigrunnlaget. Mange pasienter vil gjennom sitt sykdomsforløp motta tjenester fra både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Den offentlige tannhelsetjenesten er en del av den samlede offentlige helse- og omsorgstjenesten og bør etter utvalgets mening vurderes i sammenheng med de øvrige helse- og omsorgstjenestene. Dette tilsier at prioritering i hele helse- og omsorgstjenesten bør baseres på de samme prinsippene. Utvalget mener at hovedkriteriene som i dag ligger til grunn i spesialisthelsetjenesten: nytte, ressurs og alvorlighet, også er egnet for prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for prioriteringer i den offentlige tannhelsetjenesten. Kriteriene bør videre legges til grunn for vurderinger av hvilke tannsykdommer eller tilstander som det skal ytes stønad til over folketrygden. I denne forbindelse vil utvalget peke på at vurderingen av folketrygdens finansiering av tannhelsetjenester ikke prinsipielt skiller seg fra folketrygdens finansiering av legemidler.

Samtidig har utvalget pekt på at det er særtrekk ved kommuner og fylkeskommuner som får konsekvenser for prinsippene for prioritering. Sentralt er kommunenes ansvar for at befolkningen skal kunne leve med sin tilstand. *Mestring* er en sentral forutsetning for å kunne leve med en tilstand, og vil ha stor betydning for livskvaliteten til den enkelte. For mange av tiltakene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil derfor målet være at pasienten/brukeren skal kunne mestre sin hverdag til tross for sykdom, smerter og/eller fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsnedsettelse.

Utvalget anbefaler derfor at den beskrivelsen av nytte- og alvorlighetskriteriet som benyttes ved prioriteringer i spesialisthelsetjenesten, suppleres slik at den også fanger opp fysisk, psykisk og sosial mestring. Utvalget foreslår følgende kriterier:

Nytte-kriteriet

Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at tiltaket øker sannsynligheten for:

- overlevelse eller redusert funksjonstap
- fysisk eller psykisk funksjonsforbedring
- reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag
- økt fysisk, psykisk og sosial mestring

Ressurskriteriet

Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på.

Ressurskriteriet skal ikke brukes alene, men sammen med de to andre hovedkriteriene for prioritering.

Alvorlighetskriteriet

Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra:

- risiko for død eller funksjonstap
- graden av fysisk eller psykisk funksjonstap
- smerter, fysisk eller psykisk ubehag
- graden av fysisk, psykisk og sosial mestring.

Både nå-situasjonen, varighet og tap av fremtidige gode leveår har betydning for graden av alvorlighet. Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med tiltaket.

Utvalget mener kriteriene bør danne et naturlig grunnlag for prioriteringsbeslutninger på alle nivåer i helse- og omsorgstjenesten, fra politisk og administrativt nivå til faglig nivå, det vil si i helse- og omsorgspersonellets møte med pasient og bruker.

Kommunen har ansvar for et bredt sett med oppgaver. Når kommunen vurderer hvilke tiltak som skal prioriteres vil det derfor være relevant å vurdere den samlede ressursbruken på tvers av sektorer. Det vil kunne være tiltak som gjennomføres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten som motiveres av og påvirker ressursbruk i andre kommunale sektorer. Utvalget mener det er relevant å ta hensyn til konsekvenser i andre sektorer når ressursbruk eller ressursbesparelse direkte kan knyttes til tiltak i helse- og omsorgssektoren.

I vurderinger på gruppenivå brukes i dag gode leveår målt som kvalitetsjusterte leveår (QALY) for å beskrive nytte i vurderinger om innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten og i vurderinger om finansiering av legemidler i blåreseptordningen. Selv om den prinsipielle tenkningen som ligger bak QALY også kan anvendes på helse- og omsorgstjenestene, eksisterer det i dag ikke praktiske instrumenter som gjør det mulig å foreta en meningsfull beregning av QALY-gevinsten av mange tiltak. Utvalget viser til Multi Criteria Decision Analysis (MCDA) som et mulig beslutningsstøtteverktøy. MCDA kan benyttes når det skal tas hensyn til mange kriterier samtidig, også i de tilfellene hvor det ikke er mulig å måle nytte og alvorlighet på samme måte som i spesia-

listhelsetjenesten. Bruk av MCDA kan bidra til både åpenhet om beslutningsprosessen og øke tilslutningen til selve beslutningen.

Åpenhet og brukermedvirkning

Åpenhet om prosesser og beslutninger er viktig for at de som berøres skal kunne forstå hvorfor beslutningen ble som den ble. Åpenhet kan dermed bidra til legitimitet og forståelse for prioriteringsbeslutninger. Åpenhet er også en viktig forutsetning for god brukermedvirkning. Brukermedvirkning foregår på flere nivåer i helse- og omsorgstjenesten; på faglig nivå i utformingen av eget helse- og omsorgstilbud, på overordnet nivå i kommunen og på nasjonalt nivå når regjeringen meisler ut ny politikk. Utvalget mener at brukermedvirkning på alle nivåer vil styrke prioriteringsarbeidet og bidra til økt åpenhet, legitimitet og aksept for prioriteringsbeslutningene. Brukermedvirkning vil også i mange tilfeller bidra til økt treffsikkerhet i utformingen og gjennomføringen av tiltak. Utvalget mener dette er særlig relevant i den kommunale helse- og omsorgssektoren, der tjenesten i større grad enn i spesialisthelsetjenesten skal legge til rette for mestring. Brukerens egen vurdering av hva som er viktig, er derfor vesentlig for utformingen av gode tjenester til den enkelte.

Pårørende er viktige i brukermedvirkningen. Pårørende vil ofte ha informasjon om pasienten/brukeren som er nødvendig for å utforme et godt tjenestetilbud til vedkommende. Noen ganger må pårørende ivareta pasienten/brukerens interesser og/eller være en kunnskapskilde i behandlingen, fordi pasienten/brukeren ikke selv kan vurdere om man vil ta imot et behandlingstilbud eller ikke er i stand til å redegjøre for seg selv og sine behov. Pasienter, brukere og pårørende er i tillegg viktige parter i arbeidet med kvalitetsforbedring og tjenesteutvikling på administrativt og politisk nivå.

Utvalgets forslag til virkemidler

For å bidra til at beslutningene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten bygger på de foreslåtte prioriteringskriteriene foreslår utvalget et sett med virkemidler. For det første mener utvalget at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten, på lik linje med spesialisthelsetjenesten, trenger et mandat for å prioritere i tråd med kriteriene for prioritering. Utvalget mener derfor det er behov for en juridisk forankring av prioriteringskriteriene i relevant regel-

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

Utvalget mener videre at det bør foretas en gjennomgang av de tannsykdommene eller tilstandene som i dag gir rett til stønad fra folketrygden og en gjennomgang av de gruppene som i dag har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, med utgangspunkt i de foreslåtte kriteriene for prioritering.

Utvalget peker på at det i liten grad er undersøkt om dagens finansieringsmodeller i helse- og omsorgssektoren understøtter riktige prioriteringer. Utvalget mener derfor det bør foretas en gjennomgang av hvorvidt finansieringsordningene støtter opp om prioritering i henhold til prinsippene. Utvalget presiserer at i en slik gjennomgang bør også regelverk knyttet til egenandeler inkluderes.

Riktige prioriteringer krever god beslutningsstøtte. Det bør utarbeides nasjonale prioriteringsveiledere som beskriver hvordan nytte og alvorlighetskriteriet normalt skal tolkes ved tildeling av vedtaksbaserte kommunale tjenester. Prioriteringsprinsippene bør også legges til grunn når nasjonale faglige retningslinjer og veiledere utarbeides og revideres.

For å støtte opp om og veilede kommunene i beslutninger som gjelder grupper av pasienter

eller brukere, foreslår utvalget at det etableres et nasjonalt kompetansemiljø som kommunene og fylkeskommunene kan støtte seg til i det praktiske prioriteringsarbeidet. Et slikt system bør ha som formål å understøtte de beslutningene som tas i tjenestene gjennom å innhente, systematisere og vurdere eksisterende kunnskapsgrunnlag. Utvalget foreslår at det iverksettes forsøk i enkeltkommuner som kan gi praktiske erfaringer både med hensyn på metodikk og med systematisk prioriteringstenkning på administrativt og politisk nivå.

Et godt kunnskapsgrunnlag om effekten av tiltak er en forutsetning for en prioritering i tråd med prinsippene. Det er derfor, etter utvalgets mening, viktig at arbeidet med å styrke forskningen på tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i tannhelsetjenesten fortsetter.

Prinsippene for prioritering må være kjent for de som skal fatte beslutninger i helse- og omsorgstjenesten. Utvalget mener at det i grunnutdanningene for helse- og omsorgspersonell og i de etablerte utdanningene for ledere i helse- og omsorgstjenesten må tilrettelegges for undervisning om prioritering. Utvalget mener videre at prioriteringsarbeid bør settes på dagsorden i eksisterende arenaer for læring og erfaringsdeling og at arbeidet med etablering av kliniske etikkkomiteer og etisk rådgivning i kommunene bør prioriteres.

Utvalget mener at det er viktig å tilrettelegge for deling av data som kan brukes som grunnlag for prioriteringsbeslutninger. Utvalget vil peke på at bruk av nye teknologiske løsninger for beslutnings- og prioriteringsstøtte vil kunne bidra til at kommunene prioriterer riktigere.

Kapittel 2

Utvalgets mandat og sammensetting

Regjeringen Solberg oppnevnte 5. april 2017 ved kongelig resolusjon et offentlig utvalg som skulle se på prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester. Dette er første gang det er nedsatt et utvalg som skal se på prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlige finansierte tannhelsetjenester.

2.1 Utvalgets mandat

Utvalget fikk følgende mandat:

1. Mandat

Bakgrunn

Norge bruker store ressurser på helse- og omsorgstjenestene, og disse ressursene skal brukes mest mulig riktig. Helse- og omsorgstjenesten skal være av god kvalitet og sikre likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, kjønn, alder, bosted, personlig økonomi, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Samtidig er helse- og omsorgstjenester kostbart, og prioritering er nødvendig for å få en samlet god ressursbruk.

Norge har lang tradisjon for å arbeide systematisk med prioriterings spørsmål i helsetjenesten. Fem offentlige utredninger har vurdert prioritering i helsetjenesten de siste tretti årene, bl.a. Lønning I- og II-utvalget og Norheimutvalget. Disse arbeidene har i all hovedsak vært knyttet til prioriteringer i spesialisthelsetjenesten og refusjon av legemidler over folketrygden. Før sommeren 2016 la regjeringen fram Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering i helsetjenesten. Drøftingen av prinsipper for prioritering i meldingen hadde i hovedsak relevans for spesialisthelsetjenesten, for legemidler finansiert over folketrygden og for fastlegenes samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Regjeringen foreslo i meldingen å sette ned et offentlig utvalg for å se nærmere på prioriterings spørsmålene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og vurdere om og ev. hvordan prinsippene for prioritering foreslått i meldingen kan komme til anvendelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Forskjeller mellom forvaltningsnivåene i bl.a. pasienters og brukeres behov, tjenesteinnhold, organisering og styring gjør at rammebetingelsene for prioritering i mange tilfeller er ulike. Det kan ha betydning for vurdering av prinsipper for prioritering, og for hvilke virkemidler som er relevante. Stortinget har sluttet seg til regjeringens forslag til prinsipper for prioritering i spesialisthelsetjenesten og forslaget om å nedsette et offentlig utvalg for å vurdere prioritering i den kommunale helse- omsorgstjenesten. Av komiteinnstillingen, Innst. 57 S (2016–2017) går det fram at dette arbeidet skulle inkludere tannhelse.

Prioriteringer i kommunene

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er ikke egne rettssubjekt. Etter helse- og omsorgstjenesteloven er det kommunen som er pliktsubjekt, og som avgjør hvordan den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal prioriteres, organiseres og drives innenfor de rammer lovverket og tilgjengelige ressurser setter. Helse- og omsorgstjenesten er en del av den kommunale virksomheten og er organisert ut ifra lokale forhold og behov. En sentral oppgave for et kommunestyre er å prioritere ressurser mellom både lovpålagte og ikke lovpålagte oppgaver. Handlingsrommet vil avhenge av lovpålagte kvantitets- og kvalitetskrav som følger de enkelte oppgavene, men også av kommunens evne til å organisere tjenestene på en helhetlig og effektiv måte.

Brukerne av de kommunale helse- og omsorgstjenestene har ofte et langvarig, og av

og til et livslangt og omfattende behov for bistand for å kunne leve best mulig med sykdom eller funksjonsnedsettelse. Samtidig skjer i mange tilfeller behandling, oppfølging, habilitering/ rehabilitering nærmere den enkeltes hjem og i samhandling med familie og lokal-samfunn.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ofte ivareta et bredt sett av behov. Dette kan innebære ivaretagelse av pasientens funksjonsevne og muligheten for å greie seg selv, tilrettelegging av bolig og omgivelser, samt bistand for å «sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre», jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1. Problemstillingene er ofte sammensatte, vanskelige å kategorisere og kunnskapsgrunnlaget om effekt av ulike tiltak er i mange tilfeller svakt. Samtidig er de skjønsmessige vurderingene mange, og ansatte står ofte overfor vanskelige etiske dilemmaer. I mange tilfeller må flere deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten inn samtidig for å kunne gi et forsvarlig og individuelt utformet tjenestetilbud. Helse- og omsorgstjenesten i kommunene skal også gjennomgående ha en lavere terskel enn spesialisthelsetjenesten. Forebyggende arbeid og tidlig intervensjon kan i mange sammenhenger være viktig for å forhindre at tilstander blir alvorligere eller forverres. For å sikre brukerne mulighet til deltakelse i arbeids- og samfunnsliv, er det også nødvendig med samhandling med andre offentlige tjenesteleverandører, blant annet Arbeids- og velferdsetaten.

Denne sammensatte virkeligheten utløser både ulike og vanskelige prioriteringsutfordringer som bør møtes på grunnlag av en systematisk drøfting.

Oppgaver/avgrensning

Formål

Formålet med utvalget er å få en helhetlig drøfting av prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og innen tannhelse. Målet er å beskrive utfordringsbildet og behovet for å prioritere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, kartlegge og beskrive situasjoner der det tas prioriteringsbeslutninger, beskrive det verdimessige utgangspunktet for prioritering, og basert på dette drøfte, å foreslå mulige prinsipper for prioritering og ev. hensyn som

bør vektlegges i prioriteringsbeslutninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Videre skal utvalget drøfte og komme med forslag til tiltak og virkemidler som vil bidra til at prioriteringsbeslutninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er i tråd med overordnede verdier. Utvalgets arbeid skal bidra til mer kunnskap og åpenhet om prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Innen tannhelse vil prioriteringsspørsmål også omfatte folketrygdens stønadsordning til tannbehandling.

Utvalget bes om å se hen til Stortingets behandling av Meld. St. 34 (2015–2016), jf. Innst. 57 S (2016–2017) og vurdere i hvilken grad prinsippene for prioritering som er foreslått i meldingen også er relevante for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, inkludert tannhelsetjenesten.

Utvalgets arbeid

1. Den etiske plattformen

For at prioriteringsbeslutninger skal oppfattes som rimelige og rettferdige må de være basert på allment aksepterte verdier. Utvalget skal beskrive og drøfte det verdimessige utgangspunktet for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Drøfting av og forslag til mulige prinsipper for prioritering skal gjøres med utgangspunkt i verdier som har bred samfunnmessig forankring, herunder bl. a. rettferdighet, frihet, respekt og verdighet.

2. Prioriteringssituasjoner og utfordringer

Utvalget skal beskrive utfordringsbildet og belyse behovet for å prioritere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og innen tannhelse. Utvalget skal videre beskrive hvem som prioriterer og innenfor hvilke rammer, herunder beskrive de ulike prioriteringssituasjonene.

Det skal redegjøres for hvor beslutninger treffes, hvem som foretar hvilke beslutninger og hvordan og på hvilket grunnlag beslutninger treffes. Inndelingen nedenfor følger delvis av inndelingen i Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjenestene* – Melding om prioritering av ulike beslutningsnivåer og -situasjoner av betydning for spesialisthelsetjenesten, og kan legges til grunn som et utgangspunkt.

Beslutningsnivå	Beslutningssituasjon	Beslutningstaker
Faglig nivå	Helse- og sosialpersonells møte med pasient/ bruker	Helse- og sosialpersonell Brukere Pasienter Pårørende
Administrativt nivå	Løpende drift Budsjettprosesser Dimensjonering, tildeling/ fordeling av tjenester og organisering	Tildelings/vedtakskontor Rådmann Kommunale ledere Brukere
Politisk nivå	Styringsdokumenter fra HOD Stats- og kommunebudsjett Lovverk	Storting og regjering HOD og KMD Kommunestyret Brukere

Utvalget skal beskrive de viktigste forskjeller og likheter mellom prioriteringsutfordringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. I stortingsmeldingen om prioritering ble det lagt til grunn at beslutningstakere på gruppenivå i spesialisthelsetjenesten må se hele helse- og omsorgstjenesten i sammenheng for å oppnå helhetlige pasientforløp og effektiv ressursbruk samlet sett. Stortinget har sluttet seg til dette. Eksempelvis vil prioriteringer i spesialisthelsetjenesten kunne få konsekvenser for ressursbruk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og motsatt. Dessuten vil fastlegenes portvokterrolle tilsi at de har en betydningsfull rolle også i prioriteringer på klinisk nivå i spesialisthelsetjenesten. Utvalget skal beskrive hvordan prioriteringer på de ulike nivåene kan påvirke hverandre.

Utvalget skal beskrive hvordan Stortingets og regjeringens beslutninger påvirker og legger rammer for kommunenes og fylkeskommunenes prioriteringer for eksempel gjennom lovgiving og budsjettvedtak.

Utvalget skal legge det kommunale selvstyret til grunn for sitt arbeid. Utvalget skal beskrive og vurdere ulikheter i utfordringer mellom kommuner. Alle kommuner har det samme ansvaret for å yte helse- og omsorgstjenester til befolkningen, men det er stor variasjon mellom kommunene blant annet når det gjelder antall innbyggere, areal og befolkningstetthet, antall ansatte, kompetanse og stabilitet i arbeidsstokken, organisering av tjenestene og økonomiske rammebetingelser. Kommunenes frihet til å prioritere gjennom lokalpolitiske beslutninger medfører betydelige variasjoner. En vurdering av disse ulikhetene vil være et viktig grunnlag for at utvalget skal

kunne utarbeide prinsipper og virkemidler for prioritering som oppleves relevante både for Oslo, Bykle og Utsira kommune.

3. Prinsipper for prioritering

Utvalget skal, basert på bl.a. beskrivelse og drøfting av utfordringsbildet, ulike prioriteringssituasjoner og det verdimessige utgangspunktet for prioritering (jf. punkt 1 og 2 ovenfor), drøfte og foreslå mulige prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utvalget skal ta utgangspunkt i prinsippene for prioritering som Stortinget sluttet seg til gjennom behandlingen av Meld. St. 34 (2015–2016), men vurdere i hvilken grad disse prinsippene er relevante eller bør justeres eller suppleres når de anvendes på den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Forslag til prinsipper for prioritering skal ha en klar forankring i verdigrunnlaget for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Utvalget skal videre vurdere om og ev. hvordan forslag til prinsipper for prioritering, herunder ev. prioriteringskriterier, kan anvendes på ulike beslutningsnivåer og i ulike beslutningssituasjoner.

Utvalget bør vurdere om kriteriene for prioriteringer i spesialisthelsetjenesten og aktuelle forslag til kriterier for prioriteringer i de kommunale helse- og omsorgstjenester også bør legges til grunn for prioriteringer innen tannhelse. Dette omfatter prioritering knyttet til de persongrupper som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, og prioritering av hvilke tilstander, sykdommer mv på tannhelsefeltet som folketrygden yter stønad til. Prioriteringskriterier bør vurderes for disse to områdene i sam-

menheng, innenfor gjeldende ramme for organisering og finansiering av tjenestene.

4. Virkemidler for bedre prioriteringer

Prioriteringer skjer på ulike nivåer og ofte i samspill mellom flere aktører med ulike interesse- og ansvarsområder. Sentrale myndigheter og forvaltning styrer de overordnede prioriteringene gjennom å tilrettelegge økonomiske, rettslige og organisatoriske rammevilkår. Samtidig har statlige fagmyndigheter et ansvar for å understøtte gode prioriteringer gjennom veiledere og retningslinjer. Retningslinjene kan hjelpe helse- og sosialpersonell til å prioritere i samsvar med gjeldende lovverk og overordnede mål som likeverdighet i tjenestetilbudet. Det finnes i dag regler som sier noe om prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, bl.a. fastlegeforskriften og pasient- og brukerrettighetsloven.

Utvalget skal utrede og ev. foreslå virkemidler for å understøtte prioriteringsbeslutninger på de ulike nivåene. Drøfting av og forslag til virkemidler skal inkludere, men er ikke begrenset til, juridiske, økonomiske og pedagogiske virkemidler. Økonomiske virkemidler skal også inkludere egenbetaling.

5. Brukernes rolle i og åpenhet om prioriteringsprosesser og beslutninger

Brukerinnflytelse innebærer mer likeverdig bruk av brukerkunnskap og erfaringer på den ene siden, og fagkunnskap på den andre siden. Utvalget skal beskrive ulike aktørers ansvar og rolle i prioriteringsprosesser og beslutninger. Det gjelder hva som er lokalpolitiske myndigheters ansvar og rolle, og hva som tillegges nasjonale myndigheter, ledere i helse- og omsorgstjenesten, helse- og sosialpersonellet og brukerne/pasientene. Åpenhet om prioriteringsprosesser og beslutninger er videre en viktig forutsetning for at brukere skal kunne delta i prioriteringsarbeidet. Utvalget skal vurdere:

- I hvilken grad pasienter og pårørende er involvert i prioriteringsprosesser og beslutninger i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, både på individ-, gruppe- og samfunnsnivå. Utvalget skal vurdere hvordan pasienter og pårørende ev. bedre kan involveres i prioriteringsarbeid.
- Utvalget skal drøfte om hensynet til åpenhet om prioriteringsprosesser og beslutnin-

ger er godt nok ivaretatt i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

- Utvalget skal drøfte hvordan forståelse og aksept for prioriteringsbeslutninger kan utvikles i befolkningen, og spesielt blant brukere og pårørende. Utvalget skal sørge for bred dialog med pasient-, bruker- og profesjonsorganisasjoner og involvere KS.

2. Føringer for utvalgets arbeid

Dagens ansvarsfordeling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten skal legges til grunn. Utvalget bør være oppmerksom på at Stortinget våren 2017 behandler forslag fra regjeringen om overføring av ansvaret for tannhelsetjenesten til kommunene.

Utvalget må vurdere behovet for å engasjere ytterligere ekspertise i arbeidet (både nasjonalt og internasjonalt), og legge til rette for at representanter fra relevante aktører og fagmiljøer kan legge fram sine synspunkter og problemstillinger. Utvalget skal ta opp spørsmål om tolking eller avgrensning av mandatet med Helse- og omsorgsdepartementet.

Det er opp til utvalget om det vil belyse ytterligere og mer detaljerte problemstillinger enn dem som er konkretisert i mandatet. Økonomiske, administrative og andre vesentlige konsekvenser av forslagene må utredes, jf. Utredningsinstruksen. Utvalgets forslag skal holdes innenfor dagens økonomiske rammer for kom-munesektoren og spesialisthelsetjenesten.

3. Kunnskapsgrunnlag

Som bakgrunn for sine samlede vurderinger må utvalget skaffe seg god oversikt over hvordan prioriteringer gjøres i et utvalg land det er naturlig å sammenligne seg med. Det forutsettes at utvalget gjør bruk av tilgjengelig statistikk, utredninger, evalueringer, forskning og annet eksisterende kunnskapsgrunnlag som er relevant for arbeidet.

4. Tidsramme og arbeidsform

Utvalget skal overlevere endelig rapport til Helse- og omsorgsdepartementet innen 31.12.2018. Utvalget skal ha en åpen arbeidsmåte som inviterer til dialog og diskusjon med sektoren og andre relevante aktører. Departementet skal informeres om arbeidet på egnet måte.

2.2 Utvalgets sammensetning

Utvalget har hatt følgende sammensetning:

- Aud Blankholm, Oslo (leder)
- Endre Sandvik, lege, Oslo
- Benedicte Løseth, leder, Bergen
- Jon Magnussen, professor, Trondheim
- Alice Kjellevoid, professor, Stavanger
- Petter Schou, lege, Spydeberg
- Ingunn Lie Mosti, sykepleier, Bodø
- Unni Hembre, sykepleier, Oslo
- Aida Kreso, leder, Oslo
- Wenche Frogn Sellæg, leder, Overhalla
- Vigdis Galaaen, sykepleier, Hamar
- Helene Haver, tannlege, Rogaland
- John Berg-Jensen, brukerrepresentant, Troms
- Kristian Kise Haugland, brukerrepresentant, Oslo
- Yngvar Åsholt, leder, Oslo

Utvalget ble supplert med fastlege Petter Brelin, Østfold, fra 21. april 2017.

Utvalgets sekretariat har bestått av Monica Skjøld Johansen (sekretariatsleder), Pia Grude og Helga Aanderaa. Seniorkonsulent Mette Andrea Jensen, Helse- og omsorgsdepartementet, har bistått utvalget og sekretariatet.

2.3 Utvalgets tolkning av mandatet og avgrensninger

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt utvalget et omfattende mandat. Utvalget ønsker derfor å si noe om hvordan utvalget har tolket mandatet og hvilke avgrensninger utvalget har gjort.

2.3.1 Utvalgets forståelse av mandatet

Mandatet kan kort oppsummeres til at utvalget skal:

1. Gi en bred *beskrivelse av utfordringsbildet og belyse behovet for å prioritere* i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten
2. *Drøfte og foreslå prinsipper for prioriteringer* på ulike beslutningsnivåer i helse- og omsorgstjenesten og i tannhelsetjenesten.
3. *Utrede og foreslå virkemidler* for å understøtte prioriteringsbeslutningene på de ulike nivåene; faglig, administrativt og politisk nivå.

Utvalget skal beskrive de ulike prioriteringssituasjonene på de ulike beslutningsnivåene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i tannhel-

setjenesten. Hvor treffes prioriteringsbeslutningene, hvem foretar hvilke beslutninger og hva legges til grunn når det foretas prioriteringsbeslutninger?

Utvalget skal foreslå kriterier for å understøtte riktige prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i tannhelsetjenesten; på faglig nivå, på administrativt nivå og på politisk nivå. Med faglig nivå forstås beslutninger som kjenne-tegnes av at de skjer på individuelt nivå (helse- og omsorgspersonells møte med pasienten og brukeren) eller omfatter mindre grupper av pasienter/brukere i en avgrenset del av helse- og omsorgstjenesten (som for eksempel fordeling av sykehjemsplasser). Det skal vurderes om prinsippene for prioritering som Stortinget sluttet seg til gjennom behandling av Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste*, alvorlighet, nytte og ressurs, er relevante når det skal prioriteres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten eller bør justeres eller suppleres.

2.3.2 Avgrensning og presisering av mandatet

Utvalget har valgt å avgrense mandatet til å gjelde ansvarsområder som omfattes av lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) og lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven) og lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) §§ 5-6 og 5-6 a.

Utvalget vil vurdere prinsipper for prioritering knyttet til de tjenester og tiltak kommunene skal sørge for etter den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven.

Utvalget vil vurdere prinsipper for prioritering knyttet til de tjenester som skal ytes etter tannhelsetjenesteloven og knyttet til prioritering av hvilke tilstander, sykdommer med videre på tannhelsefeltet som trygden yter stønad til. Utvalget mener det er utenfor mandatet å vurdere konsekvensene av prinsippene med hensyn til hvilke persongrupper som bør ha rettigheter etter tannhelsetjenesteloven og hvilke tilstander og sykdommer som bør omfattes av folketrygdens stønadsordning på tannhelsefeltet.

Utvalget oppfatter det som utenfor mandatet å drøfte og foreslå prinsipper for prioritering mellom helse- og omsorgstjenestene og andre tjenester kommunen tilbyr sine innbyggere. Utvalget har likevel valgt å påpeke sammenhengen mellom helse- og omsorgstjenestene og andre sektorer i kommunen.

God prioritering i helse- og omsorgstjenesten krever faglig kompetanse, kunnskap og forståelse blant helse- og omsorgspersonell. Utvalget vil derfor drøfte utdanning og opplæring i prioriterings-spørsmål som et mulig virkemiddel i utdanningene, for å understøtte god prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i tannhelsetjenesten. Ut over det, mener utvalget at spørsmål om kompetansekrav og kapasitet i helse- og sosialfagutdanningene, ikke omfattes av mandatet. Utvalget mener også at det er utenfor mandatet å diskutere hvordan kommunene best forvalter sine personellressurser.

Det fremgår av mandatet at dagens ansvarsfordeling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten skal legges til grunn. Utvalget oppfatter det som utenfor mandatet å si noe om kriterier for fordeling av oppgaver mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utvalget vil likevel påpeke utfordringer ved denne ansvarsfordelingen.

2.4 Sentrale begreper i utredningen

Prioritering

Ordet prioritere betyr å sette noe foran noe annet. Å prioritere betyr å si nei til noe og ja til noe annet; å prioritere innebærer å rangere. Hvilke tiltak skal få ressurser til å bli gjennomført og i hvilken rekkefølge skal de prioriterte tiltakene gjennomføres? Prioritering skjer også ved at enkelte pasienter eller brukere gis forrang fremfor andre i tildelingen av helsehjelp eller andre ytelser fra helse- og omsorgstjenesten.

Prinsipper og kriterier

Kriterier for prioritering brukes for å beskrive hvilke kjennetegn som gir grunnlag for prioritering. Et prioriteringskriterium kan beskrives ved tre aspekter: navn, beskrivelse og operasjonalisering.

Prinsipper for prioritering brukes som en samlebetegnelse for kriterier og beskrivelsen av disse, anvendelsen av kriteriene, og hvilke andre hensyn det eventuelt er relevant å legge vekt på i prioriteringsbeslutninger.

Kommune

For å forenkle fremstillingen brukes begrepet *kommune* i denne utredningen som felles betegnelse

for kommune og fylkeskommune, hvis ikke noe annet fremgår av sammenhengen.

Helse- og omsorgstjenesten

Begrepet *helse- og omsorgstjenesten* brukes i denne utredningen som en samlebetegnelse på den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten, hvis ikke noe annet fremgår av sammenhengen.

Kommunale helse- og omsorgstjenester

Kommunale helse- og omsorgstjenester brukes i denne utredningen om helsehjelp og andre tjenester som kommunen skal sørge for etter lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).

Den offentlige tannhelsetjenesten

Den offentlige tannhelsetjenesten brukes i denne utredningen om tannhelsetjenester som omfattes av lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven) § 1-3, enten tannhelsetjenestene ytes av fylkeskommunens ansatte eller av privatpraktiserende tannlege som har inngått avtale med fylkeskommunen.

Offentlig finansierte tannhelsetjenester

Offentlig finansierte tannhelsetjenester brukes i denne utredningen som en samlebetegnelse på den offentlige tannhelsetjenesten og tannhelsetjenester som finansieres av trygden etter lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) § 5-6 og § 5-6 a.

Helsehjelp

Begrepet *helsehjelp* brukes i denne utredningen om handlinger som har forebyggende, diagnostiske, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som utføres av helsepersonell, se lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) § 1-3 bokstav c og lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) § 3.

Pasient

I denne utredningen brukes begrepet *pasient* om en person som anmoder om å få helsehjelp eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr

helsehjelp, se nærmere definisjonen av helsehjelp over.

Bruker

Begrepet *bruker* benyttes i denne utredningen om en person som anmoder om eller mottar tjenester som omfattes av helse- og omsorgstjenesteloven, men som ikke er helsehjelp. Eksempler på slike tjenester er: praktisk bistand, støttekontakt og avlastningstiltak. I enkelte tilfeller benyttes begrepet *bruker* i denne utredningen som en samlebetegnelse på pasient- og bruker. Dette gjelder blant annet når brukermedvirkning omtales.

Pårørende

Begrepet *pårørende* brukes i denne utredningen om den pasienten eller brukeren oppgir som pårørende eller den som i størst utstrekning har varig eller løpende kontakt med pasienten eller brukeren. Nærmeste pårørende vil som regel være ektefelle, registrert partner eller samboer, barn, foreldre eller andre med foreldreansvar, søsken, besteforeldre eller andre som står pasienten eller brukeren nær.

Helse- og omsorgspersonell

Helse- og omsorgspersonell brukes i denne utredningen som en samlebetegnelse på helsepersonell, jf. definisjonen i helsepersonelloven § 3, og annet personell som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven.

2.5 Utredningens oppbygging

Innledningsvis presenteres utvalgets mandat, utvalgets forståelse av mandatet og sentrale begreper i utredningen (kapittel 2). Utredningen er deretter bygd opp av fire deler:

- Del I: Bakgrunn
- Del II: Prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten
- Del III: Forslag til prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester
- Del IV: Prosesser og virkemidler

I del I, Bakgrunn, beskrives verdigrunnlaget for helse- og omsorgstjenesten (kapittel 3), tidligere arbeid om prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester (kapittel 4), prioriteringsarbeid i andre land (kapittel 5), de økonomiske og organisatoriske rammene for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten (kapittel 6), gjeldende rett (kapittel 7), befolkningens helsetilstand og bruk av helse- og omsorgstjenestene (kapittel 8) og utviklingstrekk (kapittel 9).

Utvalget er i mandatet bedt om å beskrive prioriteringssituasjoner og prioriteringsutfordringer. I del II, som omfatter prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten, redegjøres det for forskjeller mellom prioriteringsutfordringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten (kapittel 10). Et grunnleggende spørsmål som har blitt drøftet i arbeidet med denne utredningen, er om det er forskjeller mellom de to tjenestenivåene som tilsier en annen innretning og anvendelse av dagens kriterier. I kapittel 11 redegjøres det for hvem som prioriterer og innenfor hvilke rammer prioriteringene skjer, og i kapittel 12 beskrives prioriteringsutfordringer knyttet til samhandling mellom de ulike forvaltningsnivåene.

I del III, presenteres dagens prinsipper for prioritering (kapittel 13). Deretter presenteres og drøftes utvalgets forslag til prinsipper og kriterier for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester (kapittel 14). Avslutningsvis i denne delen, redegjøres det for den praktiske anvendelsen av utvalgets forslag til kriterier (kapittel 15).

I del IV beskrives kunnskapsgrunnlaget for prioriteringsbeslutninger (kapittel 16) og utvalgets refleksjoner knyttet til åpenhet og brukermedvirkning i prioriteringsbeslutninger (kapittel 17). Kapittel 18 er viet til utvalgets forslag til virkemidler for prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester. Økonomiske og administrative konsekvenser av utvalgets forslag er temaet for kapittel 19.

Del I
Bakgrunn

Kapittel 3

Helse- og omsorgstjenestens verdigrunnlag

3.1 Innledning

Begrepene verdier og verdigrunnlag kan forklares som etiske normer og idealer som er lagt til grunn i samfunnet, og som kommer til uttrykk i politikk og gjennom samfunnets institusjoner. I NOU 2004: 18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene – Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester*, er verdier beskrevet som vurderinger av hva som er av det gode, det vil si hva en ønsker å arbeide for å oppnå. Verdier er ikke objektivt gitt eller målbare. De er uttrykk for menneskelig opplevelse av egenskapene ved et fenomen eller system, og om den målestokk som man legger på sine valg og sin virksomhet.

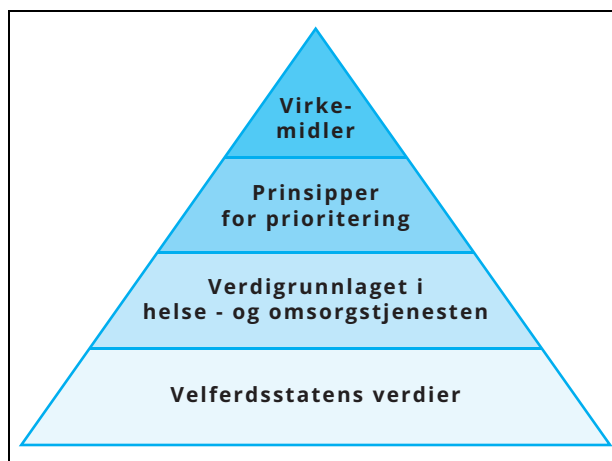
Den offentlige helse- og omsorgstjenesten er en sentral del av velferdsstatens institusjoner. Helse- og omsorgstjenestens verdigrunnlag bygger derfor i stor grad på de samme verdiene som ligger til grunn for velferdsstaten (se figur 3.1).

Prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten handler om å fordele helse- og omsorgstjenestens ressurser til noen områder og tiltak fremfor andre. Prinsippene som legges til grunn for fordelingen av ressursene, må ha forankring i grunnleggende verdier som har legitimitet i befolkningen og blant helsepersonell. Gjennom prinsippene for prioritering gir man verdiene i helse- og omsorgstjenesten et konkret uttrykk.

Nedenfor omtales kort velferdsstatens verdier, før verdigrunnlaget i helse- og omsorgstjenesten beskrives nærmere.

3.2 Velferdsstatens verdier

Den norske velferdsstaten kjennetegnes av et omfattende offentlig ansvar for grunnleggende velferdsoppgaver, som blant annet helse- og omsorgstjenester, sosialforsikringer, utdanning og bolig. Et viktig mål er å dekke grunnleggende behov for alle gjennom universelle velferdsordnin-



Figur 3.1 Velferdsstatens verdier, verdigrunnlaget i helse- og omsorgstjenesten, prinsipper for prioritering og virkemidler

ger, som blant annet likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester. Alle innbyggere er dermed sikret grunnleggende velferdstjenester uavhengig av hvilke egenskaper de er født med, sosial status, kjønn, alder, seksuell orientering, etnisk tilhørighet, bosted, stilling på arbeidsmarkedet og sosial status.

Det er over tid blitt utviklet et sett med felles verdier som ligger til grunn for den norske velferdspolitikken, og som kjennetegner den norske velferdsstaten. Viktige verdier i den norske velferdsstaten er menneskeverd, rettferdig fordeling av velferdsgoder, likebehandling, selvbestemmelse, rettssikkerhet, sosial trygghet, forutsigbarhet og åpenhet.

3.3 Verdigrunnlaget i helse- og omsorgstjenesten

Hvilke grunnleggende verdier som bør vektlegges i utformingen og utførelsen av helse- og omsorgstjenestene, synes å ha bred samfunnsmessig tilslutning på tvers av ideologiske og poli-

tiske skillelinjer, men det mer konkrete innholdet i verdiene er åpent for ulike tolkninger.

De grunnleggende verdiene i helse- og omsorgstjenestene er omtalt i en rekke offentlige dokumenter, blant annet gjennom flere utredninger, strategier og stortingsmeldinger. I de foregående prioriteringsutredningene (Lønning-utvalgene¹ og Norheim-utvalget²) og i rapporten fra Magnussen-gruppen³ er det mer eller mindre tydelig hvilke grunnleggende verdier helse- og omsorgstjenestene bygger på.

Det verdimessige grunnlaget for helse- og omsorgstjenesten ble i Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* oppsummert på følgende måte:

Hvert enkelt menneske har en ukrenkelig egenverdi uavhengig av kjønn, religion, sosioøkonomisk status, funksjonsnivå, sivilstand, bosted og etnisk tilhørighet. Befolkningen skal ha likeverdig tilgang til helsetjenester. Like tilfeller skal behandles likt. En rettferdig fordeling innebærer i tillegg at samfunnet er villig til å prioritere høyere de som har størst behov for helsetjenester. Samtidig må dette sees i sammenheng med hva som gir mest mulig helse i befolkningen over tid. Helsetjenesten er videre del av en bred sosial forsikringsordning for befolkningen, og borgerne skal motta likeverdige tjenester etter behov, uavhengig av økonomi, sosial status, alder, kjønn, tidligere helse mv. Helsepersonell har en plikt til å hjelpe pasientene etter beste evne samtidig som de har et ansvar for helheten. Prioritering i helsetjenesten må praktiseres slik at den ivaretar relasjonen mellom helsepersonell og pasient, både til den kjente pasienten der og da og til den neste pasienten som trenger helsehjelp. Pasienter skal videre møtes på en verdig måte. Pasienter som har behov for pleie og omsorg skal få det selv om ikke helsetjenesten kan tilby virkningsfull behandling.

Verdigrunnlaget for helse- og omsorgstjenesten kommer også helt eller delvis til uttrykk i de sentrale lovene på området. Formålsbestemmelsene i sentrale lover som helse- og omsorgstjenesteloven, folkehelseloven, psykisk helsevernloven, hel-

sepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven gir uttrykk for mål som lovgiver har lagt vekt på, og som er i tråd med de grunnleggende verdiene. Verdier som kommer til uttrykk i formålsbestemmelsene, er blant annet: respekt for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd, sosial trygghet, likeverd, likeverdig tilgang på forsvarlige tjenester, tillit mellom pasient/bruker og tjenesten, selvbestemmelse og rettssikkerhet. Det fremgår av Prop. 71 L (2016–2017) *Lov om endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)* at dette også er verdier som ligger til grunn for den offentlige tannhelsetjenesten.⁴

I et prioriteringsperspektiv er menneskeverd og likeverdig tilgang på forsvarlige tjenester sentrale verdier, i tillegg til selvbestemmelse og medvirkning. Utvalget mener videre at rettssikkerhet og sosial trygghet er viktige verdier som må ligge til grunn for prioriteringsprinsippene i helse- og omsorgstjenesten. I den videre teksten er disse verdiene nærmere omtalt.

3.3.1 Menneskeverd og likeverdig tilgang på forsvarlige tjenester

Et sentralt utgangspunkt for helse- og omsorgstjenesten er at alle mennesker har en ukrenkelig egenverdi (menneskeverdet), og er likeverdige. Det ukrenkelige menneskeverdet og menneskers likeverdighet har grunnlag i en lang historisk tradisjon, utviklet blant annet av 1700-tallets opplysningsfilosofer som Locke, Voltaire, Montesquieu og Kant. Forestillingen om et ukrenkelig menneskeverd er nedfelt i Grunnloven, og prinsippet er nedfelt blant annet i FN's erklæring om universelle menneskerettigheter av 1948. I menneskerettighetserklæringen anerkjennes alle menneskers iboende verdighet og likeverdige krav på grunnleggende menneskerettigheter. Menneskeverd har man i kraft av å være menneske og er ikke avhengig av den enkeltes stilling eller sosiale status i samfunnet. Allmenne menneskerettsprinsipper er gjort til norsk rett ved lov av 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetens stilling i norsk rett.

I St.meld. nr. 26 (1999–2000) *Om verdier for den norske helsetenesta* uttales det at helsepolitikken skal bygge på respekt for menneskeverdet og legge til grunn en rettferdig fordeling av rettighe-

¹ NOU 1987: 23 *Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste*, NOU 1997: 18 *Prioritering på ny*

² NOU 2014: 12 *Åpenhet og rettferdighet – prioriteringer i helsetjenesten*

³ Magnussen-gruppen (2015): *På ramme alvor – alvorlighet og prioritering*

⁴ Prop. 71 L (2016–2017) *Lov om endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)*, side 95

ter og plikter, likeverd og lik tilgjengelighet til forsvarende tjenester, og en styrket rettsstilling for den som trenger tjenestene.

Et viktig prinsipielt skille når det gjelder rettferdig og likeverdig tjenestetilbud går mellom likhet i muligheter (tilbudslighet) og likhet i resultat (resultatlikhet) (NOU 2014: 12, kapittel 3.1). NOU 1997: 18 *Prioritering på ny* (s. 73) peker på at:

Likhetsbegrepet kan innebære adgang til et grunnleggende behandlingstilbud for alle, eller lik tilgang på tjenester for like behov, eller lik behandling for like behov, eller lik helsetilstand for alle. Det Etske Råd påpeker at målet om lik helsetilstand er en utopisk målsetting. Likhet må derfor forstås slik at alle med samme behov skal behandles på samme måte. Det vil si at dersom en person i en gitt situasjon blir gitt behandling, vil andre personer i samme situasjon også ha krav på behandling.

Et viktig mål for folkehelsearbeidet er å redusere forskjeller i helse i befolkningen. Dette fremgår blant annet i Meld. St. 19 (2014–2015) *Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter*. Meldingen vektlegger at folkehelsearbeidet skal bidra til at alle får muligheter til å ta ut sitt helsepotensial, det vil si en vektlegging av likhet i muligheter. Dette fremgår også av forarbeidene til folkehelseloven.

Det er bred politisk enighet om at hele befolkningen skal sikres likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Denne målsettingen fremgår blant annet av formålsbestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Et likeverdig tjenestetilbud foreligger når personer som etterspør helse- og omsorgstjenester, har samme mulighet til å skaffe seg helsetjenester uavhengig av bosted, økonomi, sosial status, alder, kjønn, etnisk tilhørighet med videre. Til tross for at alle formelt sett har lik rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester, vil det være variasjoner i den reelle tilgangen til helse- og omsorgstjenester blant annet som følge av geografiske forskjeller og spredt bosetting. Forutsetningene i kommunene er forskjellige og tjenestetilbudet må derfor utformes ut fra lokale behov og forhold. Det er et mål å gi et mest mulig likeverdig tilbud til befolkningen, samtidig mener utvalget at det må tas hensyn til lokale behov og forhold i den helhetlige vurderingen og prioriteringen.

3.3.2 Selvbestemmelse og medvirkning

En konsekvens av å se på menneskeverdet som ukrenkelig er å akseptere at den enkelte har kom-

petanse til å gjøre egne valg. Relasjonen mellom disse to prinsippene kan formuleres slik:

Prinsippet om respekt for den enkeltes integritet er et utslag av det overordnede prinsippet om menneskets ukrenkelighet. Integritetskravet er uttrykk for ideen om at alle mennesker har rett til en privat sfære og å bli møtt med respekt med hensyn til ulikhet i forhold til vurderinger og ønskemål, også om de mangler evne til helt og fullt å ta rasjonelle valg. Retten til selvbestemmelse, til å fatte beslutninger og handle i tråd med egne ønskemål og vurderinger i den grad dette ikke går ut over andres rett, og også en rett til medbestemmelse i den grad egne rettigheter berøres, er en kjerne i dette prinsippet. I forlengelsen av dette bør også nevnes verdien av at individet beholder kontrollen over og tar ansvar for sin egen tilværelse så langt mulig.⁵

Begrepet personlig autonomi uttrykker blant annet enkeltindividets rett til å bestemme over forhold som gjelder dem selv. Retten til selvbestemmelse har i de senere årene blitt mer og mer sentral i helse- og omsorgstjenesten og må anses å være helt sentralt i forståelsen av hva integritet i helse- og omsorgstjenesten handler om.

Pasienter, brukere og pårørendes medvirkningsrett innebærer blant annet at de involveres både på faglig- og overordnet nivå. Retten til medvirkning innebærer at pasienter, brukere og pårørende skal kunne delta aktivt i beslutninger om helsehjelp og utforming av behandlingstilbud. Brukermedvirkning er nærmere omtalt i kapittel 17.2.

3.3.3 Rettssikkerhet og sosial trygghet

Prinsippet om rettssikkerhet er forankret i menneskerettighetene og en sentral verdi også i helse- og omsorgstjenesten. Rettssikkerhet er ikke et entydig begrep, men kjernen i begrepet er knyttet til krav om at enkeltindividet skal være beskyttet mot overgrep og vilkårlighet fra myndighetenes side, samtidig som vedkommende skal ha mulighet til å forutberegne sin rettsstilling og forsvare sine rettslige interesser.⁶ Menneskeverdet og

⁵ NOU 2004: 18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene – Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester*, kapittel 6.3

⁶ NOU 2009: 15 *Skjult informasjon – åpen kontroll – Metodekontrollutvalgets evaluering av lovgivningen om politiets bruk av skjulte tvangsmidler og behandling av informasjon i straffesaker*, kapittel 7

enkeltindividets rett til fysisk og psykisk integritet står sentralt i rettssikkerhetsbegrepet. Også retten til selvbestemmelse (autonomi) og retten til privatliv kan ses som deler av et utvidet rettssikkerhetsbegrep. Likhet og rettferdighet nevnes blant forhold som kan falle inn under rettssikkerhetsbegrepet (Eckhoff og Smith 2010). Fravær av vilkårlighet er også et element i rettssikkerheten.

Rettssikkerhet innebærer blant annet at «[...] den offentlige myndighetsutøvelsen skal være forankret i på forhånd gitte rettsregler, slik at borgeren på den måten kan forutberegne sin rettsstilling og innrette seg i tillit til dette.»⁷

Det er to hovedbetydninger av begrepet rettssikkerhet. For det første benyttes begrepet rettssikkerhet om virkemidler som skal sikre gode og rette avgjørelser i forvaltningen og i domstolen (rettssikkerhetsgarantier). Dette kan for eksempel være saksbehandlingsregler, regler som gir klageadgang eller et overordnet system for tilsyn og kontroll.

For det andre benyttes begrepet rettssikkerhet om lovbestemmelser skal sikre borgerne visse grunnleggende rettigheter. Dette kan for eksempel være Grunnlovens bestemmelser om at inngrep overfor den enkelte må følge av lov, eller at mennesker ikke skal utsettes for usaklig eller uforholdsmessig forskjellsbehandling. Sentralt står også Grunnlovens vern om privatlivet og den personlige integritet.

I forvaltningsretten er begrepet rettssikkerhet tradisjonelt benyttet som et sett av virkemidler som skal sikre at den enkelte borger får oppfylt sine rettigheter overfor det offentlige.

For pasienter og brukere kan rettssikkerhet handle om at de «[...] lett skal kunne sette seg inn i hva spesialisthelsetjenestens og kommunens helse- og omsorgstilbud skal omfatte, hvilke rettigheter den enkelte har og en klagegang som tilsikker at den enkeltes rettigheter blir ivaretatt.»⁸

Det er i juridisk teori tatt til orde for at rettssikkerhetsbegrepet omfatter de velferdsstatlige grunnverdiene og stiller krav om at rettsordenen ivaretar innbyggerens sosiale og helsemessige sikkerhet. Rettssikkerhet omfatter dermed både garantier for en forsvarlig beslutningsprosess når det offentlige treffer avgjørelser som har betydning for enkeltpersoners rettigheter og plikter, og et krav til rettsreglenes og de rettslige avgjørelsenes innhold (Bernt og Kjellebold 2000).

Innbyggernes sosiale og helsemessige sikkerhet ivaretas blant annet ved å sikre alle tilgang til nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. I formålsbestemmelsen til helse- og omsorgstjenesteloven fremgår det at loven skal fremme sosial trygghet. Sosial trygghet innebærer at alle skal få nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester når de har behov for det, og at tjenestene tilbys med respekt for den enkeltes integritet og verdighet. Den som trenger helsehjelp eller er avhengige av pleie eller praktisk hjelp i dagliglivet, skal kunne være trygg på å få nødvendig hjelp. Videre skal den som mottar slik hjelp, oppleve trygghet i møte og samhandling med dem som yter tjenestene.

Utvalget vil understreke at en forutsetning for sosial trygghet er at tjenestetilbudet er egnet til å dekke grunnleggende behov for befolkningen.

⁷ NOU 2004: 18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene – Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester*, kapittel 6.4

⁸ Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*, s. 49

Kapittel 4

Tidligere arbeid om prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten og offentlig finansierte tannhelsetjenester

Norge er et foregangsland i arbeidet med prioriteringer i helsetjenesten. Fra 1985 og fram til 2015 har fire offentlige utvalg og en ekspertgruppe utredet spørsmål om prioritering i helsetjenesten:

- NOU 1987: 23 *Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste* (heretter omtalt som Lønning I)
- NOU 1997: 18 *Prioritering på ny: Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste* (heretter omtalt som Lønning II)
- NOU 1997: 7 *Piller, prioritering og politikk. Hva slags refusjonsordning trenger pasienter og samfunn?* (heretter omtalt som Grund-utvalget)
- NOU 2014: 12 *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten* (heretter omtalt som Norheim-utvalget)
- *På ramme alvor. Alvorlighet og prioritering, 2015* (heretter omtalt som Magnussen-gruppen)

Disse arbeidene har i all hovedsak vært knyttet til prinsipper for prioriteringer i spesialisthelsetjenesten og refusjon av legemidler over folketrygden. Magnussen-gruppens mandat var å vurdere hvordan grad av alvorlighet skal vurderes i prioriteringsbeslutninger i helsetjenesten.

4.1 Tidligere prioriteringsutredninger

Begrunnelsen for å sette ned det første Lønning-utvalget var en gryende erkjennelse av at ressursene var begrensede, og at det var behov for å fordele ressursene slik at viktige ting ble gjort før mindre viktige (Aasen, Bringedal, Børøe og Magnussen 2018).

I Lønning I, kan vi lese følgende:

Tiden fra 1970 til 1979 var en vekstperiode for norsk helsevesen. Fra slutten av 70-årene synes en terskel å være nådd. Det er grenser for hvor stor del av et lands samlede ressurser

som kan investeres og forbrukes innen helsetjenesten. [...] Prioritering er [nå] blitt tvungende nødvendig (s. 25).

Formålet med Lønning I-utvalget var å utarbeide retningslinjer for prioriteringer innen helsevesenet. I mandatet het det at: «De nye retningslinjene må utformes slik at de kan brukes av helseadministratorer, lokale helsepolitikere og andre interesserte».

Utvalget fikk i oppdrag å vurdere fem dimensjoner for prioritering:

- sykdommens alvorlighetsgrad
- like muligheter for behandling, uavhengig av geografiske, sosiale og aldersbetingede skiller
- ventetid
- helseøkonomiske aspekter
- pasientens eventuelle egenansvar for oppstått problem

Utvalget foreslo et system med fem prioriteringsnivåer der man skulle gi høyest prioritet til de som hadde akutt behov for hjelp. Tiltak uten medisinsk nytte skulle ha lavest prioritet.

Utvalget anbefalte at sykdommens alvorlighetsgrad skulle veie tyngst, både ved prioritering av enkeltindivider i klinikken og ved mer overordnede helsepolitiske prioriteringer. Men utvalget understreket at ensidig vektlegging av alvorlighetskriteriet kunne føre til en betydelig ressursinnsats på områder hvor man knapt ville oppnå noen helseeffekt. Utvalget anbefalte derfor at alvorlighetskriteriet måtte ses i sammenheng med andre viktige kriterier, særlig effektivitetskriteriet, samt at effektiv ressursutnyttelse burde være dokumentert.

Retningslinjer for prioritering som ble formulert i Lønning I, kom til praktisk uttrykk blant annet gjennom den såkalte ventelisteforskriften, som ble foreslått av regjeringen i etterkant av utredningen. Ventetidsgarantien medførte at

hastegrad ble tillagt stor vekt i den offentlige debatten om prioritering.

Den kanskje viktigste effekten av dette arbeidet var at man satte i gang en offentlig debatt om prioritering i helsetjenesten, som igjen førte til en økt bevissthet om problemstillingen.

4.1.1 Lønning II-utvalget

I 1996 ble Lønning II-utvalget nedsatt. Utvalget gjentok utsagnet om at «helsetjenesten står overfor store utfordringer i årene fremover».

Utvalgets mandat var i all hovedsak å presisere og konkretisere retningslinjene for prioriteringer i helsevesenet, som Lønning I-utvalget hadde foreslått. Utvalget konkluderte med at følgende tre kriterier måtte være oppfylt for grunnleggende helsetjenester:

- *tilstandens alvorlighet*
- *tiltakets nytte*
- *tiltakets kostnadseffektivitet*

Det nye var at kostnadseffektivitet og nytte ble tillagt større vekt, i tillegg til alvorlighet. Forslagene om tre prioriteringskriterier fikk tilslutning fra Stortinget ved behandlingen av St.meld. nr. 26 (1999–2000) *Om verdier for den norske helsetenesta*. Disse kriteriene har siden ligget til grunn for prioriteringstenkingen i den norske helsetjenesten.

Utvalget foreslo også at det burde etableres representative nasjonale faggrupper som kunne gi anbefalinger om prioritering innen sitt fagfelt. Faggruppene skulle få i mandat å klarlegge hva man skulle legge i begrepene alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet for ulike pasientgrupper. Anbefalingen ble fulgt opp gjennom utarbeidelsen av 33 prioriteringsveiledere for spesialisthelsetjenesten. Prioriteringsveilederne er revidert og benyttes fortsatt når spesialisthelsetjenesten skal vurdere om en pasient skal ha rett til prioritert helsehjelp og hvilke pasienter som må vente.

Utvalget anbefalte videre at det ble opprettet et permanent samordnende prioriteringsutvalg som skulle gi råd om prioritering mellom pasientgrupper. I St.meld. nr. 26 (1999–2000) *Om verdier for den norske helsetenesta*, tok Sosial- og helsedepartementet til orde for å opprette et nasjonalt rådgivende organ for prioriterings spørsmål. Stortinget ga sin tilslutning til dette, og Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten ble opprettet i 2001. Rådets mandat var å bidra til en helhetlig tilnærming til problemstillinger om prioritering i helse- omsorgstjenesten innenfor eksisterende budsjettammer. Nasjonalt råd for prioritering i

helsetjenesten ble lagt ned 1. januar 2018. Begrunnelsen for å avvikle rådet, var at spesialisthelsetjenesten har bygd opp systemer for prioritering i langt større grad enn da rådet ble oppnevnt.

4.1.2 Grund-utvalget

Nærmest parallelt med Lønning II-utvalget ble det nedsatt et utvalg som skulle se på prioriterings spørsmål knyttet til legemiddelområdet – Grund-utvalget. Utvalgets mandat var å gjennomgå dagens ordning med offentlig refusjon av legemidler som forskrives på blå resept.

Utvalget viste til de tre prioriteringskriteriene, *alvorlighet, effekt og kostnadseffektivitet*, og mente disse også kunne anvendes på legemiddelområdet. Grund-utvalget foreslo at det skulle gis refusjon til legemidler til bruk mot alvorlige sykdommer, der legemidlene har god effekt og er kostnadseffektive. Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten ble etablert i 2013, og bygger på de samme kriteriene. Beslutningsforum for nye metoder fatter beslutninger om hvilke metoder som kan innføres til bruk i spesialisthelsetjenesten basert på metodevurderinger gjort av Statens legemiddelverk eller Folkehelseinstituttet.

4.1.3 Norheim-utvalget

Lønningutvalgenes forslag til prioriteringskriterier har hatt stor aksept i helsedebatten. Det er langt på vei enighet om de tre kriteriene, men samtidig er det reist spørsmål som: Hvor mye er vi villig som samfunn til å betale for et legemiddel eller en behandling? Hvordan skal vi forstå alvorlighet i ulike situasjoner? Er det andre og mer relevante kriterier som bør ligge til grunn når det prioriteres? Hvordan skal vi forholde oss til forholdet mellom alvorlighet og nytte?

Etter en debatt om dyre kreftlegemidler våren 2013, besluttet Stoltenberg II-regjeringen å sette ned et nytt offentlig utvalg på prioriteringsfeltet, Norheim-utvalget.

I tråd med de foregående prioriteringsutredningene foreslo Norheim-utvalget tre kriterier for prioritering i helsetjenesten:

- *Helsegevinstkriteriet*: Et tiltaks prioritet øker med forventet helsegevinst.
- *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.

I all hovedsak kan Norheim-utvalget forstås som en videreføring og presisering av de etablerte prioriteringskriteriene. Men ett viktig unntak var *helsetapskriteriet* som utvalget foreslo skulle erstatte alvorlighetskriteriet. Forslaget innebar at tap av helse i fortid skulle tillegges vekt. De som er dårligst stilt, skal få prioritet over de som er bedre stilt. Det bygger på en tanke om at alle bør gis en mulighet til å oppleve like mange gode leveår over et livsløp. Kriteriet var ment å fange opp et viktig fordelingshensyn, nemlig at helsegevinster som tilfaller de dårligst stilte, skal gis ekstra vekt. Konsekvensen er at pasienter og pasientgrupper som ellers er like med hensyn til behov og fremtidig tap av helse, vil kunne få ulik tilgang på helsetjenester.

Utvalgets forslag om helsetapskriteriet høstet bred kritikk. Regjeringen Solberg valgte i juni 2015 å legge forslaget til et helsetapskriterium til side og sette ned en ekspertgruppe, Magnussen-gruppen, som skulle utrede hvordan alvorlighet skal vurderes i prioriteringsbeslutninger i helse-tjenesten. Magnussen-gruppen leverte sin rapport i november 2015.

Magnussen-gruppen skriver om helsetapskriteriet (ss. 10–11):

Selv om Norheim-utvalgets helsetapskriterium gir gjenklang i vårt samfunns verdigrunnlag med ønsket om å utjevne forskjeller mellom borgerne, ble det også oppfattet som et kontroversielt forslag som utfordret tradisjonelle oppfatninger av rettferdighet. Én tilnærming til begrepet rettferdighet i helsetjenesten kan være å ta utgangspunkt i at den offentlig finansierte helsetjenesten utgjør en del av en bred sosial forsikring for innbyggerne. Den er ment å sikre hjelp ved behov, uavhengig av inntekt, bosted og status. Når vi møter helsetjenesten, stiller vi altså likt og har samme krav på helse-tjenester – vi er *likeverdige*. Også tidligere helse kan tolkes som en del av «status» i denne sammenhengen. På den måten kan det anses som urettferdig at et tidligere, tilbakelagt helsetap skal føre til forrang i helsekøen. Borgerne bidrar til fellesskapet gjennom skatter og avgifter, og mottar ytelser når de har behov for det. Det er i utstrakt grad nedfelt i individuelle rettigheter hvilke ytelser borgerne har krav på i ulike situasjoner. Det at bidraget gjennom skatt varierer med inntekt, bidrar til utjevning. Også tjenesteytingen vil bidra til å jevne ut nåværende forskjeller og bidra til like framtidige muligheter. Det er derimot ikke en typisk intensjon at selve tjenesteytingen skal rette opp

tidlige ulikheter. Dermed kan helsetjenestens oppgave hevdes å være å bekjempe sykdom og fremme helse, men ikke å kompensere for et tidligere tap av helse.

Norheim-utvalget foreslo også å erstatte nyttekriteriet med et helsegevinstkriterium. Helsegevinstkriteriet legger vekt på virkningene eller effektene av et tiltak, det vil si konsekvensene av et tiltak. Mer konkret er kriteriet opptatt av velferdsvirkningene av et tiltak. Velferd er tett knyttet til blant annet levekår, livskvalitet, velvære og lykke, og knyttes ofte helt eller delvis til preferansetilfredsstillelse, det vil si å få sine ønsker og mål oppfylt.

Siden tiltak i helsetjenesten i hovedsak påvirker velferd gjennom helseforbedringer, bør helsegevinster, ifølge Norheim-utvalget, stå sentralt ved prioritering. Slike gevinster skapes særlig via to konsekvenser av bedret helse: økt levetid og økt livskvalitet. Mange av tiltakene som gjennomføres i helsetjenesten, har ikke som mål å forlenge levetiden, men å bedre livskvaliteten gjennom bedre helse. Slike helseforbedringer inkluderer både bedring i fysisk og psykisk funksjon og reduksjon i visse symptomer, inkludert smerte.

4.1.4 Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste

Før sommeren 2016 la regjeringen Solberg fram Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering* (heretter omtalt som Meld. St. 34 (2015–2016)). I meldingen oppfattet man nyttekriteriet foreslått av Lønning II-utvalget og helsegevinstkriteriet foreslått av Norheim-utvalget i hovedsak som sammenfallende. Begge utvalgene mente at et tiltaks prioritet skal øke med den forventede nytten (Lønning II-utvalget) eller helsegevinsten (Norheim-utvalget). Regjeringen sluttet seg til dette.

Helse- og omsorgsdepartementet delte ikke Norheim-utvalgets oppfatning om at begrepet helsegevinst er mer gjenkjennelig eller lettere å forstå enn begrepet nytte. Nytte er et begrep som er godt innarbeidet i prioriteringspraksis i helsetjenesten. I Meld. St. 34 (2015–2016) konkluderte regjeringen med at tiltak i helsetjenesten skal vurderes ut fra tre prioriteringskriterier:

- *Nyttekriteriet*: Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket.
- *Ressurskriteriet*: Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på.
- *Alvorlighetskriteriet*: Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden.

Regjeringen anbefalte at prinsippene skulle gjelde for spesialisthelsetjenesten, for legemidler finansiert over folketrygden og for fastlegens samhandling med spesialisthelsetjenesten. Stortinget sluttet seg til dette da de behandlet meldingen.

I Meld. St. 34 (2015–2016) pekte regjeringen på behovet for å utrede nærmere om prinsippene som ble foreslått for spesialisthelsetjenesten er like relevante for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen foreslo å sette ned et offentlig utvalg som skulle drøfte prioriteringsutfordringene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Forslaget fikk tilslutning i Stortinget (jf. Innst. 57 S (2016–2017)).

I høringsnotat om juridisk oppfølging av prioriteringsmeldingen og forslag til endringer i spesialisthelsetjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven foreslår Helse- og omsorgsdepartementet å regulere en plikt for de regionale helseforetakene til å innrette tjenestetilbudet i tråd med prioriteringskriteriene om nytte, ressursbruk og alvorlighet. Høringsfristen var 25. september 2018. Departementet mener at reguleringen vil styrke legitimiteten og forutberegneligheten til prioriteringer i spesialisthelsetjenesten, og tydeliggjøre at kriteriene for prioritering skal ligge til grunn for prioritering i spesialisthelsetjenesten generelt, og ikke bare avgrenses til vurderinger av rett til nødvendig helsehjelp.

Videre foreslås det i høringsnotatet endringer i prioriteringsforskriften slik at beskrivelsene av prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet tas inn for å presisere prinsippene for prioritering i kliniske situasjoner. Departementet uttaler at disse endringene ikke har til hensikt å endre rettstilstanden, men å sikre lik begrepsbruk i regelverk, veiledere og annet materiale som omhandler prioritering.

I høringsnotatet er det også foreslått å lovfeste at de regionale helseforetakene skal sørge for et felles system som tar stilling til hvilke metoder som skal tilbys i spesialisthelsetjenesten. Dette er en regulering av en oppgave som de regionale helseforetakene allerede er pålagt i foretaksmøtet, og gjennom eierstyringen i oppdragsdokumentet. Departementet foreslår dessuten at det presiseres i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b om retten til nødvendig spesialisthelsetjeneste, at rettigheten gjelder de tjenester som spesialisthelsetjenesten har ansvaret for å yte og finansiere. Høringsnotatet inneholder også forslag til presiseringer vedrørende egenfinansiering av helsehjelp og helsehjelp i utlandet.

4.2 Prioriteringsutredninger om offentlig finansierte tannhelsetjenester

Prinsipper for prioritering knyttet til offentlig finansierte tannhelsetjenester har ikke tidligere vært gjenstand for en egen offentlig utredning. Tannhelsetjenesteloven fra 1984 er den eneste helseloven hvor *prioritering* nevnes eksplisitt (se kapittel 7.2). Men tannhelsetjenester nevnes i liten grad i de foregående utredningene om prioriteringer i helsetjenesten. Tannhelsetjenesten omtales i begrenset grad når det er snakk om finansieringsordninger. Ut over dette har prioriteringsspørsmål knyttet til tannhelsetjenesten ikke vært omtalt i noen offentlig utredning.

NOU 2005: 11 *Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet – et godt tilbud til de som trenger det mest* fikk i oppdrag å utrede både offentlig og privat sektor, herunder tannbehandling av voksenbefolkningen. Spørsmål om organisering og finansiering av tannhelsetjenester skulle vurderes på bred basis, inkludert ulike driftstilskuddsordninger. Videre skulle det utredes hvorvidt nye grupper skulle gis rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Utvalget pekte på følgende utfordringer:

- Det er et regionalt fordelingsproblem – mangel på tannleger i mange deler av landet.
- Det er et sosialt fordelingsproblem – det finnes grupper som har klare behov, men som i dag ikke får et godt tilbud.
- Tannhelsetjenester må i fremtiden produseres på en mer effektiv måte, blant annet gjennom bedre arbeidsfordeling mellom profesjonene i tannhelsetjenesten. Laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet) må være førende også for tannhelsetjenesten.
- Samarbeidet mellom offentlig og privat sektor må bedres.
- Satsingen på helsefremmende og forebyggende arbeid må være mer offensiv og bevisst.

Utvalgets tilråding var at det offentliges engasjement rettes mot grupper som anses å ha et særlig behov for tannhelsetjenester. Hovedformålet var å utjevne sosial ulikhet i tannhelse. NOU 2005: 11 ble fulgt opp gjennom St.meld. nr. 35 (2006–2007) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester*. I meldingen ble det lagt fram forslag til en helhetlig politikk på tannhelsefeltet. Det trekkes fram at erfaringer fra andre nordiske land viser at universelle ordninger ikke nødvendigvis når fram til de som trenger det mest.

Folketrygdens stønad til tannbehandling er behandlet i tidligere NOUer og stortingsmeldinger der en har drøftet bruk av trygdemidlene og foreslått endringer i regelverket. I en rapport om kriterier for stønadsberettiget behandling innen kjeveortopedi (tannregulering), vurderer Helsedirektoratet dagens regelverk basert på gjeldende prioriteringskriterier. I rapporten foreslår Helsedi-

rektoratet at behandling av lite alvorlige bittavvik ikke lenger skal få støtte fra folketrygden (Helsedirektoratet 2017b).

I Stortingets behandling av Meld. St. 34 (2015–2016) (jf. Innst. 57 S (2016–2017)) påpekte komiteen at arbeidet med en offentlig utredning om prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten også må omfatte tannhelse.

Kapittel 5

Prioriteringsarbeid i andre land

Utvalget er bedt om å skaffe seg god oversikt over hvordan prioriteringer gjøres i et utvalg land det er naturlig å sammenligne seg med. Utvalget ba Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo gi en oversikt over hvilke overordnede føringer som er lagt for prioriteringer i andre land som det er naturlig å sammenligne seg med innen:

- allmennpraksis
- pleie- og omsorgstjenestene
- forebyggende helsetjenester
- tannhelsetjenesten

Med et utvalg av land det er naturlig å sammenligne seg med, menes land som har offentlig baserte helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester. Oppdraget ble utført av professor Reidun Førde og postdok Anne Kari Tolo Heggstad ved Senter for medisinsk etikk ved UiO (digitalt vedlegg 1). I dette kapitlet presenteres innholdet i rapporten.

5.1 Tidligere forskning

Lie og Sabik (2008) presenterer en oversikt over prioriteringsarbeid som er gjort i helsetjenesten i åtte forskjellige land, deriblant Norge, Sverige, Danmark og Nederland. Det som presenteres i denne artikkelen, handler imidlertid kun om prioriteringskriterier for helsetjenester generelt. I denne artikkelen kommer det ikke fram om landene har spesielle prioriteringskriterier for primærhelsetjenesten.

Hofmann (2013) presenterer trender og prioriteringsmodeller fra de skandinaviske landene. I denne artikkelen kommer det heller ikke fram at landene har egne prioriteringsprinsipper for primærhelsetjenesten. Fokuset er også her på nasjonale prioriteringsmodeller som finnes for helsetjenesten generelt.

En av de få studiene som har sett nærmere på prioriteringer i primærhelsetjenesten, er en studie gjort i Sverige av Arvidsson m.fl. I denne studien kommer det fram at ansatte i helsetjenesten opplever at nasjonale kriterier for prioriteringer i helse-

tjenesten i Sverige også er nyttige å bruke i kommunehelsetjenesten. Samtidig kommer det fram at det er behov for noen tilleggskriterier for primærhelsetjenesten. Sverige har imidlertid ikke utarbeidet egne kriterier for primærhelsetjenesten ennå.

I Storbritannia, har man også forsket noe på prioriteringsarbeid i såkalte «Primary Care Trusts». Primary Care Trusts (PCT) hadde fram til 2013 ansvar for tildeling av helse- og omsorgstjenester innenfor hvert enkelt PCT. Det som kom fram i en studie fra 2012, var imidlertid at det var store variasjoner i tildeling og prioriteringer mellom ulike PCT. Det kom også fram at Primary Care Trusts hadde begrenset beslutningsmyndighet. Videre kom det fram at de hadde mange ulike verktøy til bruk i prioriteringsarbeidet, blant annet økonomiske verktøy og etiske verktøy, men det kommer ikke fram hvordan disse verktøyene ble brukt, og det fantes ikke noen felles prioriteringskriterier på tvers av de ulike PCT.

5.2 Prioriteringsarbeid i de enkelte landene

5.2.1 Sverige

Sverige er det landet som er mest sammenlignbart med Norge, både hva gjelder organisering og finansiering av helsevesenet og prioriteringsarbeid. Finansiering av helsetjenesten skjer hovedsakelig via det offentlige, herunder også tannhelsetjenester for barn. Organiseringen av kommunehelsetjenesten skiller seg imidlertid litt fra den norske. Spesialisthelsetjenesten og legetjenesten (allmennlegetjenesten) ligger på fylkesnivå, mens pleie- og omsorg ligger på kommunalt nivå.

Sverige har siden 1996 hatt tre førende etiske prinsipper for prioriteringer for hele helsetjenesten, inkludert primærhelsetjenesten. Disse er *menneskeverdsprinsippet*, *behovs- og solidaritetsprinsippet* og *kostnadseffektivitetsprinsippet*. Behovs- og solidaritetsprinsippet og kostnadseffektivitets-

prinsippet, er så blitt operasjonalisert til tre underkriterier: alvorlighet, forventet nytte og kosteffekt av medisinsk intervensjon. Disse er videre operasjonalisert i «Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- og sjukvård».

Prioriteringsveiledningene er i Sverige ment å brukes på gruppenivå, og altså ikke mellom individer. En prioritering på gruppenivå vil imidlertid kunne være en hjelp og støtte i prioriteringsspmål på individnivå. Samtidig har man i Riksdagsproposisjonen understreket at alle tilfeller er unike og at man alltid må bedømme den enkeltes behov individuelt.

Prioriteringskriteriene skal gjelde på alle nivåer i helsetjenesten. Primærhelsetjenesten har ingen egne prioriteringskriterier.

5.2.2 Danmark

I Danmark er det i hovedsak det offentlige som har ansvar for helsetjenestene. Helsetjenestene er også preget av stor grad av desentralisering. Statens ansvar er først og fremst knyttet til lovgivning og budsjettfordeling. Fylkene, eller amtene, har ansvar for drift og finansiering av sykehus, samt allmennleger og spesialister. Amtene har videre ansvar for tilskuddordninger for legemidler, voksentannpleie, fysioterapi og kiropraktikk. Kommunene har ansvar for barnetannpleie og primærhelsetjenester som helsesøstertjeneste, hjemmesykepleie og sykehjem. Tannhelsetjenester for barn dekkes også i Danmark av det offentlige.

I Danmark er innbyggere omfattet av et sykeforsikringssystem, hvor inntektene til sykeforsikringen innbetales via skatt. Danmark har ingen nasjonale kriterier for prioriteringer. De har imidlertid Det etiske råd som er et rådgivende organ i etiske problemstillinger. Dette rådet ga i 1996 ut «Prioritering i sundhedsvæsenet – en redegjørelse». I 2013 ga det samme rådet ut antologien «Etik og prioritering i sundhedsvæsenet». I redegjørelsen fra 1996, blir det eksplisitt sagt at man ikke anbefaler en prioriteringsmodell slik man har hatt i Norge, Nederland og Sverige fordi slike prioriteringsmodeller i liten grad har hatt noen verdi i det daglige prioriteringsarbeidet i de landene hvor dette er innført. Samtidig presenterte rådet noen grunnleggende verdier som bør ligge til grunn for prioriteringer i helsevesenet: likeverd, solidaritet, trygghet og sikkerhet og autonomi. Det er heller ikke her utarbeidet noen egne prioriteringskriterier for primærhelsetjenesten.

5.2.3 Finland

Helsetjenestene i Finland finansieres dels gjennom en kommuneskatt og dels gjennom offentlige tilskudd. I Finland, har hele befolkningen tilgang til en offentlig tannhelsetjeneste. Helsevesenet er delt inn i fem helseregioner og 20 regionale sykehusdistrikter, hvor kommunene spiller en viktig rolle. Flere kommuner har i samarbeid ansvar for hvert distriktssykehus. Under de 460 kommunene i landet, ligger det 268 helsesentre, som fungerer som portvakt for annenlinjetjenesten. Finland er imidlertid i gang med en større omorganisering av kommunale tjenester. Dette vil blant annet medføre at helse- og sosialomsorgen vil organiseres rundt 15 helse- og sosialregioner fra 2019. I den forbindelse skal også pasientene få større muligheter til å velge mellom offentlig, privat eller en tredje sektor av tilbydere.

Prioriteringskriteriene som først og fremst skal være styrende i det finske helsevesenet, er effekt, kostnadseffektivitet og fravær av/lite skader.

I oversiktene og forskningen som er knyttet til Finland, kommer det heller ikke fram at de har noen egne prioriteringskriterier for primærhelsetjenesten.

5.2.4 Island

Helsetjenester på Island er i hovedsak finansiert gjennom det offentlige. Når det gjelder finansiering av tannhelsetjeneste for barn, skiller Island seg imidlertid fra de andre nordiske landene. I de andre nordiske landene, finansieres tannhelsetjenester for barn av det offentlige, mens man på Island må betale selv. Man kan imidlertid få noe tilbakebetalt gjennom helseforsikringsordning. Voksne med kroniske lidelser og pensjonister kan også få tilbakebetalt utgifter for tannhelsetjenester gjennom helseforsikring.

I Island har man innført noen nasjonale føringer for en rettferdig tildeling av helse- og omsorgstjenester. Her har det statlige nivået ansvar både for sykehus og primærhelsetjeneste. De nasjonale føringene som skal styre tildelingen av helse- og omsorgstjenester er:

- Helse- og omsorgstjenestene skal bygge på et felles ansvar for borgerne, og i hovedsak finansieres gjennom offentlige midler.
- Tilgang til helse- og omsorgstjenester skal være enkel og lik for alle borgerne.
- De personer som har store behov, skal prioriteres.

Heller ikke på Island har man utarbeidet egne prioriteringsføringer eller kriterier for primærhelsetjenesten.

5.2.5 Nederland

I Nederland er helsetjenestene i hovedsak finansiert gjennom forsikringsordninger. Det vil si at man i tillegg til vanlig skatt må betale inn til en egen helseforsikring.

Allmennlegetjenesten er finansiert ved at alle over 18 år betaler inn en nominell forsikringspremie på ca. 1 200 Euro i året.

Tannhelsetjenester for voksne er også finansiert av «helse- og omsorgsforsikringen».

Når det gjelder prioriteringsarbeid, ble Committee on Choices in Health Care, eller den såkalte Dunning-komiteen, etablert i 1990. Oppgaven til denne komiteen, var å diskutere metoder og prinsipper for prioriteringer. Dunning-komiteen formulerte fire prioriteringsprinsipper som skulle gjelde: nødvendighet, effekt/nytte, effektivitet og individuelt ansvar. Det samme året ble det bestemt at 95 prosent av helsetjenesten skulle dekkes av det offentlige. Såkalte ikke-essensielle tjenester, skulle holdes utenfor denne helsetjeneste-pakken. Det kommer heller ikke fram at Nederland har egne prioriteringsprinsipper fra primærhelsetjenesten.

5.2.6 Storbritannia

I Storbritannia er helsetjenesten organisert under National Health Service (NHS) i England, Health and Social Care in Northern Ireland i Nord-Irland, NHS i Wales og NHS i Skottland. Disse ble opprettet etter krigen for å sikre alle britiske borgere gratis helsehjelp. NHS har ansvar for forebyggende helsearbeid, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Primær tannhelsetjeneste dekker 90 prosent av all tannhelsetjeneste i Storbritannia. Når det gjelder tannhelsetjenesten i England og Wales, lå ansvaret for tildeling av tjenestene og ressursfordeling knyttet til dette hos Primary Care Trusts fram til 2013.

I 1999 ble The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) etablert. NICE skulle ha ansvar for å utarbeide nasjonale kliniske retningslinjer og vurdering av ny teknologi. I arbeidet med dette, fikk NICE også ansvar for å vurdere hvilke helsetjenester og behandling som skulle prioriteres, og hvilke tiltak som skulle finansieres av det offentlige. I vurderingen av om ny teknologi skulle prioriteres, vektla NICE effekt og kostnadseffektivitet, hvor hovedvekten skulle

ligge på vurdering av kostnadseffektivitet. I Storbritannia har de også det de kaller Clinical Priorities Advisory Group (CPAG), som ligner på Beslutningsforum her i Norge.

Fra 2001–2013 var det Primary Care Trusts (PCT) som hadde ansvaret for prioriteringer i primærhelsetjenesten. PCT ble imidlertid erstattet av såkalte «Clinical Commissioning Groups» fra 2013. Clinical Commissioning Groups består av lokale allmennleger (General Practitioners), og disse har ansvar for å forvalte ressursene til medisinsk behandling for innbyggere i sitt område, inklusiv tilgang til sykehusbehandling.

Det nærmeste man kommer prioriteringskriterier i primærhelsetjenesten i Storbritannia, er et etisk rammeverk, Thames Ethical Framework, som ble introdusert i 2005. Dette rammeverket fungerer som veiledning og hjelp i prioriteringsarbeidet i primærhelsetjenesten, for å sikre en åpen og rettferdig tildeling av helsetjenester. Det etiske rammeverket består av åtte prinsipper: rettferdighet, helse- og omsorgsbehov og nytte, dokumentert klinisk effekt, kost-effekt, behandlingskostnad og alternativkostnader, samfunnsbehov, nasjonale direktiver og veiledninger, og uvanlige behov (equity, health care need and capacity to benefit, evidence of clinical effectiveness, evidence of cost effectiveness, cost of treatment and opportunity costs, needs of the community, national policy directives and guidance, and exceptional need). De regnes imidlertid ikke som formelle, styrende prinsipper.

5.3 Oppsummering

Søket etter forskning på prioriteringsarbeid i primærhelsetjenesten, viste at det er gjort lite forskning på feltet etter 1990-tallet. Årsaken til at det er gjort lite forskning på feltet, kan handle om at det er et vanskelig felt å forske på, siden landene har ulik organisering av primærhelsetjenesten, og fordi primærhelsetjenesten er et komplisert felt å forske på. Manglende åpenhet og manglende eksplisitte prioriteringskriterier er dessuten også med på å vanskeliggjøre slik forskning. Ulike organiseringsmodeller av helsetjenestene gjorde også søket vanskelig. Det ble for eksempel funnet lite forskning knyttet til tannhelsetjenesten og forebyggende helsetjenester.

I forskningen kommer det ikke fram at noen av de relevante landene har egne prioriteringskriterier for primærhelsetjenesten. Forskingen som er gjort, fokuserer først og fremst på prioriteringskriterier som gjelder helsevesenet generelt. Det

nærmeste man kom prioriteringskriterier for primærhelsetjenesten i dette arbeidet, var det etiske rammeverket som er utarbeidet for prioriteringer i primærhelsetjenesten i Storbritannia. For å få

kunnskaper om hvordan prioriteringene skjer i praksis i kommunehelsetjenesten i andre land, er det åpenbart at det trengs mer forskning på området.

Kapittel 6

Rammer for organisering og finansiering av helse- og omsorgstjenesten

Kommunestyret har ansvar for å prioritere ressurser mellom ulike oppgaver og for å organisere tjenestene til det beste for innbyggerne. Vedtak av langsiktige og årlige plandokumenter og budsjetter, er noen av de viktigste overordnede prioriteringsbeslutningene i kommunen. Disse beslutningene bygger i liten grad på eksplisitte prioriteringskriterier.

De generelle rammene for den kommunale og fylkeskommunale virksomheten følger av kommuneloven (lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner). Videre er det lokale folkestyret forankret i Grunnloven. Stortinget vedtok i juni 2018 ny kommunelov.¹ Ny kommunelov vil, etter planen, tre i kraft høsten 2019. I den nye kommuneloven er grunnstammen i dagens kommunelov videreført. Samtidig er det gjort noen endringer som samlet sett gir økt kommunalt selvstyre. I den nye kommuneloven er det kommunale selvstyret lovfestet. Videre lovfestes enkelte prinsipper for nasjonale myndigheters forhold til det kommunale selvstyret:

- Forholdsmessighetsprinsippet innebærer at det kommunale selvstyret ikke bør begrenses mer enn det som er nødvendig for å ivareta nasjonale mål.
- Nærhetsprinsippet innebærer at offentlige oppgaver fortrinnsvis bør legges til det forvaltningsnivået som er nærmest innbyggerne.
- Finansieringsprinsippet innebærer at innenfor rammene av nasjonal økonomisk politikk bør kommuner ha frie inntekter som gir økonomisk handlingsrom.

I tillegg regulerer en rekke særlover kommunenes og fylkeskommunenes ansvar og kompetanse. Mange av disse pålegger kommunene å utføre oppgaver, og de gir innbyggerne rettigheter som kommunene får ansvar for å oppfylle. Kommune-

nes selvstyre er på denne måten undergitt betydelige begrensninger.

6.1 Forholdet mellom stat og kommune

Utgangspunktet for forholdet mellom staten og kommunene er at Norge er en enhetsstat². Det følger av dette at kommunene må fungere innenfor rammene av nasjonale mål. Samtidig har det kommunale selvstyret tradisjonelt hatt en sterk posisjon i Norge. Dette lokale selvstyret er også vedtatt styrket i ny kommunelov, se over.

Lokalforvaltningen må finne sin plass innenfor nasjonale mål og rammer, som er fastsatt av Stortinget. Samtidig er kommuner og fylkeskommuner egne politiske institusjoner og innbyggernes politiske redskap for å ivareta saker og oppgaver som anses tjenlig for lokalsamfunnet. Denne tosidigheten gjør at kommuner og fylkeskommuner lever i et spenningsfelt mellom statlig styring og det lokale mandatet fra innbyggerne.

Hovedprinsippet for den statlige styringen av kommunesektoren er økonomisk og juridisk rammestyring. Rammestyring gir kommunene handlingsrom slik at de kan gjøre lokale og individuelle tilpasninger av tjenestene ut fra behovene i den enkelte kommune. Nærheten til lokalsamfunnet gir politikerne god kjennskap til kommunens behov og utfordringer, noe som gjør at de ved rammefinansiering kan bruke ressursene og fordele midler mellom sektorene der de gjør mest nytte. Juridisk rammestyring betyr at kommunene får reell handlefrihet ved gjennomføring av lovpålagte oppgaver, blant annet slik at de beholder en fleksibilitet til å se behov på tvers, og samordne tjenester til brukerne.

¹ Prop. 65 L (2016–2017) *Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)*, jf. Innst. 319 L (2016–2017)

² En enhetsstat (også kalt unitær stat) er en stat som er sentralstyrt, i motsetning til en føderasjon eller forbundsstat hvor makten er delegert fra delstater gjennom konstitusjonen.

Generalistkommuneprinsippet innebærer at alle kommuner er pålagt de samme oppgavene gjennom lov, at det samme finansieringssystemet gjelder for alle, og at lovgivingen gir de samme rammene for organisering og styring av kommunene. Forholdsmessighetsprinsippet innebærer at nasjonale myndigheter ikke bør gripe inn overfor kommunesektoren i større grad enn det som er nødvendig for å ivareta aktuelle mål. Prinsippene innebærer at man i utgangspunktet skal unngå detaljert lovregulering og øremerking. Detaljert statlig styring skal være særskilt begrunnet i nasjonale mål om rettssikkerhet, likhet og likeverd, liv og helse, makroøkonomisk styring, effektiv og samordnet bruk av offentlige ressurser, samfunnssikkerhet, bærekraftig utvikling eller hensynet til urfolk og nasjonale minoriteter.

Mykere styringsvirkemidler, som pedagogiske virkemidler, benyttes også i statens styring av kommunesektoren. Pedagogiske virkemidler er en fellesbetegnelse for ulike tiltak som staten kan ta i bruk, og som ikke er rettslig bindende for kommunen. Målet med pedagogiske virkemidler er som oftest å øke kompetansen i kommunene, bidra til utvikling og nytenkning og gi bedre kvalitet i kommunal forvaltning og tjenesteproduksjon. Veiledere og faglige retningslinjer er de mest brukte pedagogiske virkemidlene. Helsedirektoratet står sentralt i utarbeidelsen av veiledere og faglige retningslinjer for helse- og omsorgstjenesten.

Kontroll, tilsyn og rapportering handler om statens behov for å følge opp at regelverk etterleves, og at nasjonale mål og føringer ivaretas av kommunene og fylkeskommunene. Statens helse-tilsyn har det overordnede faglige tilsynet med helse- og omsorgstjenesten i landet. Tilsynet skal medvirke til at befolkningens behov for tjenester blir ivaretatt, at tjenestene blir drevet på faglig forsvarlig vis, at svikt i tjenesteytingen forebygges, og at ressursene i tjenestene blir brukt på en forsvarlig og effektiv måte (Aasen m.fl. 2018).

6.2 Kommunens organisering

Dagens kommunesystem innebærer at alle kommuner, med svært få unntak, har de samme oppgavene. Kommunene skal ivareta demokratiske funksjoner, produsere tjenester til innbyggerne og påta seg planleggings- og utviklingsoppgaver i lokalsamfunnet. På mange saksområder er kommunene også myndighetsutøvere.

Kommunene har i dag en bred oppgaveportefølje, som blant annet omfatter ansvaret for sentrale velferdstjenester som barnehager, grunn-

skole, helse- og omsorgstjenester, barnevernstjenester samt Nav og sosiale tjenester, i tillegg til kommunens brede folkehelsearbeid. Fylkeskommunene har blant annet ansvar for den videregående opplæringen, den offentlige tannhelsetjenesten og oppgaver innen folkehelse og fagskoleområdet. Kommuner og fylkeskommuner kan også frivillig påta seg oppgaver i tillegg til de lovpålagte oppgavene så lenge oppgaven ikke i sin helhet er lagt til statlig nivå.

6.2.1 Politisk nivå

Kommuner er selvstendig politisk styrte organer som utformer lokal politikk og foretar prioriteringer tilpasset lokale preferanser og lokale kostnadsforhold. Gjennom stemmeseddelen gir innbyggerne i en kommune mandat til de folkevalgte som kan ta avgjørelser på innbyggernes vegne. Kommunens ledelse må ta hensyn til hva innbyggerne mener om tjenestene kommunen tilbyr og hvordan pengene prioriteres.

Det er en målsetting at den enkelte kommune skal kunne organisere og styre virksomheten ut fra lokale forhold og ulike behov. Utgangspunktet er at den enkelte kommune selv bestemmer hvilke folkevalgte organer som opprettes, og hvordan tjenestene organiseres. Dette innebærer at kommunen selv kan bestemme hva den skal tilby av tjenester og hvordan den skal organisere tjenestetilbudet ut fra lokale forhold og behov, såfremt dette er i tråd med de lovmessige kravene kommunene er underlagt.

All myndighet til å treffe bindende avgjørelser, utøve offentlig myndighet, gi bevilgninger og så videre ligger i utgangspunktet i kommunestyret. Dersom andre organer eller administrasjonen i kommunen skal kunne treffe bindende vedtak, forutsetter det delegasjon fra kommunestyret.

6.2.2 Administrativt nivå

Administrasjonen har en viktig oppgave som tilrettelegger av premissene for de politiske avgjørelsene som tas i kommunestyret. Sentralt i dette arbeidet er å påse at saker som legges fram for folkevalgte organer, er forsvarlig utredet, og at vedtak blir iverksatt etter intensjonen.

Organiseringen av kommunens helse- og omsorgstjenester varierer fra kommune til kommune. Det kommunale selvstyret legger opp til at kommunene selv må finne ut hva som er den mest hensiktsmessige måten å organisere tjenestene på ut fra befolkningens sammensetting og behov. Noen kommuner har for eksempel valgt å organi-

sere helsestasjons- og skolehelsetjenesten inn under en oppvekstenhet, sammen med barnehage, skole, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og barnevernstjenesten. Omsorgstjenestene organiseres da i en annen enhet, som for eksempel en pleie- og omsorgsenhet. Andre igjen organiserer alle helse- og omsorgstjenestene i en enhet som omfatter alt fra omsorgsboliger, frisklivssentraler og legetjenester til helsestasjon og miljørettet helsevern. Ulik organisering kan gi ulike prioriteringsutfordringer. Dette gjelder særlig med tanke på fordeling av personell- og økonomiske ressurser.

Den offentlige tannhelsetjenesten er vanligvis organisert med ledelse i fylkeskommunens sentraladministrasjon. I to fylkeskommuner er tannhelsetjenesten organisert som eget fylkeskommunalt foretak og direkte underlagt fylkestinget. Felles for fylkeskommunene er at den utøvende tjenesten er organisert i enheter (tannhelsedistrikter), som kan omfatte personell og tannklinikker i flere kommuner i det enkelte fylke.

Som oppfølging av Stortingets vedtak i 1998 har Helse- og omsorgsdepartementet siden 2003 gitt tilskudd til etablering av regionale odontologiske kompetansesentre (ROK). Det er etablert regionale odontologiske kompetansesentre i Tromsø, Trondheim, Bergen, Stavanger, Arendal og Oslo. Sentrene eies og drives av fylkeskommunene alene eller i ulike modeller for samarbeid. Oppgavene er spesialisttannbehandling, rådgivning og veiledning, forskning og deltakelse i praksisdelen av utdanning av tannlegespesialister.

6.3 Finansiering av tjenestene

Helse- og omsorgstjenestene og tannhelsetjenester til de prioriterte pasientgruppene etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 finansieres i hovedsak gjennom kommunesektorens frie inntekter. I tillegg finansieres tjenestene gjennom øremerkede tilskudd samt gjennom brukerbetaling, egenandeler og ved statlige overføringer som trygderefusjoner til blant annet lege- og fysioterapi-tjenester. Folketrygdens finansiering av tannhelsetjenester er nærmere omtalt i kapittel 6.4.

6.3.1 Finansiering gjennom frie inntekter og øremerkede ordninger

Kommunesektorens frie inntekter består av skatteinntekter og rammetilskudd fra staten, som kan disponeres fritt innenfor gjeldende lover og forskrifter. Rammetilskuddet fordeles gjennom inn-

tektssystemet. Det overordnede målet med inntektssystemet er å utjevne kommunenes økonomiske forutsetninger for å gi et likeverdig tjenestetilbud til kommunens innbyggere. I fordelingen av rammetilskuddet tas det derfor hensyn til strukturelle forskjeller i kostnader (utgiftsutjevning) og forskjeller i skatteinntekter (skatteutjevning).

Gjennom utgiftsutjevningen i inntektssystemet skal kommunene i prinsippet kompenseres fullt ut for utgifter ved tjenesteytingen de selv ikke kan påvirke. Eksempel på slike forskjeller er ulik aldersfordeling eller reiseavstand innenfor kommunen. Kostnadsnøkkelen er den mekanismen i inntektssystemet som i praksis sørger for dette, og som fordeles tilskudd til kommunene etter deres varierende behov.

Skatteinntektene varierer betydelig mellom kommunene. For å få en rimelig utjevning av de økonomiske forutsetningene er det derfor en delvis utjevning av variasjoner i skatteinntekter i inntektssystemet. Skatteutjevningen omfatter skatt på inntekt og formue, samt naturressursskatt. Innenfor inntektssystemet fordeles også tilskudd som er begrunnet ut fra regionalpolitiske målsetninger.

I tillegg finansieres helse- og omsorgstjenester gjennom øremerkede tilskudd. De bevilgningsmessig største øremerkede tilskuddene til kommunale helse- og omsorgstjenester er investerings-tilskudd til omsorgsboliger og sykehjem og toppfinansieringsordningen for ressurskrevende brukere. Innen tannhelse gis det tilskudd til blant annet regionale odontologiske kompetansesentre, tannhelsetjenester for innsatte i fengsel og tannhelsetilbud til tortur- og voldsutsatte og personer med odontofobi.

6.3.2 Egenandelsordninger

Kommunen kan bare kreve egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester i de tilfeller dette er nærmere regulert i lov eller forskrift. Nærmere regler om egenandel er gitt i forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester. I forskriften er det gitt ulike regler om egenandel i kommunal helse- og omsorgsinstitusjon, egenandel for praktisk bistand og opplæring utenfor institusjon og for egenandel for hjelp hos lege eller fysioterapeut.

Det er ulike regler for kommunens adgang til å ta betaling for tjenester i og utenfor institusjon. Kommunen kan i utgangspunktet selv bestemme nivået på egenandelene for praktisk bistand. Øvre tak er imidlertid det tjenesten koster å produsere.

Helsetjenester i hjemmet og tjenester til personlig stell og egenomsorg er gratis. Kommunen kan ta betaling for langtidsopphold i institusjon, herunder sykehjem. For korttidsopphold i institusjon kan kommunen kreve egenandel som fastsatt i forskrift.

Graden av egenandel varierer mellom tjenestene. Eksempelvis finansierer egenandel om lag 15 prosent av utgiftene til sykehjem, mens om lag 1 prosent av utgiftene til hjemmebaserte tjenester finansieres gjennom egenandel (Statistisk sentralbyrå). Egenandelsbeløpet hos fastlege fastsettes av Stortinget i de årlige budsjettforhandlingene.

Adgangen til å kreve betaling for tannhelsehjelp fra fylkeskommunen er regulert i tannhelse-tjenesteloven § 2-2 og forskrift 24. mai 1984 nr. 1268 om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten. Det følger av forskriften at fylkeskommunen ikke kan kreve egenandel for tannhelsehjelp til barn og unge opp til 18 år, personer med psykisk utviklingshemming og grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og med hjemmesykepleie. Et unntak er kjeveortopedisk behandling og utgifter til kjeveortopedisk apparatur med videre som det kan kreves fullt vederlag for av alle grupper i befolkningen.

19- og 20-åringer har rett til tannhelsehjelp mot redusert vederlag. De skal ikke betale mer enn 25 prosent av takster fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Dette inkluderer også utgifter til tanntekniske arbeidere.

Fylkeskommunen kan kreve egenandel for pasientgrupper som den har vedtatt å gi et tannhelsetilbud til, etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav e. Fylkeskommunen står også fritt til å tilby tannbehandling mot betaling til personer som ikke har rettigheter til tannhelsehjelp etter tannhelsetjenesteloven. Fylkeskommunen fastsetter selv pris på sine tjenester til disse.

For en del tjenester er det satt et tak for hvor mye egenandel den enkelte skal betale i løpet av et år. Folketrygdloven § 5-3 omtaler utgiftstaket som gir rett til frikort, og hvilke egenandeler som hører inn under frikortordningen.

6.3.3 Finansiering av allmennleger og fysioterapeuter

Allmennlegetjenesten i kommunene omfatter fastlegeordningen, legevaktjenesten og andre allmennlegeoppgaver, for eksempel i sykehjem og helsestasjon.

Det finnes ulike måter å organisere fastlegeordningen på. Hovedmodellen for drift i fastlege-

ordningen er basert på privat næringsdrift. Fordeelingen av inntektene til de næringsdrivende fastlegene er, per juni 2018, et 25 prosent per capita-tilskudd fra kommunen (basistilskudd per registrert person på fastlegens liste) og 75 prosent aktivitetsbasert inntekt, det vil si takstrefusjoner og egenandeler fra pasientene. Basistilskuddet finansieres over kommunenes frie inntekter. I kommuner med mindre enn 5 000 innbyggere skal det i tillegg til basistilskudd gis et utjevningstilskudd til fastleger dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er lavere enn 1 200 personer (Ipsos og samfunnsøkonomisk analyse 2018). Takstene fastsettes i årlige forhandlinger mellom staten, KS og Den norske legeförening.

Noen kommuner har fast ansatte fastleger. Det gjelder særlig kommuner der rekrutteringen er mer krevende. Refusjoner og egenandeler går da til kommunen. Av fastlegene som er fastlønnnet, har mange av dem ulike former for provisjonsordninger der de beholder deler av stykkprisinntjeningen de har gjennom takstsystemet (Agenda Kaupang 2016).

Den samlede finansieringen av fastlegeordningen anslås til 9,6 milliarder kroner i 2017. Kommunens kostnader til finansiering av fastlegene begrenser seg til basistilskuddet på i underkant av 2,4 milliarder kroner. Resterende finansiering kommer i form av egenandeler og trygderefusjoner (refusjoner for utførte takster). Egenandeler beløper seg til rundt 2 milliarder kroner, og trygderefusjoner beløper seg til i overkant av 5 milliarder kroner (Ipsos og samfunnsøkonomisk analyse 2018).

Legevaktjenesten finansieres ved beredskaps-godtgjøring fra kommunen, trygderefusjoner og egenandeler. Kommunene har også fast ansatte leger i tilknytning til sykehjem og helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Disse legene finansieres fullt ut av kommunen.

Kommunene kan ansette eller inngå driftsavtaler med privatpraktiserende fysioterapeuter. Avtalefysioterapeutene finansieres gjennom driftstilskudd fra kommunen, refusjoner fra folketrygden og egenandeler. Refusjonsordningen er forhandlingsbasert og likner på ordningen for allmennleger. Takstene fastsettes i forhandlinger mellom staten, KS, Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Manuellterapeutforening og Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund. Fast ansatte fysioterapeuter utløser ikke refusjoner fra folketrygden, men kommunen får fastlønnstilskudd som kompensasjon for dette.

6.4 Folketrygdens stønad til dekning av tannbehandling

Den voksne befolkningen som ikke har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, skal i utgangspunktet betale tannbehandling selv i et marked med fri prisfastsetting. Personer med gitte lidelser og/eller sykdomstilstander i kjeve/munnhulen, og som ikke har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, har derimot rett til stønad til tannbehandling etter folketrygdens regelverk. Formålet med refusjonsordningen er å gi helt eller delvis stønad til grupper i befolkningen med særlige tannbehandlingsbehov. Stønadens ytes etter takster som årlig fastsettes av Helse- og omsorgsdepartementet. Det ytes stønad til undersøkelse og behandling utført av tannlege ved følgende tilstander/tilfeller³:

1. Sjelden medisinsk tilstand
2. Leppe-kjeve-ganespalte
3. Svulster i munnhulen, tilgrensende vev eller hoderegionen for øvrig
4. Infeksjonsforebyggende tannbehandling ved særlig medisinske tilstander
5. Sykdommer og anomalier i munn og kjeve
6. Periodontitt
7. Tannutviklingsforstyrrelser
8. Bittanomalier
9. Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon
10. Hyposalivasjon
11. Allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmaterialer
12. Tannskade ved godkjent yrkesskade
13. Tannskade ved ulykke som ikke er yrkesskade
14. Sterkt nedsatt evne til egenomsorg hos pasienter som har varig sykdom eller varig nedsatt funksjonsevne
15. Helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven

Det ytes også stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling av periodontitt utført av tannpleier for tilstander/tilfeller under punkt 1, 6 og 14. I rundskriv til forskriften⁴ er de ulike til-

³ Forskrift 16. desember 2014 nr. 1702 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom

⁴ Rundskriv I-7/2017 fra Helse- og omsorgsdepartementet

Boks 6.1 Folketrygdens stønad til kjeveortopedisk behandling

I underkant av en tredel av hvert årskull får kjeveortopedisk behandling med stønad fra folketrygden. I 2016 ble det gitt ca. 623 millioner kroner i stønad til kjeveortopedisk behandling, og det ble påbegynt behandling av ca. 35 000 personer (Helsedirektoratet 2017b).

Helsedirektoratet har i flere rapporter anbefalt at dagens regelverk vurderes når det gjelder hvilke brukere som skal motta kjeveortopedisk behandling, samt finansiering av området. I 2014 anbefalte Helsedirektoratet at man foretok en vurdering av regelverket basert på gjeldende prioriteringskriterier, angående hvilke brukere som skal motta stønad til kjeveortopedisk behandling (2014b). I 2017 foreslo Helsedirektoratet (2017b) at mindre bittavvik ikke lenger skal omfattes av folketrygdens regelverk. Helsedirektoratet viser til at dette vil harmonisere prioriteringen i det norske regelverket med gjeldende regelverk i de øvrige nordiske landene. En kan dermed unngå spesialistbehandling av mindre bittavvik, der det kan stilles spørsmål ved om ressursbruken står i forhold til nytten av behandlingen.

standene/tilfellene som omfattes, nærmere presisert. Det er den enkelte tannlege eller eventuelt tannpleier som skal vurdere om behandlingen eller undersøkelsen er nødvendig og forsvarlig, og må kunne dokumentere dette. Det ytes ikke stønad etter folketrygdloven i den utstrekning det offentlige yter stønad etter annet regelverk.

Folketrygdens utgifter til tannbehandling økte fra 1,16 milliarder kroner i 2008 til 2,36 milliarder kroner i 2017. De to største utgiftsområder på tannbehandlingsområdet er kjeveortopedi (tannregulering) og periodontitt (tannkjøttbetennelse). Disse to områdene utgjorde samlet i underkant av 50 prosent av utbetalingene på posten i 2017 (Prop. 1 S (2018–2019) for Helse- og omsorgsdepartementet).

Kapittel 7

Gjeldende rett

7.1 Rettslige rammer for den kommunale helse- og omsorgstjenesten

7.1.1 Innledning

Kommunenes ansvar

Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester er i hovedsak regulert i helse- og omsorgstjenesteloven. I tillegg regulerer lov om folkehelsearbeid kommunenes generelle ansvar for å fremme folkehelse.¹ Den enkelte pasient eller brukers individuelle rettigheter er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven, mens helse- og omsorgspersonellens ansvar og plikter er regulert i helsepersonelloven.

Også andre lover som lov om sosiale tjenester og lov om barneverntjenester pålegger kommunene ansvar som har betydning for enkeltpersoners helsesituasjon. Dette utvalgets mandat er avgrenset til prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester. Nedenfor behandles de rettslige rammene for prioritering innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I kapittel 7.2 behandles de rettslige rammene for den offentlige tannhelsetjenesten.

Helse og omsorgstjenesteloven regulerer kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester som ikke anses som spesialisthelsetjenester eller forhold som en må forvente at hver og en selv tar seg av. Kommunenes ansvar er formulert som et *sørge for*-ansvar. I hovedsak er ansvaret formulert overordnet. Som prinsipp skal kommunene stå fritt i sin organisering av tjenestene.

¹ Det følger av folkehelseloven § 4 at kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale forhold og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen. Det stilles blant annet krav om at kommunen skal ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens helseutfordringer (folkehelseloven §§ 5 og 7).

Loven stiller derfor få krav til hvordan kommunene bygger opp og administrerer sine helse- og omsorgstjenester. Det er likevel stilt noen krav til organisering, blant annet følger det av helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3 at kommunene skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. I tillegg er det stilt krav om at kommunen skal ha lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor og helsesøster knyttet til seg.²

Helse- og omsorgstjenesteloven understreker kommunenes helhetlige ansvar for helse- og omsorgstjenester. Det er en samordnet lov som regulerer både helsetjenester og omsorgstjenester. Med *omsorgstjenester* forstås også tjenester som tidligere var regulert i den opphevede sosialtjenesteloven og som der ble benevnt som sosiale tjenester. Begrepsbruken – *omsorgstjenester* – er ikke ment å innsnevre ansvaret for det sosialfaglige arbeidet i kommunene.

Grensen mellom kommunenes ansvar og spesialisthelsetjenestens ansvar er ikke definert. Det er imidlertid regulert et avtalesystem mellom tjenestenivåene (helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6).

Lovens formål

Lovens formålsbestemmelse fastsetter de grunnleggende verdiene og prinsippene som den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal bygge på. Den angir dermed retningen for kommunenes arbeid. Formålsbestemmelsen gir tolkningsmomenter når lovens andre bestemmelser skal tolkes, og den gir momenter til skjønnsvurderingene som må foretas. Formålsbestemmelsen viser at det ikke bare skal fokuseres på behandling av sykdom, men også på forebygging og mestring av sykdom. Formålsbestemmelsen skal også bidra til å fremme samhandling mellom tjenestenivå og tje-

² Stortinget har også vedtatt at kommunen skal ha psykolog og ergoterapeut knyttet til seg, men dette er ikke trådt i kraft.

nestepersonell og til likeverdige helse- og omsorgstjenester til befolkningen.

Lovens formål følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1 som lyder:

Lovens formål er særlig å:

1. forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og ned-satt funksjonsevne,
2. fremme sosial trygghet, bedre levevilkå-rene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer,
3. sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre,
4. sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likever-dig tjenestetilbud,
5. sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, sikre nødvendig opplæring av pasient, bruker og pårørende, samt sikre at tilbudet er tilpas-set den enkeltes behov,
6. sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og ver-dighet og
7. bidra til at ressursene utnyttes best mulig.

Hva som omtales nedenfor

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 at kommunen skal sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen. Dette er nærmere omtalt under kapittel 7.1.2. For å oppfylle sitt sørge for ansvar skal kommunen tilby nærmere bestemte tjenester. Hvilke tjenester kommunen skal tilby er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, men følger også av andre bestemmelser i loven, se nærmere i kapittel 7.1.3 Hva som er nødvendige helse- og omsorgstjenester må ses i sammenheng med kravet om forsvarlige tjenester, se nærmere kapittel 7.1.4. Helse- og omsorgspersonellets plikter omtales i kapittel 7.1.5. I kapittel 7.1.6 oppsummeres de rettslige rammene for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

7.1.2 Plikt til å tilby helse- og omsorgstjenester

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 at kommunen skal *sørge for* at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dette er både et ansvar for at nødvendige helse- og omsorgstjenester er til-

gjengelige, og et ansvar for planlegging, gjennomføring, kontroll og evaluering av virksomheten, slik at tjenestenes innhold, omfang og kvalitet er i samsvar med de krav som stilles i lov og forskrifter.

Bestemmelsen korresponderer med pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a. Det sentrale er at kommunene skal tilby helse- og omsorgstjenester som ikke er spesialisthelsetjeneste eller tannhelsetjeneste, og at kommunene innenfor disse rammene skal tilby et forsvarlig, helhetlig og koordinert tilbud. Helse- og omsorgstjenesteloven omfatter både helsetjenester og omsorgstjenester og understreker kommunens helhetlige ansvar for disse tjenestene. I begrepet *helse- og omsorgstjenester* ligger også ansvaret for å yte tjenester av mer sosialfaglig art. Dette omfatter blant annet praktisk bistand og opplæring til de som har behov for særlig hjelp i hjemmet. I tillegg skal kommunen blant annet tilby brukerstyrt personlig assistanse, avlastning, støttekontakt, plass i institusjon og omsorgsstønad.

Begrepet *sørge for* innebærer at kommunens plikt først og fremst er å sørge for at helse- og omsorgstjenester gjøres tilgjengelige for de som har rett til å motta slike tjenester. Det er i utgangspunktet opp til kommunen hvordan de vil organisere og utforme disse tjenestene. Den enkelte kommune står dermed også fritt til å bestemme om den vil utføre tjenestene selv eller om den vil inngå avtale med andre om dette, for eksempel private tjenesteytere (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd).

I helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 fjerde ledd slås det fast at kommunens helse- og omsorgstjenester omfatter offentlig organisert helse- og omsorgstjeneste som ikke hører under stat og fylkeskommune. Det kommunale ansvaret er dermed negativt avgrenset ved at det kommunale ansvaret skal omfatte de offentlige organiserte tjenestene som ikke hører under stat (som har ansvar for spesialisthelsetjenester) og fylkeskommune (som har ansvaret for offentlige tannhelsetjenester).

Det fremgår av forarbeidene³ til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a, at begrepet *nødvendige helse- og omsorgstjenester* skal tolkes slik at det gir krav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helsefaglig og/eller

³ Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* side 345

sosialfaglig vurdering av behov. Det fremgår følgende:

Det er vanskelig å angi presist hva som er nødvendig hjelp på et overordnet nivå, og omfang og nivå på hjelpen må derfor foretas etter en konkret vurdering. Det avgjørende må være den hjelpetrengende sitt behov ut i fra en helse- og sosialfaglig vurdering. I vurderingen må behovet til den enkelte veies opp mot fellesskapets behov, og det kan legges vekt på kommunens økonomiske ressurser. Det er imidlertid en minstestandard som kommunene ikke kan gå under med henvisning til dårlig økonomi. Det vises i den forbindelse til «Fusa-dommen» Norsk Retstidende. 1990 s. 874.

I forarbeidene⁴ er det videre uttalt at det må innfortolkes en begrensning i retten til å få nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen som tilsvarer ressursbegrensningen i retten til å få helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Det følger av prioriteringsforskriften § 2 at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten når pasienten har forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Selv om det kan innfortolkes en viss ressursbegrensning i kommunens plikt til å tilby tjenester, fastslo Høyesterett i Fusa-dommen at kommunen ikke kan gå under den norm som følger av kravet til forsvarlighet.

Kommunen har en særskilt plikt til å yte øyeblikkelig hjelp når den hjelpen kommunen kan gi er påtrengende nødvendig, og kommunen skal også sørge for tilbud om døgnopphold til pasienter og brukere med et øyeblikkelig hjelpebehov (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5). Retten til øyeblikkelig hjelp fra kommunen følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a første ledd (se kapittel 7.1.3).

Det er videre presisert i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a tredje ledd at pasient og bruker har rett til et verdig tjenestetilbud i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd bokstav b (se kapittel 7.1.4).

Rettighetsbestemmelsen omfatter i utgangspunktet alle pasient- og brukergrupper, blant annet personer med behov for tjenester på grunn av somatisk sykdom eller skade, psykiske problemer eller lidelser, rusmiddelproblem, sosiale pro-

⁴ Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* side 162

Boks 7.1 Fusa-dommen

Saken gjaldt blant annet spørsmålet om gyldigheten av et vedtak om hjemmehjelp til en sterkt funksjonshemmet kvinne. Kommunens vedtak innebar en betydelig reduksjon av hjemmehjelp i forhold til hva kvinnen tidligere hadde mottatt. Et viktig spørsmål var om Fusa kommune hadde lov til å redusere hjemmehjelpen fordi ytelsene kom opp i summer som kommuneøkonomien ikke maktet å bære.

Høyesteretts avgjørelse la til grunn at hjemmehjelp var omfattet av sosialomsorgslovens § 3 nr. 1 og at denne bestemmelsen ikke ga den enkelte noe rettskrav på bestemte former for sosialhjelp. Hvilke ytelser som skulle gis, måtte bero på forvaltningsskjønn. Høyesterett fastslo at når det gjaldt omfanget av ytelsene, ville domstolene kunne prøve om det aktuelle forvaltningsvedtaket tilfredsstillte et visst minstekrav som må forutsettes å gjelde for slike ytelser. Kommunens vedtak ble kjent ugyldig på grunn av saksbehandlingsfeil og lovstridig innhold. Høyesterett uttalte:

«Vedtaket innebar en vesentlig reduksjon av de ytelser som A tidligere hadde hatt, og det var åpenbart at det ikke tilfredsstilte hennes livsviktige behov for stell og pleie. Et slikt hensyn kan etter min mening ikke forsvares ut fra hensyn til kommunens økonomi.»

Høyesterett la i dommen til grunn at det foreligger et visst minstekrav eller en minstestandard som må oppfylles uavhengig av den enkelte kommunes økonomiske situasjon. Dommen er i juridisk teori ansett som sentral også på områder utenfor sosialrettsområdet som den direkte gjaldt.

blemer eller nedsatt funksjonsevne. Det er den kommunen vedkommende oppholder seg i som vil ha plikt til å innfri rettigheten (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd)⁵.

Personer over 18 år som ikke har fast opphold i Norge og som ikke er medlem i folketrygden eller har rett til helsehjelp som følge av gjensidig-

⁵ I loven er det lagt til grunn et oppholdsprinsipp som både gjelder hvem som skal tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester og finansiering av tjenestene. Det er ikke noe krav at personen har fast bosted i kommunen eller fast oppholdssted. Det er heller ikke krav om at oppholdet må vare en viss tid. Ansvarer omfatter således også dem som er på ferie, gjennomreise eller av annen grunn oppholder seg mer kortvarig i kommunen.

hetsavtale (for eksempel EØS-avtalen), har begrensede rettigheter til helse- og omsorgstjenester fra kommunen (forskrift av 16. desember 2011 nr. 1255 om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket). Alle som oppholder seg i Norge har rett til øyeblikkelig hjelp og til helsehjelp som ikke kan vente uten fare for nært forestående død, varig sterkt nedsatt funksjonstilstand, alvorlig skade eller sterke smerter. Retten til helsehjelp omfatter også nødvendig helsehjelp før og etter fødsel, svangerskapsavbrudd og smittevern hjelp. Barn som ikke fast opphold og som ikke er medlem i folketrygden eller har rett til helsehjelp som følge av gjensidighetsavtale, har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a, med mindre hensynet til barnet tilsier at hjelpen ikke skal ytes. Disse barna har imidlertid ikke rett til å stå på fastlege-liste. Rettighetene gjelder uavhengig av om oppholdet er lovlig eller ikke. Den nevnte forskriften regulerer ikke retten til å få dekket utgiftene til kommunale helse- og omsorgstjenester. Personer som ikke er medlem av folketrygden med rett til stønad til helsetjenester vil ikke ha rett til å få dekket utgifter etter reglene i folketrygdloven kapittel 5. Helse- og omsorgsdepartementet har i brev til Helsedirektoratet lagt til grunn at den aktuelle tjenesteyteren (fastlegen mv.) derfor kan kreve at pasienten betaler egenandel som tilsvarer honorartaksten (offentlig fastsatt egenandel og refusjonsbeløpet som legen eller fysioterapeuten ikke får dekket av HELFO)⁶.

Selv om en person har et rettskrav på *nødvendige helse- og omsorgstjenester* betyr ikke det at vedkommende i utgangspunktet har krav på en bestemt type tjeneste fra kommunen. Dersom en pasient eller bruker har krav på nødvendige helse- og omsorgstjenester er det den enkelte kommune som i utgangspunktet må vurdere og beslutte hva slags hjelp som den skal tilby. I vurderingen vil kommunen se hen til de tilbudene og ressursene som kommunen har tilgjengelig. Slik sett kan en kommune fatte vedtak om tilbud om helsetjenester i hjemmet, fremfor tildeling av plass i institusjon under forutsetning av at det innebærer et forsvarlig tilbud.

Kommunen står imidlertid ikke helt fritt. Formålsbestemmelsene i loven er utgangspunktet, og det skal tas hensyn til tjenestemottakerens ønsker og synspunkter (pasient- og brukerrettighetslo-

ven § 3-1). Forsvarlighetskravet (se kapittel 7.1.4) innebærer også at dersom en bestemt type tjeneste, for eksempel institusjonsplass, er eneste alternativ for å kunne yte et forsvarlig tilbud i det konkrete tilfellet, vil vedkommende pasient eller bruker ha et rettskrav på den bestemte tjenesten.

Det er ikke generelt regulert nærmere vilkår for hvem som skal ha rett til nødvendig helse- og omsorgstjenester fra kommunene slik som det er gjort for spesialisthelsetjenesten i prioriteringsforskriften.

Et unntak er fastlegeforskriften § 10 hvor det heter at fastlegen skal prioritere personene på sin liste foran andre, med unntak av lovpålagte øyeblikkelig hjelp-henvendelser eller andre forpliktelser som er pålagt i medhold av lov, forskrift eller som er avtalt med kommunen. I § 21 fremgår det at fastlegen skal prioritere listeinnbyggerne ut fra en konkret medisinsk vurdering av haste- og alvorlighetsgrad. Listeinnbyggeren skal få tilbud om konsultasjon så tidlig som mulig, og normalt innen fem arbeidsdager.

Ut over kommunens plikt til å oppfylle den enkeltes rettskrav på nødvendige helse- og omsorgstjenester, påligger det kommunen et visst ansvar for å yte råd, veiledning og andre typer tiltak og/eller tjenester til de som oppholder seg i kommunen. Det følger av helse- og omsorgstjenestelovens tydelige målsetning om vektlegging av forebyggende og helsefremmende arbeid og av enkeltbestemmelser i loven som for eksempel kommunens plikt til å yte støtte til pårørende (§ 3-6) eller kommunens plikt til å fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer, herunder arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og personer med funksjonsnedsettelse samt andre med behov for det (§ 3-3).

Kommunens plikt til å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester innebærer også en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd). I forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er det regulert nærmere hvilke oppgaver plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere omfatter. Kravet til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet er videre presisert i den nye forskriften. Forskriften trådte i kraft 1. januar 2017 og erstatter tidligere forskrift om internkontroll.

⁶ Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet datert 11. september 2015 *Helsehjelp fra kommunen til personer uten lovlig opphold – spørsmål om betaling*.

7.1.3 Nærmere om hvilke tjenester kommunene skal tilby

For å oppfylle sitt *sørge for*-ansvar skal kommunen tilby en rekke bestemte tjenester. Tjenestene er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 til 3-10. Det er i utgangspunktet opp til den enkelte kommune å bestemme hvordan den nærmere skal innrette sitt tjenestetilbud ut fra lokale forhold og behov. Begrunnelsen for kommunens selvstyre på dette feltet er både å sikre en mer hensiktsmessig bruk av tilgjengelige ressurser, og å kunne innrette et tjenestetilbud som på best måte møter innbyggernes behov for helse- og omsorgstjenester.

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd skal kommunens blant annet tilby seks hovedgrupper av tjenester:

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, blant annet helsetjenester i skoler og helsestasjonstjenester
2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester
3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet legevakt, heldøgns medisinsk akuttberedskap, medisinsk nødmeldetjeneste, og psykososial beredskap og oppfølging
4. Utredning, diagnostisering og behandling, blant annet fastlegeordningen
5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
6. Andre helse- og omsorgstjenester, blant annet helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse og plass i institusjon.

Oppregningen av tjenester i § 3-2 beskriver nærmere hvilke tjenester som faller inn under kommunens plikt til å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester etter § 3-1. Oppregningen er et uttrykk for det minimum av tjenester kommunen skal ha. I kapittel 3 i helse- og omsorgstjenesteloven er det i tillegg andre bestemmelser som utfyller eller presiserer kommunens ansvar for de enkelte tjenestene. Under foretas det en kort gjennomgang av de ulike tjenestene eller tiltakene som kommunen plikter å tilby.

Helsefremmende og forebyggende tjenester

For det første fremgår det at kommunen skal tilby helsefremmende og forebyggende tjenester. De konkrete lovpålagte forebyggende tjenestene i helse- og omsorgstjenesten er helsetjenester i skoler og helsestasjonstjeneste, men kommunen kan også etablere andre forebyggende tjenestetilbud.

I forskrift 19. oktober 2018 nr. 1584 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (forskrift om helsestasjon- og skolehelsetjenesten)⁷, er det gitt nærmere bestemmelser om tjenesten. Av forskriften fremgår det at kommunen skal tilby svangerskaps- og barselomsorg ved helsestasjon og i tillegg helsestasjons- og skolehelsetjeneste til barn og ungdom 0–20 år. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha et tverrfaglig tilbud. I forskriften er dessuten innholdet i tilbudet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten nærmere regulert. Tilbudet skal blant annet inneholde; prevensjonsveiledning, helsefremmende og forebyggende psykososialt arbeid, styrking av barn og unges autonomi og ferdigheter i å mestre sin hverdag og forhold knyttet til deres helse, kartlegging av risiko for fysiske og psykiske vansker/problemer og skjevutvikling, og oppsøkende virksomhet til barn og familier med behov for ekstra oppfølging. Helsestasjonen er ansvarlig for å gi tilbud til en populasjon i et bestemt geografisk område. Det vil si til alle barn og foreldre i kommunene uavhengig av hvilke tjenester de for øvrig er knyttet til. Tjenesten skal etter forskriften ha rutiner for samarbeid med pasienter, brukere og deres pårørende, relevante kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester, inkludert private tjenesteytere som har avtale med spesialisthelsetjenesten eller kommunen (som fastlegen) tannhelsetjenesten, relevante fylkeskommunale og statlige tjenester.

Bestemmelsen om kommunens plikt til å tilby helsefremmende tjenester må ses i sammenheng med helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 første ledd som pålegger kommunen et ansvar for å fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer ved ytelsen av helse- og omsorgstjenester. Dette innebærer at alle deler av helse- og omsorgstjenesten har ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom, skade og sosiale problemer som en del av sin ordinære virksomhet. Råd, veiledning og opplysninger nevnes i bestemmelsen som eksempler på det helsefremmende og forebyggende arbeidet.

Det følger videre av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 andre ledd at helse- og omsorgstjenestene skal bidra i kommunenes tverrsektorielle folkehelsearbeid. Dette skal blant annet gjøres ved å bidra med kunnskap om helseutfordrin-

⁷ Forskriften trådte i kraft 1. november 2018 og erstatter tidligere forskrift 3. april 2003 nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

ger, bidra med kompetanse og kapasitet til kommunens folkehelsearbeid.

Det forebyggende arbeidet skal ikke bare ha en medisinsk tilnærming, men også en sosialfaglig og helhetlig tilnærming. Plikten til å forebygge kan innebære at tjenesten også må drive oppsøkende virksomhet overfor utsatte grupper.

Svangerskap- og barselomsorgstjenester

Kommunen skal videre tilby svangerskap- og barselomsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 2). Innenfor svangerskaps- og barselomsorgstjenesten er svangerskapskontroller en av de mest sentrale oppgavene. Svangerskapsomsorg og svangerskapskontroller omfatter både psykososial forebygging og forebygging av svangerskapskomplikasjoner. Det er i forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten gitt nærmere bestemmelser om svangerskaps- og barselomsorg ved helsestasjon. Det fremgår av forskriften at tilbudet blant annet skal inneholde helseundersøkelser, tilbud om hjemmebesøk til mor etter fødsel og hjemmebesøk til nyfødte og rådgivning, oppfølging og henvisning ved behov. Hjemmefødsler og følgetjenester anses som er en del av spesialisthelsetjenesten og er dermed ikke et kommunalt ansvar.

Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 3 skal kommunene tilby hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner. Blant annet skal kommunen ha legevakt, heldøgns medisinsk akuttberedskap, medisinsk nødmeldetjenester og psykososial beredskap og oppfølging. Plikten omfatter ikke bare somatisk akuttberedskap, men også beredskap for akutttilstander innenfor psykisk helse og rus, samt psykososial beredskap og oppfølging.

I forskrift 2. mars 2015 nr. 231 om krav til organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) presiseres kommunens ansvar for legevaktordning hele døgnet, ansvar for medisinske nødmeldetjenester og krav til organisering og bemanning av legevaktsentralene. I tillegg stiller forskriften visse kompetansekrav og krav til tilstrekkelig utstyr, samt til hensiktsmessig organisering.

I helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 er kommunens plikt til yte øyeblikkelig hjelp presisert. Kommunen skal straks tilby eller yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte når det må antas

at den hjelp kommunen kan gi, er påtrengende nødvendig. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp gjelder undersøkelse, behandling eller annen hjelp som det er forsvarlig at kommunen yter. Bestemmelsen korresponderer med rettighetsbestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a første ledd. Helse- og omsorgspersonell har en tilsvarende plikt til å yte øyeblikkelig hjelp når hjelpen er påtrengende nødvendig etter helsepersonelloven § 7.

Vilkåret *påtrengende nødvendig* er i utgangspunktet tolket som et strengt vilkår. Det er spørsmål om undersøkelse, behandling eller omsorg kan redde liv, avverge alvorlig helseskade, hindre vesentlig forverring av helsetilstanden, gjenopprette eller vedlikeholde funksjoner, og for å forhindre og/eller begrense alvorlig funksjonsnedsettelse som følge av skade eller sykdom, og/eller for å gi adekvat smertebehandling ved smerter av kortvarig art.

Det fremgår av forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven⁸ at kommunen må sørge for at pasienten mottas for undersøkelse og, om nødvendig, også for behandling eller annen helsehjelp som kommunen selv kan yte. Det er videre presisert at det er en forutsetning at kommunen er i stand til å gi forsvarlig hjelp. Dersom kommunen ut fra en medisinskfaglig vurdering ikke kan gi forsvarlig hjelp, må pasienten henvises videre til spesialisthelsetjenesten. Når det gjelder helsehjelp vil det være en medisinskfaglig vurdering som må ligge til grunn for om kommunen har forutsetninger for å yte helsehjelpen eller om pasienten må henvises videre til spesialisthelsetjenesten.

Det fremgår av bestemmelsen at plikten til å yte øyeblikkelig hjelp ikke inntre, dersom kommunen vet at nødvendig hjelp vil bli gitt av andre som etter forholdene er nærmere til å gi den i tide. Videre følger det av bestemmelsen at kommunen har en plikt til å sørge for tilbud om døgnopphold til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten til å tilby døgnopphold gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til. Dette er presisert i forarbeidene.

Utredning, diagnostisering og behandling

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 4 at kommunen skal tilby utredning, diagnostisering og behandling. Som for de

⁸ Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* side 206

Øvrige tjenestene skal tilbudet dekke både somatiske lidelser, psykiske lidelser og rusrelaterte lidelser. Fastlegeordningen er nevnt særskilt⁹, men Helse- og omsorgsdepartementet presiserer i forarbeidene¹⁰ at bestemmelsen ikke er uttømmende og at fastlegen ikke er den eneste personellgruppen som foretar utredning, diagnostisering og behandling. Kommunen må selv sørge for en bemanning som tilsier at kommunen kan yte forsvarlige tjenester ut fra lokale forhold og behov.

Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering

Kommunen skal tilby sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 5). Det fremgår av forarbeidene¹¹ at bestemmelsen gir kommunen «ansvar for å sikre tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverd og deltakelse. Tjenestene skal tilbys og ytes ut fra et brukerperspektiv, samordnes, tverrfaglig og planmessig, i eller nærmest brukerens vante miljø i en for brukeren meningsfylt tilværelse. Kommunale habilitering- og rehabiliteringstjenester skal ikke bare være av medisinsk art, men også dekke sosiale og psykososiale behov.»

I forarbeidene er det pekt på følgende elementer som sentrale i habilitering- og rehabiliteringsprosesser:

- En rehabiliteringsprosess må planlegges og gjennomføres ut fra brukerens individuelle behov. Selv om bistand fra helsepersonell og andre yrkesgrupper er nødvendig, er den beste rehabilitering i prinsippet den brukeren selv står for.
- Planlagt og systematisk samarbeid mellom flere instanser og aktører, med et klart mål. Prosessene er tidsavgrenset. For mange pågår imidlertid en habilitering- eller rehabiliteringsprosess i perioder over lang tid, og for noen i perioder så lenge de lever.

⁹ Fastlegeordningen er nærmere regulert i forskrift 29. august 2012 nr. 842 om fastlegeordningen i kommunene og forskrift 29. august 2012 nr. 843 om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen.

¹⁰ Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* side 180

¹¹ Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* side 181

Resultat måles i forhold til funksjon, mestring og deltakelse.

Helsetjenester i hjemmet

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a skal kommunen blant annet tilby helsetjenester i hjemmet. Med helsetjenester i hjemmet menes først og fremst hjemmesykepleie, men også andre helsetjenester som ergoterapi, fysioterapi og fotterapi kan være aktuelt. Med *hjem* menes den enkeltes private hjem som vedkommende selv eier eller leier. Begrepet må avgrenses mot helsetjenester som tilbys i institusjon som er nærmere definert i forskrift 16. desember 2011 nr. 1254 om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon.

Personlig assistanse

Kommunen skal videre tilby personlig assistanse (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b). Personlig assistanse omfatter både praktisk bistand, opplæring og støttekontakt. Praktisk bistand omfatter hjelp til alle dagliglivets praktiske gjøremål i hjemmet og i tilknytning til husholdningen. Videre omfattes hjelp til egenomsorg og personlig stell. Med opplæring menes opplæring i dagliglivets gjøremål. Formålet med opplæringen skal være å bidra til å gjøre den enkelte mest mulig selvhjulpen i dagliglivet.

Kommunen skal også tilby brukerstyrt personlig assistanse (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-8). Retten til *brukerstyrt assistanse* (BPA) er nærmere regulert i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 d. Det fremgår av bestemmelsen at rettigheten også omfatter avlastningstiltak etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 første ledd nr. 2 for personer med foreldreansvar for hjemmeboende barn under 18 år med nedsatt funksjonsevne. Videre fremgår det at personer under 67 år med langvarig og stort behov for personlig assistanse etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b har rett til å få slike tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse (pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 d første ledd).

Det er videre presisert at helsetjenester ikke er omfattet av rettigheten (pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 d første ledd). Når det gjelder personlig assistanse følger det forutsetningsvis ved at slike tjenester ikke regnes som helsetjenester. Avlastningstiltak vil imidlertid i mange tilfeller også omfatte helsetjenester.

I forarbeidene¹² til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 d fremgår det at også personer som ikke kan ivareta arbeidslederrollen selv, er omfattet av rettigheten. Rettigheten omfatter ikke tjenester som krever flere enn én tjenesteyter til stede eller nattjenester, med mindre brukeren kontinuerlig har behov for slike tjenester. (pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 d andre ledd). I forarbeidene¹³ til bestemmelsen fremgår det at med *kontinuerlig behov* siktes det til tilsyn med tilstedeværelse til enhver tid. Dette omfatter tjenestesituasjoner der kommunen må tilby én til én bemanning for at tjenesten skal være forsvarlig. I bestemmelsens tredje ledd er det presisert at med *langvarig behov* menes behov ut over 2 år. Det fremgår av fjerde ledd at med *stort behov* menes tjenestebehov på minst 32 timer per uke. Brukere med tjenestebehov på minst 25 timer per uke har likevel rett til å få tjenester organisert som BPA med mindre kommunen kan dokumentere at slik organisering vil medføre vesentlig økt kostnad for kommunen. Om organiseringen vil medføre økt kostnad må bero på en konkret helhetsvurdering der størrelsen vurderes ut fra de ressurser kommunen ellers ville ha brukt i den konkrete saken.

Plass i institusjon

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c at kommunen skal tilby plass i institusjon. Plass i institusjon omfatter først og fremst plass i sykehjem eller boform med heldøgns omsorg. Institusjon er nærmere definert i forskrift 16. desember 2011 nr. 1254 om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon. Bestemmelsen er imidlertid ikke begrenset til disse institusjonstypene, men åpner for en fremtidig utvikling av nye kommunale institusjonstyper.

Bestemmelsen må ses i sammenheng med pasienters eller brukeres rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester (pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 e). Det følger av bestemmelsen at dersom opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester er det eneste tilbudet som etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester, har pasienten eller brukeren rett til å få slikt tilbud. Pasienten eller brukeren skal i disse

tilfellene tildeles opphold og kan ikke settes på venteliste. I helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a er kommunen pålagt en korresponderende plikt til å tilby opphold i nevnte institusjon. Med *tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester* menes boliger som er tilpasset for å kunne yte tjenester som dekker beboerens behandlings-, omsorgs- og assistansebehov døgnet rundt.

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a andre ledd at kommune skal gi forskrift med kriterier for tildeling av langtidsopphold. Forskriften skal også omfatte pasienter og brukere som ville være best tjent med langtidsopphold, men hvor kommunen vurderer at vedkommende med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av langtidsopphold. Forskriften skal videre regulere hvordan kommunen skal følge opp pasienter eller brukere som venter på langtidsopphold.

Pasienten eller brukeren har rett til vedtak om vedkommende oppfyller kommunens kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig (pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 e).

Pårørendestøtte

Kommunen skal etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 tilby nødvendig pårørendestøtte til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid. Det følger av bestemmelsen at pårørendestøtte skal tilbys blant annet i form av opplæring og veiledning, avlastningstiltak og omsorgsstønning. I forarbeidene¹⁴ fremgår det at tjenestene er uttrykk for det minimum av tjenester kommunen skal ha tilbud om, for å oppfylle ansvaret for nødvendig pårørendestøtte.

Det fremgår videre av forarbeidene at med pårørende menes den som pasienten eller brukeren selv oppgir som sin pårørende (pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 første ledd bokstav b). Hva som defineres som *særlig tyngende omsorgsarbeid* må avgjøres etter en konkret vurdering. Momenter som særlig må tillegges vekt i vurderingen er arbeidsomfanget (tid), arbeidsbelastningen (mengde) og den fysiske og psykiske påvirkningen omsorgsarbeidet medfører.

Kommunen har for det første plikt til å tilby opplæring og veiledning til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 nr. 1). Plikten til veiledning og opplæring gjelder de arbeidsoppgavene som følger av det særlig tyngende omsorgsarbeidet og

¹² Prop. 86 L (2013–2014) *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven (rett til brukerstyrt assistanse)* side 33

¹³ Prop. 86 L (2013–2014) *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven (rett til brukerstyrt assistanse)* side 33

¹⁴ Prop. 49 L (2016–2017) *Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven m.m. (styrket pårørendestøtte)* side 29

kommer i tillegg til den alminnelige informasjons- og veiledningsplikten som følger av helsepersonelloven, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3. Formålet med veiledningen og opplæringen er å gjøre den pårørende best mulig egnet til å mestre det særlig tyngende omsorgsarbeidet, og å arbeide forebyggende når det gjelder pårørende/omsorgsyterens egen helsesituasjon. I forarbeidene¹⁵ er det pekt på særlig to momenter som står sentralt i kommunens vurdering av tildeling og utforming av opplæring og veiledning. Det ene er om den pårørende med opplærings- eller veiledningstiltak blir i stand til å ivareta pasienten eller brukeren på en forsvarlig måte. Det andre er om et tiltak om opplæring og/eller veiledning vil gjøre den pårørende egnet til å ivareta egen helse- og livssituasjon og å håndtere rollen som både pårørende og omsorgsyter.

Også barn vil kunne ha behov for informasjon og oppfølging dersom foreldre eller søsken er syke. Helsepersonell har etter helsepersonelloven § 10 a en særskilt plikt til å bidra til å ivareta behovet for informasjon og oppfølging som barn kan ha som følge av at foreldre eller søsken er pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig sykdom. Tilsvarende plikt påligger helsepersonellet etter helsepersonelloven § 10 b i tilfeller der barn opplever at foreldre eller søsken dør. Plikten ligger i utgangspunktet på helsepersonellet som yter hjelp til pasienten, men dersom det er nødvendig for å ivareta barnet, vil også annet helsepersonell ha en plikt til å melde fra om behovet til barnet, og ved tvil finne ut om barnets situasjon er avklart¹⁶. Kommunen vil ha plikt til å tilrettelegge tjenestene slik at helsepersonellet kan ivareta denne plikten (helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd bokstav c).

Kommunen har videre plikt til å tilby avlastningstiltak til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 første ledd nr. 2). Avlastningstiltak kan gis ut fra ulike behov og organiseres på ulik måte. Tjenesten kan tilbys i eller utenfor hjemmet, i eller utenfor institusjon. Formålet med avlastningstiltak er blant annet å hindre overbelastning, gi omsorgsyter nødvendig fritid og ferie og mulighet til å delta i vanlige samfunnsaktiviteter. Kommunen skal kartlegge omsorgsyterens behov for avlastning og omsorgsyterens mening skal tilleg-

ges vekt når avlastningstiltak utformes. Det understrekes i forarbeidene¹⁷ at tilbudet skal være faglig forsvarlig, individuelt tilrettelagt og koordinert med andre hjelpetiltak. Det presiseres videre at ingen har krav på en bestemt tjeneste, som for eksempel avlastningstiltak. Det er kommunen som avgjør hvilke tjenester som skal tilbys, så fremt tjenesten dekker behovet for nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Det følger videre av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 første ledd nr. 3 at kommunen skal ha et tilbud om omsorgsstønning til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid. Begrepet omsorgsstønning erstattet 1. januar 2017 begrepet omsorgslønn. Begrunnelsen var at begrepet omsorgsstønning ble ansett å gi en mer dekkende beskrivelse av tjenesten. Det fremgår av forarbeidene¹⁸ at endringen ikke skal innebære noen materielle endringer i tjenesten.

Ordningen gjelder både for foreldre med omsorgsplikt overfor sine barn og andre privatpersoner som yter omsorg. Hovedformålet med ordningen er å bidra til best mulig omsorg for personer som har et særlig stort omsorgsbehov på grunn av alder, funksjonshemming eller sykdom, og å gjøre det mulig for private omsorgsgivere å fortsette omsorgsarbeidet. Ved tildeling av omsorgsstønning må det vurderes om det finnes alternative tjenester til omsorgsstønningen, eller om det også er andre tjenester som bør inngå i tjenestetilbudet som et supplement til omsorgsstønningen, for eksempel avlastning, hjemmetjenester, dagtilbud og/eller korttidsopphold på sykehjem. Ingen har en ubetinget rett til omsorgsstønning, men kommunen har en plikt til å ha en slik ordning. Videre er det kommunen som, ut fra en samlet helhetsvurdering av tjenestetilbudet som ytes den omsorgstrengende, avgjør hvilket nivå stønningen skal ligge på og varigheten av vedtaket.

Pasient- og brukerrettighetsloven har i § 2-8 en egen bestemmelse som retter seg mot pårørende med særlige tyngende omsorgsoppgaver. Det følger av bestemmelsen at de som har særlig tyngende omsorgsarbeid, kan kreve at den kommunale helse- og omsorgstjenesten treffer vedtak om at det skal settes i verk tiltak for å lette omsorgsbyrden og hva tiltakene i tilfelle skal bestå i.

¹⁵ Prop. 49 L (2016–2017) *Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven m.m. (styrket pårørendestøtte)* side 30

¹⁶ Prop. 75 L (2016–2017) *Endringer i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgsteneser m.m.)* side 53 og 54

¹⁷ Prop. 49 L (2016–2017) *Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven m.m. (styrket pårørendestøtte)* side 30

¹⁸ Prop. 49 L (2016–2017) *Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven m.m. (styrket pårørendestøtte)* side 30

Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

Etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 7 har kommunene plikt til å utarbeide individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Videre har kommunene plikt til å tilby koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, og kommunene har plikt til å ha koordinerende enheter med ansvar for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator.

Formålet med denne reguleringen er å sikre større trygghet og forutberegnelighet for pasienter og brukere, avklare ansvarsforhold, sikre bedret samarbeid og styrke samhandlingen mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere. I tillegg er formålet å sikre bedret samarbeid med tjenestemottakerne og deres pårørende.

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 at pasient og bruker med behov for langvarige og koordinerte tjenester har et rettskrav på å få utarbeidet individuell plan.

Andre ansvarsområder for kommunen

Kommunen skal medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv er i stand til å ivareta sine interesser på boligmarkedet, blant annet boliger med særlig tilpasning og med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det på grunn av alder, funksjonshemming eller av andre årsaker (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-7). Videre har kommunen et ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep (§ 3-3 a). Kommuner som har fengsel skal i tillegg yte helse- og omsorgstjenester til innsatte (§ 3-9).

Av helse- og omsorgstjenesteloven følger også at kommunen skal arbeide helsefremmende og forebyggende (§ 3-3), at kommunen skal legge til rette for samarbeid og samhandling (§ 3-4) og at kommunen skal sørge for brukermedvirkning, systematisk innhenting av pasienter og brukeres erfaringer og synspunkter, samt legge til rette for samarbeid med brukerorganisasjoner og frivillige organisasjoner (§ 3-10).

Av helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 5 følger at kommunene har ansvar for transport av behandlingsspersonell, beredskapsarbeid, registrering av meldinger om helsepersonell, gi pålegg om meldeplikt til kommuneadministrasjonen og gi opplysninger til Statens helsetilsyn og Fylkesmannen. Videre har kommunene plikt til å ha kommunelege, stille krav om politiattest og har

også plikt til å ha forsvarlige journal- og informasjonssystemer.

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 8 regulerer kommunenes ansvar for undervisning og opplæring, videre- og etterutdanning samt forskning.

I lovens kapittel 9 reguleres kommunenes ansvar ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med utviklingshemning og i kapittel 10 reguleres kommunenes ansvar ved bruk av tvang overfor personer med alvorlig rusmiddelavhengighet.

7.1.4 Kravet til tjenestenes innhold, omfang og tidsaspekt

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven skal være forsvarlige (helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1). Kravet retter seg både mot kommunen, som skal sørge for tilgjengelige helse- og omsorgstjenester, og mot den enkelte tilbyder eller yter av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Kravet til forsvarlighet innebærer at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang. Kravet til forsvarlighet er en rettslig standard som er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i kravet til forsvarlighet vil dermed endre seg i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger.

Forsvarlighetskravet er en grunnregel for tjenesten og viser til normer som beskriver hvordan tjenestene bør være. Disse normene utgjør kjernen i forsvarlighetskravet og kan betegnes som god praksis. Samtidig danner normene et utgangspunkt for å fastlegge hvor grensen mot det uforsvarlige går. Det vil si de konkrete vurderingene av hvor store avvik fra god praksis som kan aksepteres før avviket medfører at tjenesten blir uforsvarlig. Mellom god praksis, og forsvarlighetskravets nedre grense, vil det være rom for at kommunen kan utøve skjønn.

Plikten til å sørge for forsvarlige tjenester stiller krav om at virksomheten planlegger og iverksetter nødvendige tiltak for å sikre at de ulike tjenestene som ytes til enhver tid er forsvarlige. Virksomheten skal også påse at tiltakene fungerer og er tilstrekkelige.

Kommunens tilbud må videre være helhetlig og koordinert (helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd bokstav a). Dette innebærer at det ikke vil være tilstrekkelig at den enkelte deltjeneste er forsvarlig. Kommunens tilbud må som

helhet være forsvarlig. Plikten til å tilrettelegge for et helhetlig og koordinert tjenestetilbud innebærer blant annet krav til koordinering mellom de ulike tjenestene slik at formålet med tjenestene kan oppfylles.

Kommunen skal også tilrettelegge sine tjenester slik at den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud (helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd bokstav b). Det fremgår av forarbeidene¹⁹ til bestemmelsen at et tjenestetilbud som ikke oppfyller grunnleggende verdighetskrav, heller ikke kan oppfattes som et forsvarlig tjenestetilbud. Kravet til forsvarlig tjenestetilbud innebærer således også et krav om et verdig tjenestetilbud. Bestemmelsen korresponderer med pasienters- og brukeres rett til et verdig tjenestetilbud etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a tredje ledd.

Det er ikke i helse- og omsorgstjenesteloven eller i pasient- og brukerrettighetsloven nærmere regulert hvordan begrepet *verdige* skal forstås.

Innholdet i verdighetsbegrepet er beskrevet noe mer utfyllende i forskrift 12. november 2010 nr. 1426 om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) som er hjemlet i helse- og omsorgsloven §§ 3-1 tredje ledd og 3-2 andre ledd. Selv om forskriften ikke gjelder for helse- og omsorgstjenester generelt, vil den kunne bidra til å belyse hva som menes med et verdig tjenestetilbud.

Det fremgår av § 3 i forskriften at tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivarettatt. For å nå disse målene skal tjenestetilbudet legge til rette for at det tas hensyn til:

- a. En riktig og forsvarlig boform ut fra den enkeltes behov og tilstand.
- b. Et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider.
- c. Et mest mulig normalt liv, med normal døgnrytme og adgang til å komme ut, samt nødvendig hjelp til personlig hygiene.
- d. Tilby samtaler om eksistensielle spørsmål.
- e. Lindrende behandling og en verdig død.
- f. Å bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen. Omsorgen skal bidra til habilitering og rehabilitering.
- g. Faglig forsvarlig oppfølging av lege og annet relevant personell, som sikrer kontinuitet i behandlingen.

- h. Tilby eldre som bor på helseinstitusjon enebolig.

Kommunene må tilrettelegge tjenestene slik at helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene kan overholde sine lovpålagte plikter, og at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene (helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 bokstav c og d).

Enhver som yter helse- og omsorgstjenester skal videre sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet (helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2).

7.1.5 Helse- og omsorgspersonellets plikter

Helse- og omsorgspersonellets plikter reguleres i helsepersonelloven (helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1). Det følger av helsepersonelloven § 4 at helse- og omsorgspersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra personellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Hva som kan forventes ut fra kvalifikasjoner, vil variere ut fra hvordan situasjonen fortoner seg. Hvordan helsepersonellet burde ha opptrådt i den konkrete situasjonen på bakgrunn av egne kvalifikasjoner står sentralt, ikke hvordan helsepersonellet burde opptrådt i en ideell situasjon. Det innebærer blant annet en avgrensning mot forhold som helsepersonellet ikke har herredømme over eller kan lastes for, for eksempel fordi forholdet skyldes en systemsvikt eller fordi handlingsalternativene enten vil innebære en uforsvarlig unnlatelse eller en uforsvarlig handling.

Det generelle forsvarlighetskravet vil sette grenser for hva andre enn kvalifisert helsepersonell kan utføre. Det innebærer blant annet at personell ikke skal gå ut over sine kvalifikasjoner i forbindelse med undersøkelse, behandling og annen helsehjelp til pasienter. Hva den enkelte er kvalifisert til, er en objektiv vurdering, men forsvarlighetskravet tilsier at det enkelte personell vurderer om det har tilstrekkelige kvalifikasjoner til å foreta visse undersøkelser og behandlinger, eller om pasienten bør henvises videre, eventuelt at spesialistkompetanse innhentes.

Plikten til forsvarlighet stiller krav til kvalifikasjoner, herunder å holde seg faglig oppdatert, krav om å kjenne og å innrette yrkesutøvelsen etter faglige begrensninger, krav til utstyr, legemidler, personell med videre og krav om å inn-

¹⁹ Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* side 494

hente nødvendig tilgjengelig informasjon om pasienten, samt samtykke til helsehjelpen.

Personellet skal altså yte god og forsvarlig hjelp til pasienter og brukere. Samtidig skal personellet sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasient, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift (helsepersonelloven § 6). Plikten i helsepersonelloven § 6 omfatter både bruk av unødvendig tid og penger. Helse- og omsorgspersonellet har således en plikt til å anvende arbeidstiden effektivt og å sørge for at pasienten ikke venter unødvendig lenge på helsehjelpen, eller utsettes for tidsspille som følge av mer intensiv eller langvarige behandling enn det som er nødvendig. Hva som er unødvendig ressursbruk er gjenstand for en viss grad av skjønn. Ved konflikt mellom hensynet til å begrense ressursbruken og kravet til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, vil kravet til unødvendig ressursbruk vike. Foreligger det imidlertid valg av likeverdige behandlingsmetoder som krever ulik ressursbruk må helse- og omsorgspersonellet ta plikten til unødvendig ressursbruk i vurdering. Et annet moment vil være pasientens egne ønsker, jf. pasientens rett til medvirkning etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1.

7.1.6 De rettslige rammene for den kommunale helse- og omsorgstjenesten – oppsummert

Pasient og bruker har et rettskrav på nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Vilkåret for å få rett til kommunale helsetjenester eller omsorgstjenester er at pasient eller bruker har et nødvendig behov. Det er ikke gitt nærmere kriterier i loven for når situasjonen er å anse som nødvendig. Det må baseres på en medisinskfaglig, helsefaglig og sosialfaglig vurdering.

Det pasient eller bruker har et rettskrav på, er en hjelp som er nødvendig, på et forsvarlig nivå med en forsvarlig kvalitet, innen en forsvarlig tidsramme og basert på en individuell vurdering av behov. Hva som nærmere er nødvendig og forsvarlig skal basere seg på medisinskfaglig, helsefaglig og sosialfaglig vurdering hvor også momenter som nytte og kostnad inngår.

Kommunen har en plikt til å tilby nødvendige helsetjenester og omsorgstjenester til den som har et nødvendig behov. Hvilke tjenester kommunen skal ha, er nærmere regulert i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2. I tillegg har kommunen etter lovgivningen andre plikter som det å arbeide forebyggende og helsefremmende, gi støtte til pårørende, medvirke til å skaffe boliger

for vanskeligstilte, tilby helse- og omsorgstjenester til innsatte, forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep samt sørge for samarbeid, samhandling og brukermedvirkning.

Det er opp til kommunen å bestemme hvilke tjenester som skal dekke det nødvendige behovet. Kommunen står imidlertid ikke helt fritt i det pasient eller bruker skal høres.

Kommunen står i utgangspunktet fritt i sin organisering av helse- og omsorgstjenesten. Det stilles likevel visse krav, blant annet at kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet.

Helse- og omsorgspersonell har både et ansvar for å yte forsvarlig hjelp til pasienter og brukere, og et ansvar overfor fellesskapet ved å begrense unødvendige utgifter og tidstap.

7.2 Rettslige rammer for den offentlige tannhelsetjenesten

7.2.1 Innledning

Fylkeskommunens ansvar

Det offentliges ansvar for tannhelsetjenester er i dag regulert i lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven) som trådte i kraft 1. januar 1984. Det fylkeskommunale ansvaret etter tannhelsetjenesteloven består dels av et befolkningsansvar og dels av et gruppeansvar. Befolkningsansvaret kan deles opp i et tilgjengelighetsansvar og et folkehelseansvar. Fylkeskommunen skal for det første sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. Videre har fylkeskommunen et ansvar for å sørge for nødvendige helsefremmende og forebyggende tiltak overfor hele befolkningen i fylket. Gruppeansvaret består i å gi nødvendig tannhelsehjelp gjennom et regelmessig og oppsøkende tilbud til bestemte persongrupper i befolkningen (prioriterte grupper). Det er bare de gruppene som er listet opp i tannhelsetjenesteloven § 1-3 som har en lovfestet rett til nødvendig tannhelsehjelp, helt eller delvis vederlagsfritt, fra fylkeskommunen. Dette innebærer at voksne som hovedregel selv må dekke sine utgifter til tannbehandling. Folketrygden gir personer med nærmere definerte diagnoser, sykdommer eller tilstander, rett til stønad til dekning av utgifter til tannbehandling etter regelverk og takster fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet, se nærmere om dette under kapittel 6.4.

Reguleringen av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten skiller seg fra reguleringen av den kommunale helse- og omsorgstjenesten ved at regelverket for tannhelsetjenester er samlet i én kombinert tjeneste- og rettighetslov. Fylkeskommunens plikter er regulert i loven sammen med regler om organisering, finansiering og tilsyn. I tillegg inneholder loven egne bestemmelser om pasientenes rettigheter, betaling av vederlag og klageregler. Loven er særpreget ved at den gir føringer både for hvilke persongrupper som fylkeskommunen har plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til, og for innbyrdes prioriteringsrekkefølge mellom disse gruppene under hensyn til ressurstilgangen. Bestemmelsen anses imidlertid ikke lenger å gi hjemmel til å innskrenke det lovpålagte tjenestetilbudet med henvisning til manglende ressurser.

Fylkeskommunen har frihet til selv å bestemme hvordan den vil organisere selve utføringen av oppgavene som den er pålagt etter tannhelsetjenesteloven. Fylkeskommunen kan yte tjenester ved bruk av egne ansatte eller inngå avtale med private tannleger om å utføre tjenester på vegne av fylkeskommunen. Fylkeskommunen kan også inngå avtaler med andre fylkeskommuner om samarbeid om lovpålagte oppgaver (interkommunalt samarbeid).

For å ivareta sitt lovpålagte ansvar, pålegger tannhelsetjenesteloven fylkeskommunen en plikt til å planlegge, organisere og legge til rette for at fylkeskommunen, tannhelsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av forskrift.

Tannhelsetjenestelovens formål

Det fremgår av forarbeidene til tannhelsetjenesteloven²⁰ at et av formålene med loven er å gi tilbud til vanskeligstilte grupper. I forarbeidene er det lagt vekt på at i tillegg til barn og ungdom, skal ulike vanskeligstilte grupper som for eksempel psykisk utviklingshemmede og langtidssyke sikres et tilbud om organisert og oppsøkende tannhelsehjelp.

Formålsbestemmelsen i tannhelsetjenesteloven har imidlertid primært et folkehelse- og forebyggingsperspektiv. Det fremgår av tannhelsetjenesteloven § 1-2 at fylkeskommunen skal fremme tannhelsen i befolkningen og sørge for nødvendig forebygging og behandling. Videre skal fylkeskommunen spre opplysning om og øke interessen

for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen.

Hva som omtales nedenfor

Fylkeskommunens befolkningsansvar beskrives nærmere i kapittel 7.2.2. Fylkeskommunens ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til enkelte prioriterte persongrupper beskrives i kapittel 7.2.3. Andre plikter som pålegger fylkeskommunen omtales i kapittel 7.2.4. Det nærmere innholdet i og omfanget av fylkeskommunens ansvar beskrives i kapittel 7.2.5. I kapittel 7.2.6 er det gjort en kort redegjørelse for Stortingets vedtak knyttet til forslaget om å overføre ansvaret for tannhelsetjenesten fra fylkeskommunen til kommunen. Helsepersonellens plikter omtales kort i kapittel 7.2.7. I kapittel 7.2.8 oppsummeres de rettslige rammene for den offentlige tannhelsetjenesten.

7.2.2 Fylkeskommunens befolkningsansvar

Fylkeskommunens tilgjengelighetsansvar

Det følger av tannhelsetjenesteloven § 1-1 første ledd at fylkeskommunen skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. Formuleringen *alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket* innebærer at oppholdsfylket er ansvarlig for å sørge for at tannhelsetjenester er tilgjengelige også for personer som midlertidig befinner seg i fylket, selv om de er bosatt i et annet fylke.

Bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-1 første ledd forstås slik at fylkeskommunen skal sørge for at så vel allmenntannhelsetjenester som spesialisttannhelsetjenester i rimelig grad er tilgjengelige både for personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven og til den øvrige befolkningen som ikke har slike rettigheter. Dersom det private tilbudet er mangelfullt eller fraværende, eller det er lang reiseavstand til nærmeste private tilbud, må fylkeskommunen sørge for at også den voksne befolkningen gis tilbud fra fylkeskommunens egne tannklinikker mot betaling, se nærmere under kapittel 7.2.5.

Fylkeskommunens ansvar for å sikre tilstrekkelig tilgang på tannhelsetjenester for hele befolkningen i tannhelsetjenesteloven § 1-4 innebærer også en plikt til å samordne den offentlige tannhelsevirksomheten med privat sektor. Videre innebærer ansvaret at fylkeskommunen må ha

²⁰ Ot.prp. nr. 49 (1982–83) *Om lov om tannhelsetjenesten (Tannhelsetjenesten i fylkeskommunene)* kapittel 1.2

oversikt over de samlede offentlige og private tannhelseressursene i fylket.

Fylkeskommunens folkehelseansvar

Helsefremmende og forebyggende arbeid står sentralt i tannhelsetjenesteloven. Etter tannhelsetjenesteloven har fylkeskommunen et ansvar for folkehelsearbeid både overfor befolkningen generelt (befolkningsansvaret) og overfor enkeltpersoner (gruppeansvaret).

Det følger av tannhelsetjenesteloven § 1-2 at «fylkeskommunen skal fremme tannhelsen i befolkningen og ved sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebygging og behandling». Ansvaret innebærer at fylkeskommunen ved sin tannhelsetjeneste skal sørge for nødvendig forebygging og behandling samt drive opplysningsvirksomhet for å fremme tannhelsen, både overfor allmennheten og overfor den enkelte pasient. I dette arbeidet er det lagt opp til at fylkeskommunen skal samarbeide med den øvrige helsetjenesten og den private tannhelsetjenesten. I merknaden til bestemmelsen²¹, fremgår det at i tillegg til å forebygge og behandle tannsykdom eller skade, skal fylkeskommunens tannhelsetjeneste også påvirke forhold i nærmiljø og samfunn for derved å fremme tannhelsen.

Etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd skal fylkeskommunen organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen i fylket. I tillegg skal den gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til bestemte grupper i befolkningen (§ 1-3 første ledd andre punktum bokstav a til e). I § 1-3 andre ledd presiseres det videre at forebyggende tiltak skal prioriteres foran behandling.

Fylkeskommunen har dessuten etter folkehelseloven § 20 en generell plikt til å fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler som fylkeskommunen er tillagt. Dette skal skje gjennom regional utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting og tiltak som kan møte fylkets folkehelseutfordringer. Fylkeskommunen skal videre understøtte folkehelsearbeidet i kommunene, blant annet ved å gjøre tilgjengelig opplysninger etter folkehelseloven § 21. Etter nevnte bestemmelse skal fylkeskommunen ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i fylket på populasjonsnivå og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal blant annet baseres på relevant kunnskap fra kommunene og tannhelsetjenesten.

I praksis vil det ikke alltid gå et klart skille mellom tiltak som følger av folkehelseloven på den ene siden og tannhelsetjenesteloven på den andre siden og de lovpålagte pliktene ettersom de nevnte lovene til dels er overlappende

7.2.3 Fylkeskommunens gruppeansvar

Fylkeskommunens plikt til å tilby nødvendige tannhelsetjenester er begrenset til kun å gjelde deler av befolkningen. Fylkeskommunen skal gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til personer som har rettigheter etter loven (tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a til e). Alle i persongruppene som er nevnt i § 1-3 har rett til nødvendig tannhelsehjelp i den fylkeskommune der de bor eller midlertidig oppholder seg (tannhelsetjenesteloven § 2-1).

I tannhelsetjenesteloven benyttes betegnelsen *prioriterte oppgaver* og *prioriterte grupper* om persongruppene som fylkeskommunen har ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til. Kriteriene for å omfattes av en av persongruppene er knyttet til henholdsvis alder, diagnose og såkalte avledede vilkår, det vil si at en persons rett til tannhelsehjelp etter tannhelsetjenesteloven er en konsekvens av at vedkommende har rett til helse- og omsorgstjenester etter annen lovgivning. I forarbeidene til loven²² er det lagt vekt på at i tillegg til barn og ungdom, skal ulike vanskeligstilte grupper som for eksempel psykisk utviklingshemmede og langtidssyke sikres et tilbud om organisert og oppsøkende tannlegehjelp.

De prioriterte gruppene etter § 1-3 første ledd bokstav a til e er:

- Barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år
- Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon
- Grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie
- Ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret
- Andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere.

Tannhelsetjenesteloven § 1-3 tredje ledd regulerer fylkeskommunens adgang å gi et tannhelsetilbud til voksne pasienter mot betaling. Bestemmelsen regulerer også i hvilke tilfeller fylkeskommunen har plikt til å gi et tannhelsetilbud til voksne som

²¹ Ot.prp. nr. 49 (1982–83) *Om lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesten i fylkeskommunene)* side 19

²² Ot.prp. nr. 49 (1982–83) *Om lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesten i fylkeskommunene)*, kapittel 1.2

ikke omfattes av gruppene nevnt i § 1-3 første ledd bokstav a til e.

Barn og ungdom fra 0 til 20 år

Fylkeskommunen har plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år (tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a). Den øvre aldersgrensen for fylkeskommunens ansvar for barn og unge er dermed det kalenderåret vedkommende fyller 18 år. Videre har fylkeskommunen plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret (tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav d). For unge over 18 år er den øvre aldersgrensen satt til 20 år i behandlingsåret. Dette praktiseres slik at behandlingsåret regnes som kalenderåret.

Kriteriet for å omfattes av denne gruppen er basert på alder. Barn og unge har alltid stått sentralt i det offentlige tannhelsetilbudet i Norge. For barn og ungdom er det et sentralt formål at tilbudet skal bidra til å etablere gode tannhelsevaner fra tidlig alder, uavhengig av de foresattes økonomi og livssituasjon.

Personer med psykisk utviklingshemming

Fylkeskommunen har plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon (tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav b). Bakgrunnen for at det offentlige er pålagt et ansvar for denne persongruppen, er at det vanligvis dreier seg om personer som har funksjonsnivå som medfører redusert evne til egenomsorg og derfor trenger hjelp til å ivareta egen tannhelse.

Kriteriene for å omfattes av denne gruppen er i hovedsak basert på diagnose. Formuleringen *psykisk utviklingshemmede* er ikke nærmere definert i tannhelsetjenesteloven eller forarbeidene til loven og begrepet har ikke et entydig innhold. Fylkeskommunens ansvar for å sørge for nødvendig tannhelsehjelp for psykisk utviklingshemmede gjelder uavhengig av om de mottar andre helse- og omsorgstjenester fra kommunen eller fra spesialisthelsetjenesten.

Grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie

Fylkeskommunen har plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til grupper av

eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie (tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav c). For å omfattes av gruppene nevnt i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav c må pasienten motta helse- og omsorgstjenester fra kommunen og/eller spesialisthelsetjenesten, i eller utenfor institusjon.

Retten til tannhelsehjelp er kun knyttet til det faktum at pasienten mottar de aktuelle kommunale tjenestene, uavhengig av selve innholdet i vedtaket. Det vil si at retten til tannhelsetjenester etter denne bestemmelsen er en såkalt avledet rettighet og ikke knyttet til alder, diagnose, behov eller andre individuelle forhold.

Fylkeskommunen har plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud uavhengig av omfanget av det totale hjelpebehovet og det faktiske behovet for tannhelsehjelp. Loven gir heller ingen anvisning på hvilke institusjoner som er omfattet av bestemmelsen, hva som ligger i begrepet *hjemmesykepleie* eller hvem som regnes som *grupper av eldre, langtidssyke eller uføre*.

Andre grupper fylkeskommunen har vedtatt å prioritere

Fylkeskommunen kan gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til andre grupper som den har vedtatt å prioritere (tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav e). Den kan imidlertid ikke gi et tilbud til andre grupper på bekostning av de gruppene som er listet opp i bokstav a til d.

Bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav e åpner for at fylkeskommunen selv kan beslutte å gi et tannhelsetilbud også til andre definerte persongrupper, uten at det er en lovpålagt plikt. Bestemmelsen gir mulighet for å tilpasse tannhelsetilbudet til andre persongrupper ut fra lokale forhold. Det vil i hovedsak være aktuelt for voksne fra 21 år som ikke omfattes av gruppene som er listet opp i loven. Denne adgangen følger allerede av prinsippet om at fylkeskommuners kompetanse er negativt avgrenset og er strengt tatt ikke nødvendig å lovfeste. Utover å løse de lovpålagte oppgavene, står fylkeskommunen i utgangspunktet fritt til å drive annen virksomhet som den finner formålstjenlig.

I den grad fylkeskommunen har vedtatt å gi et tannhelsetilbud til andre persongrupper etter § 1-3 første ledd bokstav e, er dette bindende for fylkeskommunen og følger direkte av loven som en plikt. Det betyr at også andre grupper som omfattes av vedtaket vil ha rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen.

Tannhelsetjenester til voksne pasienter mot betaling

Fylkeskommunen kan vedta å yte tjenester til voksne pasienter mot betaling (tannhelsetjenesteloven § 1-3 tredje ledd). Det følger av forskrift 19. desember 2014 nr. 1820 om krav til føring av atskilte regnskaper mv. at fylkeskommunen har plikt til å tilby tannhelsetjenester til voksne mot betaling i områder der det ikke foreligger annet tilstrekkelig tilbud.

Særskilt om tannhelsetjenester til personer med rusavhengighet

Rusavhengige som gruppe er ikke spesifikt nevnt i tannhelsetjenesteloven § 1-3. I hvilken grad fylkeskommunen har ansvar for å gi et tannhelsetilbud til personer med rusavhengighet må avgjøres konkret ut fra de enkelte bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven § 1-3. Det følger videre av Stortingets budsjettvedtak i 2005 at fylkeskommunen skal gi et tannhelsetilbud til personer i den kommunale rusmiddelomsorgen.

For det første vil personer med rusavhengighet kunne omfattes av fylkeskommunens ansvar etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a og d, dersom det er tale om ungdom til og med det året de fyller 20 år.

For det andre vil personer med rusavhengighet kunne omfattes av fylkeskommunens ansvar etter § 1-3 første ledd bokstav c, såfremt de oppholder seg i helseinstitusjon eller mottar hjemme- sykepleie fra kommunen. Personer med rusavhengighet vil i denne sammenheng kunne regnes som *langtidssyke i institusjon* i lovens forstand. Institusjoner og avdelinger innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling omfattes av institusjonsbegrepet i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav c. Opphold i private rusbehandlingsinstitusjoner som verken har avtale med regionalt helseforetak eller kommune, faller utenfor institusjonsbegrepet i tannhelsetjenesteloven. I henhold til forskrift om vederlag for tannhelsetjenester har pasienter i helseinstitusjoner som er finansiert direkte over offentlige budsjetter (kommunalt, fylkeskommunalt eller statlig), rett til vederlagsfrie tannhelsetjenester forutsatt at oppholdet i institusjonen har en varighet på minst tre måneder.

For det tredje vil andre personer med rusavhengighet kunne omfattes av fylkeskommunens ansvar etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav e, dersom fylkeskommunen har vedtatt å gi et tilbud til denne gruppen. Flere fylkeskommuner har vedtatt å innlemme denne person-

gruppen i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav e.

I forbindelse med at Stortinget i 2005 vedtok at personer i den kommunale rusomsorgen skulle gis et utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester, oppfordret Helse- og omsorgsdepartementet fylkeskommunene å vurdere behovet for å treffe et lokalt vedtak om å innlemme denne persongruppen i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav e (Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv I-2/2006 *Utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud i 2006*). Flere fylkeskommuner har gjort dette.

Særskilt om tannhelsetjenester til innsatte i fengsel

Fylkeskommunen skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttannhelsetjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller oppholder seg i fylket. Dette inkluderer innsatte i fengsel. Innsatte i fengsel som gruppe er ikke særskilt nevnt i tannhelsetjenesteloven § 1-3. De fleste innsatte vil være voksne som ikke omfattes av de gruppene som er listet opp i § 1-3. Innsatte mellom 15 (den kriminelle lavalder) og 20 år vil imidlertid være omfattet av fylkeskommunens plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud. Andre innsatte vil før og etter soning kunne komme inn under fylkeskommunens ansvar for tannhelsetilbud til rusavhengige personer.

Ansvar for helsetjenester i fengsler ble overført fra Justisdepartementet til Sosialdepartementet i 1988. Fylkeskommunen i det fylket der det enkelte fengselet ligger, mottar et øremerket tilskudd fra staten til dekning av utgifter til organisering av et tilbud om tannbehandling for innsatte i fengsel. Fylkeskommunens ansvar og organisering er nærmere beskrevet i Helsedirektoratets rundskriv IK-28/89 *Rundskriv om tannhelsetjenesten for innsatte i fengsler* og veileder IS-1971 *Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel*.

7.2.4 Andre fylkeskommunale plikter innen tannhelsetjenesten

Undervisning og praktisk opplæring

Fylkeskommunens ansvar for undervisning og praktisk opplæring er nedfelt i tannhelsetjenesteloven § 6-1 første ledd. Det fremgår av bestemmelsen at enhver fylkeskommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av tannhelsepersoneell, herunder også videre- og etterutdanning. Bestemmelsen er likelydende med bestem-

melsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 8-1 første ledd.

Ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep

Fra 1. januar 2018 er fylkeskommunen pålagt et ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep. Bestemmelsen tydeliggjør at fylkeskommunen har ansvar for å bidra til å forebygge vold og seksuelle overgrep ved ytelse av tannhelsetjenester. Det stilles krav om at tannhelsetjenesten må organiseres på en slik måte at tjenesteyterne settes i stand til å forebygge, avdekke samt avverge vold og seksuelle overgrep. Ledelsens ansvar for å tilrettelegge tjenestene på en slik måte gjelder uavhengig om tjenestene ytes av fylkeskommunens ansatte eller av privatpraktiserende tannleger som fylkeskommunen inngår avtale med. Identifisering av personer som kan stå i fare for å bli utsatt for vold eller overgrep og tidlig intervensjon, vil være viktig arbeid i så måte.

7.2.5 Ansvar for tjenestenes innhold og omfang

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten inngår som en del av den samlede offentlige helse- og omsorgstjenesten, men reguleringen av den skiller seg på flere områder fra reguleringen av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Fylkeskommunens plikt til å *sørge for* nødvendige tannhelsetjenester er begrenset til enkelte utvalgte persongrupper i befolkningen, (tannhelsetjenesteloven § 2-1 første ledd). Det er bare disse gruppene som har rett til et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud fra fylkeskommunen. For den øvrige befolkningen er fylkeskommunens ansvar begrenset til at tannhelsetjenester i rimelig grad skal være tilgjengelige (tannhelsetjenesteloven § 1-1 første ledd).

Ansvar for tilgjengelige tjenester

Fylkeskommunen har en plikt sørge for tilgjengelige tannhelsetjenester, blant annet spesialisthelsetjenester. Det er opp til fylkeskommunen selv å vurdere hva som er et tilgjengelig tannhelsetilbud og hvordan dette ansvaret kan oppfylles. For å ivareta ansvaret må imidlertid fylkeskommunen skaffe seg oversikt over det samlede tilbudet av private og offentlige tannhelsetjenester i fylkeskommunen. Tilgjengeligheten må vurderes ut fra faktorer som befolkningens behov, kvalifisert bemanning av tannklinikkerne, spesialistkompe-

tanse, reiseavstand til nærmeste tannhelsetilbud, tilbudet av offentlig transport, åpningstider, ventetid på behandling og geografisk plassering av tannklinikker²³.

Fylkeskommunen har i utgangspunktet ikke en plikt til å yte tjenestene selv, men må påse at det finnes et tilgjengelig tannhelsetilbud.

Som et minimum må fylkeskommunen sørge for å ivareta tilgangen på tannhelsetjenester til persongrupper med rettigheter til tannhelsehjelp etter tannhelsetjenesteloven § 1-3. Ut over dette må kommunen vurdere tilgangen på tannhelsetilbud for den øvrige voksne befolkningen.

Tilbudet fra private tjenesteytere vil i store deler av landet langt på vei dekke behovet for tannhelsetjenester for den voksne delen av befolkningen. I enkelte områder med spredt bosetting og med ingen eller begrenset tilbud fra private, vil fylkeskommunens tilbud være det nærmeste til den voksne delen av befolkningen. Dersom det private tilbudet er mangelfullt eller fraværende, eller det er lang reiseavstand til nærmeste private tilbud, må fylkeskommunen sørge for at også den voksne befolkningen gis tilbud fra fylkeskommunens egne tannklinikker mot betaling. I forskrift 19. desember 2014 nr. 1820 om krav til føring av atskilte regnskaper mv. er fylkeskommunens plikt til å tilby tannhelsetjenester til voksne mot betaling i områder der det ikke foreligger annet tilstrekkelig tilbud, regulert. Fylkeskommunens plikt til å tilby tjenester innebærer ikke en plikt til å yte subsidierte tjenester. Fylkestinget har imidlertid adgang til å vurdere om det foreligger behov for subsidierte tjenester i enkelte områder av fylket. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på befolkningstetthet og tjenestebehov, tilgjengelighet til private tannhelsetilbud, reiseavstand til nærmeste behandlingstilbud og hensiktsmessig klinikkdrift (forskrift om krav til føring av atskilte regnskaper mv. § 4).

Fylkeskommunens ansvar for å sørge for å tilby tannhelsetjenester til personer som midlertidig oppholder seg i fylkeskommunen, vil være begrenset til persongruppene som følger av tannhelsetjenesteloven § 1-3.

Ansvar for tannhelsetjenester til bestemte persongrupper

Det følger av tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd andre punktum at den fylkeskommunale

²³ Prop. 71 L (2016–2017) *Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)* side 104

tannhelsetjenesten skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til bestemte grupper som er regnet opp i bokstav a til d, samt til andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å gi et tilbud til etter bokstav e, se nærmere under kapittel 7.2.3.

Formålet med å gi regelmessig og tannhelsetjenestetilbud er først og fremst for å forebygge sykdom i munn, kjeve og tenner. Hva som nærmere ligger i uttrykket *regelmessig og oppsøkende tilbud* fremgår ikke av tannhelsetjenesteloven eller forarbeidene til loven. Et minimumskrav for at tilbudet kan sies å være *oppsøkende* er at tilbudet gjøres kjent for personer som har rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp²⁴. Begrepet *regelmessig* forutsetter en viss kontinuitet og hyppighet i tilbudet, for eksempel i form av innkallinger med faste intervaller som fastsettes individuelt i det enkelte tilfelle.

Gruppene som omfattes av tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd er listet opp i prioritert rekkefølge. Hvis ressursene ikke er tilstrekkelig for tilbud til alle gruppene, skal denne prioriteringen følges. Bestemmelsen kan leses slik at fylkeskommunen har adgang til å avpasse tannhelsetilbudet i forhold til tilgjengelige ressurser, men må leses i lys av forholdene i fylkeskommunene ved ikraftsettingen av tannhelsetjenesteloven i 1984. På det tidspunktet forelå det store fylkesvise forskjeller i tannhelsetilbudet. Begrensningen i bestemmelsen var dermed en nødvendig forutsetning for iverksettelse av loven i en overgangsperiode inntil alle fylkeskommunene hadde fått bygd ut et tilstrekkelig tjenestetilbud. I dag er situasjonen en annen og bestemmelsen kan ikke lenger anses å gi hjemmel til å innskrenke det lovpålagte tjenestetilbudet med henvisning til manglende ressurser²⁵. I denne sammenheng kan det også vises til Høyesteretts prinsippavgjørelse inntatt i Norsk Retstidende 1990 side 874 (Fusa-dommen), hvor retten slo fast at *nødvendig helsehjelp* er en minstandard som ikke kan fravikes med henvisning til dårlig økonomi.

I tannhelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd tredje punktum slås det videre fast at forebyggende tiltak skal prioriteres foran behandling. Helse- og omsorgsdepartementet har uttalt²⁶ at

bestemmelsen ikke kan forstås som en føring for den tannhelsehjelpen som de bestemte persongruppene har behov for og krav på, men som et generelt pålegg for fylkeskommunene til å prioritere forebyggende innsats fremfor behandling ved utformingen av tilbudet.

Det følger av tannhelsetjenesteloven § 2-1 at alle som er nevnt i § 1-3 har rett til nødvendig tannhelsehjelp i fylkeskommunen der de bor eller midlertidig oppholder seg. I lovens forarbeider²⁷ er det gitt lite veiledning om selve innholdet av tannhelsehjelpen. Det uttales at «Fylkeskommunen plikter å holde en tannhelsetjeneste av odontologisk forsvarlig standard». Bestemmelsen er utformet som en rettslig standard, og det betyr at innholdet i bestemmelsene endres med endrede forventninger ut fra faglig utvikling, endringer i verdioppfatninger og lignende.

Hva som er å anse som nødvendig tannhelsehjelp vil bero på en konkret vurdering av den enkelte pasients tilstand, behov og situasjonen for øvrig. Vurderingen av hva som er adekvat behandling i det enkelte tilfelle, må avgjøres på grunnlag av et forsvarlig klinisk skjønn. Kravet til faglig forsvarlighet er grunnleggende i denne vurderingen. Kravet til forsvarlighet er en rettslig standard som er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i kravet til forsvarlighet vil dermed endre seg i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger. Kravet til forsvarlighet innebærer at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.

Det finnes ingen bestemmelse i tannhelsetjenesteloven som uttrykkelig pålegger fylkeskommunen en plikt til å tilby eller yte forsvarlige tannhelsetjenester. Etter helsepersonelloven § 4 har det enkelte helsepersonell en plikt til å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra personellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig, se nærmere under kapittel 7.1.5. Fylkeskommunens plikt til å planlegge, organisere og legge til rette for at helsepersonell oppfyller krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 a, innebærer dermed implisitt at også fylkeskommunen har en plikt til å sørge for forsvarlige tannhelsetjenester. Dette forutsettes videre i tannhelsetjenesteloven § 6-2, hvor det heter at Statens helsetilsyn skal føre tilsyn med at fylkeskommunene

²⁴ Prop. 71 L (2016–2017) *Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)* side 108

²⁵ Prop. 71 L (2016–2017) *Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)* side 128

²⁶ Prop. 71 L (2016–2017) *Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)* side 128

²⁷ Ot.prp. nr. 49 (1982–83) *Om lov om tannhelsetjenesten (Tannhelsetjenesten i fylkeskommunene)* side 20

fremmer tannhelsetjenestens formål på en forsvarlig og hensiktsmessig måte. Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten gjelder også for både offentlig og privat tannhelsetjeneste.

7.2.6 Overføring av ansvaret til kommunen

I Prop. 71 L (2016–2017) *Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)* ble det foreslått nødvendige lovendringer for å overføre ansvaret for tannhelsetjenesten fra fylkeskommunen til kommunen. Det ble foreslått at kommunens plikter knyttet til tannhelsetjenesten skulle reguleres i helse- og omsorgstjenesteloven, mens pasientens rettigheter skulle reguleres i pasient- og brukerrettighetsloven.

I proposisjonen ble det foreslått å videreføre hovedtrekkene ved dagens regulering av tannhelsetjenesten på et fremtidig kommunalt nivå, blant annet når det gjelder rekkevidden av det offentliges ansvar for å sørge for tannhelsetjenester til bestemte persongrupper. Kommunens plikter ble imidlertid foreslått utvidet til å omfatte regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til personer med rusavhengighet og innsatte i fengsler i kriminalomsorgen. Videre ble pasienters og brukeres prosessuelle rettigheter styrket som følge av forslaget om å utvide pasient- og brukerombudet til å omfatte kommunale tannhelsetjenester. Det ble i forslaget presisert at overføringen av det offentliges ansvar for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen ikke omfatter tannhelsetjenester som ytes i privat sektor.

Helse- og omsorgsdepartementet foreslo videre at bestemmelser i tannhelsetjenesteloven knyttet til prioritering ikke videreføres i helse- og omsorgstjenesteloven ved overføringen av ansvaret til kommunene. Det ble pekt på at bestemmelsen i § 1-3 andre ledd første punktum om prioriteringsrekkefølgen i hovedsak ble tatt inn i lovteksten som følge av store fylkesvise forskjeller i tannhelsetilbudet på det tidspunktet tannhelsetjenesteloven trådte i kraft.

Bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd tredje punktum som slår fast at forebygging skal prioriteres før behandling ble heller ikke foreslått videreført av Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet pekte i proposisjonen på at også denne bestemmelsen må ses i lys av situasjonen på tidspunktet for vedtakelsen av tannhelsetjenesteloven. Den gangen var det viktig å sikre forebyggende innsats i en overgangsperiode, mens et landsdekkende behandlingstilbud

fortsatt var under oppbygging rundt om i fylkene. Helse- og omsorgsdepartementets uttalte i proposisjonen at det burde være opp til kommunen selv å vurdere relevante tiltak, uten at det legges statlige føringer for oppgaveløsningen i lovverket. Bestemmelsen kunne etter departementets vurdering ikke forstås som en føring for hvilken tannhelsehjelp de bestemte persongruppene har krav på, men som et generelt pålegg for fylkeskommunene til å prioritere forebyggende innsats fremfor behandling ved utformingen av tilbudet²⁸.

Videre uttalte departementet at det ikke lenger er behov for å detaljstyre kommunenes tjenesteutføring gjennom slike prioriteringsbestemmelser i loven og at kommunene i prinsippet selv burde kunne vurdere relevante tiltak for å oppfylle sitt lovpålagte ansvar. Departementet understreket videre at forebyggende tannhelsetiltak overfor befolkningen vil inngå som en del av kommunens lovpålagte ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3. Videre vil kommunene ha plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til bestemte persongrupper som har rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp. Dette er ett av de viktigste forebyggende tiltakene på individnivå. Slik vil det forebyggende tannhelsearbeidet etter departementets vurdering fortsatt bli ivaretatt.

Stortinget vedtok de foreslåtte lovendringene knyttet til tannhelsetjenesten og at Kongen kunne sette bestemmelsene i kraft til ulik tid og for ulike deler av landet (Innst. 378 L (2016–2017)). Stortinget ba videre regjeringen legge til rette for en prøveordning som innebærer at om lag 15 kommuner som ønsker det, etter søknad kan få tillatelse til å overta ansvaret for tannhelsetjenesten fra 2020. Regjeringen skulle også vurdere behovet for økonomiske insentiver for kommuner som ønsker å overta tannhelsetjenesten. Regjeringen ble i tillegg pålagt å følgeevaluere prøveordningen i perioden 2020 til 2023. Stortinget understreket at en videre utvidelse til flere kommuner tidligst kunne skje etter 2023 og påla regjeringen å komme tilbake til Stortinget med en egen sak som vurderer overføring av den samlede tannhelsetjenesten basert på de erfaringer fra prøveordningen som kan gi grunnlag for beslutning om overføring fra 2023.

I tillegg ba Stortinget regjeringen starte arbeidet med å bygge opp tannpleierkompetanse i kommunene. Det ble understreket av Stortinget

²⁸ Prop. 71 L (2016–2017) *Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)* side 128-129

at en oppbygging av tannpleierkompetanse i kommunene vil ha økonomiske og administrative konsekvenser som regjeringen vil måtte komme tilbake til i budsjettssammenheng.

7.2.7 Helsepersonellens plikter

Tannleger, tannpleiere, tannhelsesekretærer og tannteknikere er autorisert helsepersonell etter helsepersonelloven § 48. Deres plikter reguleres i likhet med helse- og omsorgspersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten av helsepersonelloven (helsepersonelloven §§ 2 og 3 første ledd nr. 1). Det vises derfor til omtalen av helsepersonellens plikter i kapittel 7.1.5.

7.2.8 De rettslige rammene for den offentlige tannhelsetjenesten – oppsummert

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten inngår som en del av den samlede offentlige helse- og omsorgstjenesten, men reguleringen av den skiller seg på flere områder fra reguleringen av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Fylkeskommunens plikt til å sørge for nødvendige tannhelsetjenester er begrenset til enkelte utvalgte persongrupper i befolkningen. Det er bare de gruppene som er listet opp i tannhelsetjenesteloven § 1-3 som har lovfestede rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp, helt eller delvis vederlagsfritt, fra fylkeskommunen. Som hovedregel må voksne selv dekke sine utgifter til tannbehandling, men kan for enkelte nærmere definerte diagnoser, sykdommer eller tilstander ha rett til stønad fra folketrygden.

Fylkeskommunen har frihet til selv å bestemme hvordan den vil organisere utføringen av oppgaver som den har ansvar for. Fylkeskommunen kan yte tjenester ved bruk av egne ansatte eller inngå avtale med private tannleger om å utføre tjenester på vegne av fylkeskommunen.

I tannhelsetjenesteloven er det ikke en bestemmelse som uttrykkelig pålegger fylkeskommunen en plikt til å tilby eller yte forsvarlige tannhelsetjenester, men det enkelte helsepersonell er etter helsepersonelloven § 4 pålagt en plikt til å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra personellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Fylkeskommunen har indirekte et ansvar ved at den er pålagt en plikt til å planlegge, organisere og legge til rette for at helsepersonell oppfyller krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift.

For voksne personer som ikke faller inn under de prioriterte gruppene er fylkeskommunens ansvar begrenset til å sørge for at tannhelsetjenester i rimelig grad skal være tilgjengelige. Det er opp til fylkeskommunen selv å vurdere hva som er et tilgjengelig tannhelsetilbud og hvordan dette ansvaret kan oppfylles.

Fylkeskommunen har i tillegg en plikt til å fremme tannhelsen i befolkningen og ved sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebygging og behandling. Ansvaret innebærer at fylkeskommunen skal sørge for nødvendig forebygging og behandling samt drive opplysningsvirksomhet for å fremme tannhelsen, både overfor allmenheten og den enkelte pasient.

Kapittel 8

Helsetilstand og bruk av tjenester

Landets kommuner og fylkeskommuner er ulike. Mens noen kommuner er fraflyttingskommuner, der aldersgjennomsnittet er høyt, er andre tilflyttingskommuner med mange nyetablerte barnefamilier. Noen kommuner har utfordringer knyttet til store avstander, mens andre kan tilby innbyggerne (avanserte) tjenester nær sagt rett utenfor hjemmet. Kommuner med lange avstander vil ofte organisere tjenestene på en annen måte enn kommuner der avstandene er kortere.

Likeledes påvirker avstanden til spesialisthelsetjenesten hvordan man innretter tjenestetilbudet sitt. I kommuner med lang avstand til spesialisthelsetjenesten, gjerne med behov for flere transportmidler, må de kommunale helse- og omsorgstjenestene ta mye av ansvaret selv – et ansvar som mange andre steder tilligger spesialisthelsetjenesten. Dette krever at de som jobber i tjenesten, har bred og god kompetanse.

I tillegg er det store ulikheter mellom kommunene med henblikk på sosioøkonomiske kjennetegn i befolkningen. Noen kommuner og bydeler sliter med barnefattigdom, stort frafall i skolen og høy arbeidsledighet, mens andre har en befolkning med høyt gjennomsnittlig utdanningsnivå og høy grad av sysselsetting. Tilsvarende varierer kommunene med hensyn på alderssammensetning. Noen har en ung befolkning, mens andre har et høyt aldersgjennomsnitt. Ulikheter i befolkningssammensetning og geografi påvirker hvordan kommunene innretter og organiserer sine tjenester. I tillegg påvirker sykdomsbildet, kultur og historie hvordan kommunene jobber og løser oppgaver.

8.1 Sykdomsbyrde

Helsetilstanden i befolkningen er i hovedsak svært god, og de fleste oppfatter sin egen helse som god eller svært god. Ifølge Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse om helse (2016) vurderer 79 prosent av de spurte sin egen helse som

god eller svært god. Tilsvarende tall for egenrapportert tannhelse er 76 prosent.

Sykdomsbyrde er et mål på en befolknings helse, målt som helsetap sammenliknet med land og grupper som har lavest sykkelighet og dødelighet. Sykdomsbyrdeberegninger gir en helhetlig oversikt over hvordan ulike sykdommer, skader og risikofaktorer rammer en befolkning i form av helsetap og dødelighet. Sammenlikning av sykdomsbyrden i ulike befolkningsgrupper etter kjønn, alder og geografi er sentralt i beregningene.

Beregninger av sykdomsbyrde kan bidra til å identifisere hvilke sykdommer og skader som bidrar mest til helsetap og dødelighet i befolkningen, samt identifisere bidraget fra ulike risikofaktorer på helsetap og dødelighet (Knudsen, Tollånes, Haaland, Kinge, Skirbekk og Vollset 2017). Norske sykdomsbyrdedata blir gjort tilgjengelig årlig av Senter for sykdomsbyrde ved Folkehelseinstituttet.

8.1.1 Global Burden of Disease

Det globale sykdomsbyrdeprosjektet Global Burden of Disease (GBD) er et stort internasjonalt forskningsprosjekt som ble igangsatt på begynnelsen av 1990-tallet, og som nå ledes fra Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) ved Universitetet i Washington, Seattle, USA. Formålet med GBD er å beskrive utvikling i sykdomsbyrde over tid for 195 land og territorier, i form av dødelig og ikke-dødelig helsetap som følge av mer enn 300 sykdommer/tilstander og nærmere 80 risikofaktorer. Oral helse er også inkludert i GBD (karies, tanntap og periodontal sykdom).

I GBD-prosjektet benyttes fire hovedmål på sykdomsbyrde: antall dødsfall, tapte leveår, ikke-dødelig helsetap og helsetapsjusterte leveår (DALY). En DALY (Disability-adjusted life year) tilsvarer et tapt leveår med god helse. Målet fanger ikke bare opp dødelighet, men også helsetap ved kronisk sykdom. I tillegg beregner man forventet levealder og forventede friske leveår. Tapte

leveår er basert på forventet gjenstående levetid når dødsfallet finner sted.

Høsten 2016 publiserte GBD oppdaterte og nye beregninger av sykdomsbyrde for årene 1990 til 2015 (Knudsen m.fl. 2017) i 195 land og territorier, inkludert Norge.

Det internasjonale sykdomsbyrdeprosjektet viser at forventet levealder ved fødsel i den norske befolkningen økte med 22 måneder, til 82 år, i tiåret fra 2005 til 2015. Forventede friske leveår økte i samme periode med 20 måneder, til 71,5 år. De tre viktigste store dødsårsaksgruppene er hjerte- og karsykdom, kreft og nevrologiske sykdommer (i hovedsak demens). Disse utgjør tilsammen 71 prosent av alle dødsfall. Selvmord og overdoser er de viktigste årsakene til død blant unge og voksne i alderen 15 til 49 år.

Mer enn halvparten (53 prosent) av den samlede sykdomsbyrden kan knyttes til ikke-dødelig helsetap. Muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser er viktige årsaker til ikke-dødelig helsetap i nesten alle aldersgrupper (Knudsen m.fl. 2017).

Det er viktig å merke seg at trendene ikke bare skyldes endringer i forekomst av tilstander og tiltak i helsesektoren, men de er også påvirket av alderssammensetningen i befolkningen, endrede levevaner og, ikke minst, den medisinskteknologiske utviklingen som bidrar til at flere lever lenger med sykdom (se kapittel 9 om utviklingstrekk).

8.2 Helsetilstanden i befolkningen og forventet levealder

Levealder er et annet anerkjent mål for helsetilstanden i en befolkning. Levealderen i Norge har økt jevnt siden 1846. I 1846 var forventet levealder for kvinner rundt 50 år og rundt 48 år for menn. I 2017 var forventet gjennomsnittlig levealder i Norge 84 år for kvinner og 81 år for menn (Statistisk sentralbyrå). Årsakene til den økte levealderen handler både om generelt bedret folkehelse, mer kunnskap om helse i befolkningen og om godt utbygde helse- og omsorgstjenester. Det er viktig å understreke at en bedret folkehelse i like stor grad skyldes utviklingen i andre sektorer, som utviklingen av gode helse- og omsorgstjenester.

8.2.1 Geografiske forskjeller i levealder

Til tross for en signifikant økning i levealder de siste par hundre årene er det til dels store forskjeller

ler i levealder mellom fylkene, kommuner og mellom bydeler i Oslo. Levealderen er høyest på Vestlandet og lavest i Finnmark, Østfold og Hedmark. Tall fra 2015 viser en forskjell mellom fylkene på opptil 2,5 år. Når vi sammenlikner geografiske forskjeller i levealder mellom kommuner og bydeler, er forskjellene enda mer slående. Forskjellen mellom høyeste og laveste levealder i norske kommuner er om lag fem år for både menn og kvinner. Størst er forskjellene innad i Oslo by. Ifølge tall fra Statistisk sentralbyrå varierte menns levealder i 2008–2011 fra 73,2 år på Sagene til 82 år i Vestre Aker. Dette er en forskjell som er omtrent like stor som den vi hadde for hele landet i perioden 1960 til 2015 (Folkehelseinstituttet 2018).

8.2.2 Sosiale helseforskjeller

Også fordelingen av helse mellom grupper av innbyggere er et viktig mål på en befolknings helsestilstand.

Studier viser tydelige sammenhenger mellom helse og utdannings- og inntektsnivå. Statistisk sett blir helsen i befolkningen gradvis bedre med økende inntekt, og dødeligheten synker med økende inntekt. Dette gjelder både blant menn og kvinner og i de fleste aldersgrupper. Forskjellene er størst nederst i inntektsfordelingen og avtar gradvis oppover i inntektsklassene.

En tilsvarende sammenheng finner vi også mellom levealder og utdanning (Helsedirektoratet 2018b). Menn med universitets- eller høgskoleutdanning har sju år lengre forventet levealder enn menn med grunnskole. For kvinner er forskjellen seks år (Folkehelseinstituttet 2018).

De sosiale helseforskjellene gjelder for nesten alle sykdommer, skader og plager og også innen tannhelse. Og det er forskjeller i alle aldersgrupper. Forskjellene innebærer mange tapte arbeidsdager og leveår med god helse og livskvalitet (Folkehelseinstituttet 2018).

Ulikhet i sykkelighet mellom sosiodemografiske grupper skyldes flere faktorer. Ulik helseatferd pekes på som en årsaksfaktor. Dette gjelder blant annet forbruk av tobakk og alkohol. Studier viser at levevaner som røyking, kosthold og fysisk aktivitet ofte følger inntekst- og utdanningsnivået. Det betyr at de som har lengre utdanning og høyere inntekt har gunstigere levevaner enn dem med kortere utdanning og lavere inntekt. Blant annet viser studier at fedme er mindre vanlig blant 40-åringer med høy utdanning, enn blant 40-åringer med lavere utdanning (Folkehelseinstituttet 2018).

8.3 Bruk av helse- og omsorgstjenester

Bruken av helse- og omsorgstjenester varierer naturlig nok med alder og sykdom. Som vist over, er det klare sammenhenger mellom sosioøkonomisk status og helse. Grupper med lav utdanning eller lav inntekt har nesten dobbelt så høy sykkelighet sammenliknet med grupper med høyere inntekt og utdanning. Men forskningen viser også en sammenheng mellom sosioøkonomisk status og bruk av helsetjenester (Statistisk sentralbyrå 2017a).

Lavt utdannede bruker generelt helsetjenester i større grad enn grupper med høyere utdanning. Dette gjelder primært tjenester som allmennlege og innleggelse på sykehus. Det er videre mye som tyder på at bruken av spesialiserte helsetilbud, privatpraktiserende legespesialister, fysioterapeut og tannlege samt forebyggende tjenester er høyest blant de med høyere sosioøkonomisk status. For de akutte tjenestene derimot, er det en tendens til høyere bruk blant grupper med lavere sosioøkonomisk status (Finnvold 2009; Statistisk sentralbyrå 2017a).

Kunnskapen om sammenhengen mellom sosioøkonomisk bakgrunn og bruk av helsetjenester gjelder imidlertid først og fremst for helsetjenestene. For omsorgstjenestene foreligger det i dag kun kunnskap om variasjon i bruken av de ulike tjenestene basert på alder, det vil si forskjellen mellom eldre og yngre tjenestemottakere.

Tilgangen til helsetjenester skal være lik for personer med samme behov, uavhengig av sosioøkonomisk status, jf. pasient- og brukerrettighetsloven. I prioriteringssammenheng er det viktig å merke seg at bruken av helse- og omsorgstjenester ikke alltid sammenfaller med sykdommens alvorlighetsgrad eller nytten pasienten/brukeren har av disse tjenestene. Sosioøkonomiske og geografiske forskjeller i bruk av helse- og omsorgstjenester kan indikere avvik fra målsettingen om et likeverdig helsetjenestetilbud (se kapittel 3 om helsetjenestens verdigrunnlag). Dersom man legger et rettferdig fordelingsperspektiv til grunn, innebærer det at ikke bare den faktiske hjelpen man mottar skal være likeverdig, men at tilgangen til helse- og omsorgstjenestens tilbud også, så langt det er mulig, må være lik for alle (Bærøe, Kaur og Radhakrishnan 2018).

8.3.1 Bruk av helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er sentral i kommunens helsefremmende og forebyggende

arbeid blant barn og unge og deres familier. Tjenesten møter nesten alle i sin målgruppe. Kostratall¹ viser at 89 prosent av alle nybakte foreldre fikk hjemmebesøk fra helsestasjonen i 2017. Andelen som har fått hjemmebesøk har økt jevnt siden 2011 da den var 78 prosent. 99 prosent av nyfødte ble undersøkt ved helsestasjonen innen de var åtte uker gamle. Andelen barn som fikk gjennomført skolestartundersøkelsen innen utgangen av første skoleår, var 90 prosent.

8.3.2 Bruk av allmennlegetjenesten²

Tall fra Statistisk sentralbyrå for 2017 viser at 70 prosent av befolkningen oppsøker fastlegen, og 17 prosent oppsøker legevakt i løpet av et år. Bruken av allmennlegetjenesten varierer med alder. Rundt 85 prosent av befolkningen mellom 67 og 89 år oppsøker fastlegen i løpet av et år. Blant de over 90 år oppsøker 63 prosent fastlegen i løpet av et år. Andelen som oppsøker fastlegen, er altså høyere blant dem mellom 67 og 89 år enn gjennomsnittet, mens for de eldste av de eldre er andelen lavere enn gjennomsnittet. En mulig årsak til dette er at mange av de eldste eldre befinner seg på sykehjem, og derfor ikke kommer med i statistikk over fastlegebruken. Hvis vi ser på gjennomsnittlig antall besøk per person, faller det fra 5,1 besøk per år i aldersgruppen 80–89 år til 3,4 besøk per person i aldersgruppen 90 år og eldre. Blant barn mellom 0 og 5 år, er det 30 prosent som oppsøker legevakten i løpet av et år.

Bruken av allmennlegetjenester varierer også med sosioøkonomisk status. Det er generelt mer utbredt bruk av allmennlegetjenester i lavere utdanningsgrupper. 74 prosent av dem med grunnskole som høyeste utdanning hadde vært hos fastlegen siste år, mens tilsvarende tall for dem med universitetsutdanning på høyere nivå var 66 prosent. Andelen er litt høyere blant dem med videregående utdanning enn blant dem med grunnskole (Statistisk sentralbyrå 2017a).

Helsedirektoratet fikk i 2017 i oppdrag å kartlegge hvordan fastlegene fordeler tid på ulike arbeidsoppgaver og pasientgrupper. Undersøkelsen ble gjennomført av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Undersøkelsen viser at 10 prosent av gjennomsnittlig totalarbeidstid ble brukt på barn og unge under 25 år, mens 8,4 pro-

¹ Kostra (Kommune-Stat-Rapportering) er et nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om kommunal og fylkeskommunal virksomhet.

² Allmennlegetjenesten i kommunene omfatter fastlegeordningen, legevaktjenesten og andre allmennlegeoppgaver, for eksempel i sykehjem og helsestasjon.

sent ble brukt på eldre over 80 år. Tid brukt på pasienter med store og sammensatte behov viser stor variasjon. I gjennomsnitt utgjør kronisk syke 15 prosent av totalarbeidstiden, skrøpelige eldre 7 prosent, og psykiske lidelser og rus 8 prosent av totalarbeidstiden (Rebnord, Eikeland, Hunskår og Morken 2018). Det er opp til fastlegen å selv disponere arbeidsdagen og tiden hun bruker på hver pasient ut fra hva hun mener den enkelte pasient har behov for.

For noen pasienter er terskelen så høy at de ikke oppsøker tjenesten. Dette til tross for at de ville hatt stor nytte av helsetjenester. Eksempler er personer med kognitiv svikt, psykisk syke og ruspasienter. Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste* redegjør for utfordringene med tjenester som er for lite aktive overfor pasienter og brukere med store og sammensatte behov.

Det er flere grunner til at folk ikke kontakter fastlegen, selv om de har behov for hjelp. I hele befolkningen er det 1 prosent som oppgir at de ikke har råd til legebesøk, og dette øker til 4 prosent blant dem med lavest husholdningsinntekt, blant arbeidsledige og uføre. 3 prosent mener det tar for lang tid å få time hos legen, en andel som øker til 6 prosent blant uføre (Statistisk sentralbyrå 2017a).

8.3.3 Bruk av ergo- og fysioterapitjenester

De fleste kommuner velger å løse sitt ansvar for fysioterapitjenester gjennom å kombinere et tilbud av kommunalt ansatte fysioterapeuter (fastlønnede fysioterapeuter) og selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter. Sistnevnte kan jobbe både med og uten avtale med kommunen. Fysioterapeuter i kommunen jobber innenfor et bredt spekter av tjenester i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, innen habilitering og rehabilitering og i omsorgstjenestene.

Fysioterapeuter er en svært viktig faggruppe i habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet. En annen stor yrkesgruppe i habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet er ergoterapeutene. Ergo- og fysioterapeuter har særlig kompetanse innen rehabiliterings- og habiliteringsarbeid for brukere i alle aldersgrupper. Brukerne får tilpasset tiltak som blant annet kan innebære behandling individuelt eller i gruppe, trening i dagliglivets aktiviteter, tilrettelegging av bolig og tilpasning av tekniske hjelpemidler. Tiltakene gjennomføres på ulike arenaer som for eksempel skole, barnehage, rehabiliteringsavdeling og i eget hjem, og har ofte stor betydning for brukernes mestringsevne og

deres mulighet til å delta og være aktive på ulike samfunnsarenaer.

I 2015 var det rundt 16 000 mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon i kommunene. Dette er en økning på rundt 4 prosent fra året før. Prosentmessig har veksten vært størst for mottakere under 67 år, med en økning på 9,5 prosent. For habilitering og rehabilitering utenfor institusjon har veksten vært enda større. I 2015 var det i underkant av 35 000 mottakere av denne typen behandling, noe som tilsvarer en vekst på 19,3 prosent fra 2014. Veksten i habilitering/rehabilitering utenfor institusjon har vært størst for mottakere over 67 år (Helsedirektoratet 2017a).

Bruken av fysioterapitjenester varierer etter inntekt. Grupper med lav inntekt bruker fysioterapeut mindre enn de med høy inntekt. I tillegg er det en sammenheng mellom utdanning og bruk av fysioterapi, der de med lavere utdanning bruker fysioterapitjenester mindre enn de med høyere utdanning (Statistisk sentralbyrå 2017a).

Habiliterings- og rehabiliteringstjenester er ofte mer komplekse for barn og unge med langvarige og sammensatte behov, enn for voksne brukere med tilsvarende behov. Overganger mellom ulike livsfaser (for eksempel fra ungdom til voksen) og arenaer (for eksempel fra videregående skole til dagtilbud) er særlig kritiske. Barn og ungdom med funksjonsnedsettelse har ofte behov for tjenester fra både helse- og omsorgssektoren, skolesektoren, Nav og spesialisthelsetjenesten samtidig og over lang tid. Mange av brukerne og deres familier har behov for koordinerte og tverrsektorielle tjenester helt fra småbarnsalder til voksen alder eller ofte gjennom hele livet.

8.3.4 Bruk av tannhelsetjenester

Bruken av tannlegetjenester er noe høyere blant de med høyere utdanning enn de med lavere utdanning. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at 7 prosent har hatt behov for å oppsøke tannhelsetjenester det siste året, men har unnlatt å gjøre det. Blant dem som har et udekket behov for tannhelsetjenester, oppgir halvparten økonomiske årsaker. Dette gjelder særlig grupper med lav inntekt. En annen grunn som oppgis, er redsel/tannlegeskrekk og at man av ulike grunner misliker å gå til tannlegen. Fordelt på aldersgrupper viser tallene at det er 10 prosent i den yngste gruppen, det vil si 16–44 år, som har unnlatt å ta kontakt, mot 4 prosent i den eldste gruppen (45 år og over).

Det er spesielt gruppene med lav inntekt, mindre god helse, folk som ikke er i arbeid og uføre som ikke har råd til tannlegehjelp. I gruppene

med god råd er det færrest som oppgir at de har et udekket behov på grunn av dårlig økonomi (Statistisk sentralbyrå 2017a).

8.3.4.1 *Bruk av den offentlige tannhelsetjenesten*

Om lag 1,4 millioner av landets innbyggere har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Disse har rett til nødvendig tannhelsehjelp gjennom et oppsøkende og regelmessig tilbud. I 2017 var om lag 1,3 millioner personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven under tilsyn av fylkeskommunal tannhelsetjeneste. Om lag 840 000 personer med rettigheter etter loven ble undersøkt/ behandlet på landsbasis.

Kostra-tall fra 2017 viser at personer under tilsyn tilsvarende 98 prosent av alle barn og unge (gruppe A), 94 prosent av gruppe B, 77 prosent av gruppe C1, 31 prosent av gruppe C2, 77 prosent av gruppe D og 63 prosent av gruppe E i tannhelsetjenesteloven § 1-3³. Dette betyr at den offentlige tannhelsetjenesten møter nesten alle barn og unge regelmessig fram til 20 års-alderen, mens gruppe C2 er den gruppen som i minst grad benytter seg av tilbudet. I 2017 takket vel 12 000 personer i de prioriterte gruppene nei til tilbudet, mens vel 16 000 ikke møtte ved innkalling til tannklinikken. Den offentlige tannhelsetjenesten sendte nesten 800 bekymringsmeldinger til barnevernet. Totalt fikk 3 700 prioriterte pasienter gjennomført tannbehandlingen i narkose. Da hadde ca. 60 prosent av dem ventet over tre måneder på behandling.

8.3.4.2 *Bruk av folketrygdens stønad til tannbehandling*

I 2017 var det om lag 730 000 personer i den voksne befolkningen som mottok tannhelserefusjoner fra folketrygden. Disse utgjorde om lag 13 prosent av hele den voksne befolkningen. Statistisk sentralbyrå har studert hva som kjennetegner mottakere av tannhelserefusjoner over folketrygden og om det er sosioøkonomiske og regionale forskjeller i hvordan refusjonene fordeler seg i befolkningen (Statistisk sentralbyrå 2017c).

Den voksne befolkningen skal i utgangspunktet betale for tannbehandling selv. Folketrygden

gir likevel hel eller delvis økonomisk støtte til behandling til personer med store behandlingsbehov. 15 ulike sykdommer og lidelser, såkalte innslagspunkt, gir rett til refusjon. Refusjonene skal utelukkende gis med utgangspunkt i pasientens behov for behandling. Analyser har imidlertid vist at forekomst og omfang av refusjoner i den voksne befolkningen varierer etter sosioøkonomiske og regionale kjennetegn, som i utgangspunktet ikke skal ha betydning for pasientens mottak av refusjoner.

I 2016 ble det totalt utbetalt 1,63 milliarder kroner i refusjoner til pasienter over 21 år (refusjon til kjeveortopedisk behandling unntatt). Gjennomsnittlig utbetalte refusjonsbeløp var 3 384 kroner, men omtrent 50 prosent av pasientene mottok under 1 500 kroner i refusjon. Det fremgår av rapporten at omfanget av tannhelserefusjoner varierer i ulike aldersgrupper. Andelen voksne over 21 år som mottar refusjoner fra folketrygden, øker med alder fram til om lag 80 år, før den faller i den eldste aldersgruppen (80 år og eldre). De fleste refusjonsmottakerne, 63 prosent, er over 50 år. Ulikt behandlingsbehov i ulike aldersgrupper er en viktig årsak til dette.

Rapporten fra Statistisk sentralbyrå viser også at det finnes sosioøkonomiske og regionale forskjeller mellom mottakerne av tannhelserefusjoner. Andelen som mottar tannhelserefusjoner er høyere blant stønadsmottakere og blant personer med lav utdanning enn i resten av befolkningen. I tillegg er andelen mottakere høyere blant personer som bor i mer sentrale strøk, noe som kan tyde på at tannlegetjenesten har betydning for mottak av refusjoner. I perioden 2014–2016 har andelen mottakere økt, samtidig som de gjennomsnittlig utbetalte beløpene har gått ned.

Siden det ikke finnes opplysninger om tannhelsetilstand, bruken av tannlegetjenester og udekket behov for tannhelsetjenester, er det heller ikke mulig å vurdere om andelen som mottok refusjoner i ulike sosioøkonomiske og regionale grupper samsvarer med det faktiske behovet i gruppene. Høyere gjennomsnittlige refusjonsutbetalinger per person i grupper med lav sosioøkonomisk status og blant personer som bor i mindre sentrale strøk, indikerer likevel at behovet for behandling er høyere i disse gruppene enn i resten av den voksne befolkningen.

8.3.5 **Bruk av hjemmebaserte tjenester og institusjonsbaserte tjenester**

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten dekker hele livsløpet og skal tilby helse- og omsorgs-

³ Gruppe A – barn og unge 0–18 år, gruppe B – psykisk utviklingshemmede, gruppe C – grupper av eldre, langtids-syke og uføre i institusjon (C1) og hjemmesykepleie (C2), gruppe D – ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret og gruppe E – andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere. Se kapittel 7.2.3 for mer informasjon om gruppene som har rett etter tannhelsetjenesteloven.

tjenester til brukere og pasienter i alle aldersgrupper med svært ulike behov og et mangfold av diagnoser, funksjonsnedsettelse og utfordringer. Blant tjenestene finnes alt fra tildeling av for eksempel trygghetsalarm til hjemmeboende via hjemmebaserte tjenester til langtidsopphold på sykehjem.

Tilgangen til og tilbud om helse- og omsorgstjenester bygger hovedsakelig på en konkret vurdering av den enkelte brukers behov og funksjonsnivå. Brukere av hjemmebaserte tjenester har ofte et bredt spekter av helseutfordringer og behov. Det gjelder personer som har utviklings- og/eller funksjonshemming, kognitiv svikt, psykiske lidelser og/eller rusproblematikk, nevrologiske sykdommer, multisykdom hos eldre og personer med alvorlig somatisk sykdom, inkludert de med omfattende behov for lindrende behandling. Felles for svært mange brukere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er at de har nedsatt funksjon, og at tiltakene i varierende grad krever habilitering og rehabilitering.

Svært mange tjenestemottakere mottar flere enn én tjeneste i løpet av ett år. Det kan være flere forskjellige tjenester, samme type tjeneste flere ganger i løpet av året med avbrudd i mellom, eller kombinasjoner av dette. Hovedsakelig kan vi skille mellom tjenester som ytes i hjemmet, og tjenester i institusjon. Med hjemmebaserte tjenester menes tjenester som ytes i hjemmet, eller tjenester som gis i brukerens omgivelser. Institusjonsbaserte tjenester er enten avlastning/rehabiliteringsopphold eller langtidsopphold i institusjon, som for eksempel sykehjem.

Undersøkelser viser at mange som mottar helse- og omsorgstjenester, ønsker å bo hjemme så lenge som mulig. Dette avspeiles i en dreining i tjenestetilbudet de siste årene, hvor vi ser en økt vekt på tjenestetilbudet utenfor institusjon. I 2016 var det i overkant av 278 000 personer som mottok kommunale omsorgstjenester. Av disse hadde nær 42 000 personer opphold i institusjon, og om lag 186 000 personer mottok hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand i eget hjem (Statistisk sentralbyrå). Kostra-tall viser at det er store forskjeller mellom kommunene i hvilke tjenester man tilbyr. ASSS (aggregerte styringsdata for samarbeidende storkommuner) er et samarbeid mellom de ti største kommunene. Statistikk for disse kommunene fra 2016 viser for eksempel at andelen mennesker 80 år og eldre som får tjenester i institusjon eller bolig med heldøgns bemaning, varierer fra 13 til 25 prosent med et gjennomsnitt på 18 prosent. Når det gjelder hjemmebaserte tjenester for samme gruppe, varierer tal-

lene fra 25 til 34 prosent med et gjennomsnitt på 29 prosent. Dette gir en indikasjon på at kommunene prioriterer forskjellig når det gjelder hvilke tjenester som tilbys.

I perioden 2009–2016 har helsetjenester i hjemmet hatt en vekst i antall mottaker på 18 prosent. I samme periode har antallet mottakere av praktisk bistand gått ned med 9 prosent. Når det gjelder døgnbaserte tjenester, har det vært relativt stor vekst i antall mottakere av tidsbegrenset opphold med 21 prosent, mens det har vært en reduksjon på 3 prosent i mottakere av langtidsopphold (Helsedirektoratet 2018a).

I tillegg til en dreining i tjenestetilbudet ser vi også en endring de siste årene når det gjelder mottakere av tjenester innenfor ulike aldersgrupper. I løpet av de siste 20 årene har det vært en tredobling av antall mottakere av omsorgstjenester under 67 år. Mer enn hver tredje mottaker er nå under 67 år. Økningen kan tilskrives statlige reformer og endringer i oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunale tjenester, som har kommet i kjølvannet av reformen for mennesker med utviklingshemming, opptrappingsplanen for psykisk helse og samhandlingsreformen.

Aldersgruppen 67–79 år utgjorde 20 prosent av mottakerne av helse- og omsorgstjenester i 2016. Samtidig viser tall at det har vært en nedgang i antallet mottakere per 1 000 innbyggere i denne aldersgruppen. Nedgangen kommer særlig for mottakere av praktisk bistand, men også nivået på mottakere av helsetjenester i hjemmet og langtidsopphold i institusjon har falt for denne aldersgruppen i perioden. Antall mottakere av tidsbegrenset opphold i institusjon har økt svakt (Helsedirektoratet 2018a).

Det kan være flere årsaker til at dekningsraten av kommunale helse- og omsorgstjenester går ned for aldersgruppen 67–79 år. Noe dreier seg om økt levealder, bedre helse og aktiv alderdom. Det er også mulig at det er utfordrende for kommunene å opprettholde tilbudet av tjenester, samtidig som kommunene opplever økt etterspørsel som følge av de demografiske endringene. Særlig i de største byene øker folketallet i denne aldersgruppen som konsekvens av innenlands flytting, innvandring og aldring.

Aldersgruppen 80 år og eldre er en stor målgruppe for mange av helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Tall fra Samdata kommune⁴ viser imidlertid at denne aldersgruppen står for en sta-

⁴ Samdata kommune inneholder statistikk som beskriver utvikling og variasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester.

dig mindre del av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I 2009 utgjorde innbyggere som er 80 år og eldre, 45 prosent av den totale brukermassen, mens den stod for 41 prosent i

2016. Nedgangen i antall mottakere henger sammen med at befolkningsveksten i denne aldersgruppen har vært mindre enn i andre aldersgrupper (Helsedirektoratet 2017a).

Kapittel 9

Utviklingstrekk

Flere drivkrefter vil medføre at presset på ressursene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil tilta i årene fremover. Levealderen øker. Eldre benytter i større grad helse- og omsorgstjenester. Samtidig vil lavere vekst i skatteinntangen som følge av aldringen av befolkningen og lavere vekst i innføring av oljeinntektene redusere muligheten for å finansiere den ventede veksten i offentlige utgifter. Hvor sterk effekten av aldring på offentlige budsjetter blir, avhenger blant annet av i hvor stor grad den økte levealderen slår ut i flere friske år (Meld. St. 29 (2016–2017) *Perspektivmeldingen 2017*).

Befolkningens helse og sosiale forskjeller i helse påvirkes av velferdsutviklingen og forskjeller i levekår. Gjennom en godt utviklet helse- og omsorgstjeneste har vi gjennom tiår hatt en positiv utvikling i befolkningens helse. Men i et historisk perspektiv er det utviklingen i andre sektorer som har hatt den største betydningen for utviklingen av den gode helsen i befolkningen. Utvikling i helse er nært knyttet til oppvekstvilkår og de forholdene vi lever under. Samtidig er det en forutsetning for videre økonomisk vekst at helsetilstanden er god og at befolkningen er arbeidsfør.

Gjennomsnittlig levealder øker, og blant de eldste eldre vil det være flere med behov for helse- og omsorgstjenester. I tillegg til økt levealder og flere eldre i befolkningen vil det være flere brukere i alle aldersgrupper som har behov for sammensatte tjenester, og flere som lever lenger med kroniske lidelser. Dette stiller andre krav til kompetanse hos de som jobber i helse- og omsorgstjenesten, samtidig som flere brukere vil ha behov for flere tjenester over tid.

Videre vil befolkningsveksten komme i byer og større kommuner som fra før har en relativt ung befolkning, mens mange kommuner som i dag har en høy andel eldre, vil få en befolkningsnedgang. Eldres andel av befolkningen vil med andre ord bli høyest i distriktene, samtidig som (den unge) arbeidskraften flytter til/forblir i byene (Statistisk sentralbyrå 2017b).

Den medisinske utviklingen fører til at en større del av behandlingen i spesialisthelsetjenesten vil skje poliklinisk, og at kommunene vil få et stadig større ansvar for pasientene før, under og etter slik behandling. Eksempelvis kan nevnes hjemmedialyse av nyrepasienter. Det skjer med andre ord en gradvis endring i oppgavene som kommunene må ivareta, både med hensyn til bredde og kompleksitet. Nye behandlingsmetoder gir pasienter og brukere mulighet for å leve lenger med sykdom, noe som krever en mer langvarig og tettere oppfølging fra alle deler av helse- og omsorgstjenesten. I tillegg øker pasientene, brukerne og pårørendes forventninger til tjenestene.

Nedenfor beskrives noen av de mest sentrale utfordringene som den kommunale helse- og omsorgstjenesten møter i dag, og som vil øke i årene fremover.

9.1 Et endret sykdomsbilde

Mens man tidligere døde av smittsomme sykdommer, skyldes den største andelen av tidlig død og tapte leveår i dag, ikke-smittsomme sykdommer som hjerte- og karsykdommer, kroniske lunge- sykdommer og kreft.

Veksten i andelen eldre innebærer en vekst i aldersrelaterte lidelser, deriblant ulike typer demenssykdom og hjerneslag. Norge har en dokumentert økning i kreftsykdommer, men med forbedret behandling lever stadig flere med sin kreftsykdom (se kapittel 8.1 om sykdomsbyrden i Norge).

Det skjer også endringer i befolkningens helsetilstand som følge av endringer i livsstil. Endringene i livsstil har ført til bedre helsetilstand, men de siste tiårene har det vært en økning i fedme og sykkelig overvekt som påvirker helsetilstanden negativt. Det er blant annet registrert økende forekomst av diabetes og belastningsslidelser.

Andelen i befolkningen med en annen etnisk bakgrunn er økende, og ved inngangen til 2018 utgjorde innvandrere 14 prosent av befolkningen (Statistisk sentralbyrå). Disse kan ha et annet sykdomsbilde, blant annet som følge av kulturelle forskjeller knyttet til livsstil og kosthold. For eksempel er forekomsten av type 2-diabetes høyere hos kvinner fra det indiske subkontinentet. Kariesforekomsten hos barn og unge er betydelig redusert de siste årene, men flere undersøkelser viser at forekomsten av hull i melketennene er høyere hos enkelte grupper av innvandrerbarn enn hos etnisk norske barn (Nasjonal strategi for innvandreres helse 2013–2017).

Migrasjon fører også til fysiske og psykososiale endringer i livssituasjonen som kan ha betydning for helsetilstanden. I rapporten *Psykisk helse i et flerkulturelt samfunn* fra 2007 retter Rådet for psykisk helse søkelyset mot psykisk helse i innvandrerbefolkningen i Norge. I rapporten pekes det på at mennesker med minoritetsbakgrunn er mer utsatte for psykiske problemer og psykisk sykdom enn befolkningen for øvrig. Rapporten viser til strukturelle forhold i samfunnet og i helse- og omsorgstjenesten som fører til at innvandrere har dårligere muligheter for å få hjelp og behandling. Slike forhold kan for eksempel være manglende tilpasning og varierende tilgang til tjenester, samt varierende bruk av tolk.

Innvandrerbefolkningen kan oppleve ulike barrierer når det gjelder bruk av helsetjenester, for eksempel:

- Informasjon om hvordan helse- og omsorgstjenestene er organisert er sjelden tilgjengelig på andre språk enn norsk og engelsk. Det fører til manglende kunnskap om tjenestene og hvilke rettigheter man har. Slik kunnskap er en viktig forutsetning for å kunne nyttiggjøre seg de tilbudene som finnes (Straiton 2017).
- Språkbarrierer og andre kommunikasjonsproblemer kan skape misforståelser og få alvorlige følger for diagnostisering, behandling og rehabilitering.
- Fastlegen kan mangle kunnskap og kompetanse om vanlige helseutfordringer i innvandrerbefolkningen (Hjørleifsson, Hammer og Diaz 2018).

I Folkehelseinstituttets rapport *Psykisk helse i Norge fra 2018* fremgår det at forekomsten av psykiske lidelser er stabil hos voksne, mens det kan være grunn til å anta at forekomsten av alkoholrelaterte lidelser øker i omfang. Blant barn og unge er det en økning i andelen unge jenter som rapporterer et høyt nivå av psykiske plager, og som oppsøker

helsetjenesten for disse plagene. Folkehelseinstituttet peker på at det ikke foreligger godt nok datagrunnlag for å si noe sikkert om årsakene til den observerte økningen, og om det har funnet sted en økning i omfanget av psykiske lidelser blant unge jenter. Rapporten viser at psykiske lidelser og lidelser knyttet til bruk av rusmidler er utbredt i befolkningen, og at de bidrar til betydelig helsetap. Det er grunn til å tro at større åpenhet bidrar til at flere søker hjelp, men det er noe usikkerhet om det totale omfanget øker (se kapittel 8.1 om sykdomsbyrde).

9.2 Flere eldre og flere med behov for sammensatte tjenester

I løpet av de siste hundre årene har det vært en svært positiv utvikling når det gjelder levealder for hele befolkningen. Flere lever lenger og flere eldre lever gode liv med god helse. Fra 2009 til 2016 har befolkningen økt med 8 prosent, mens antall innbyggere i aldersgruppen 67–79 år har økt med 35 prosent. Befolkningen som er 80 år og eldre har vært stabil i samme periode (Statistisk sentralbyrå). Befolkningsframskrivninger viser at antallet personer over 67 år nesten vil fordobles fra 2000 til 2050. Antallet personer over 80 år og eldre kan komme til å øke fra 190 000 i 2000 til i overkant av 350 000 i 2030 og i overkant av 590 000 i 2050 (Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet*).

Den demografiske utviklingen tilsier at antallet mottakere av helse- og omsorgstjenester vil øke i tiden fremover. Behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester øker med økende alder og vil bli større når en større andel av aldersgruppen 67–79 år oppnår å bli 80 år og eldre.

I tillegg til at vi får flere av de eldste eldre i befolkningen, vil også antallet med behov for sammensatte tjenester øke, og antallet som lever lenger med kroniske lidelser vil øke. Personer med sammensatte behov og kroniske tilstander finnes i alle aldersgrupper, og de kan ha et bredt spekter av utfordringer. Utfordringene vil blant annet kreve tverrfaglig oppfølging fra kommunene over tid, der flere sektorer er involvert.

Utviklingen i befolkningen stiller dermed andre og økte krav til kapasitet i tjenestene og til kompetanse hos de som jobber i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Kompetansen dreier seg både om mer avansert klinisk kompetanse, krav til bruk av teknologiske løsninger samt om samhandlingskompetanse.

9.3 Geografiske variasjoner

Alderssammensetningen i befolkningen varierer med kommunestørrelse. I de minste kommunene utgjør eldre over 67 år opp mot 20 prosent av befolkningen, mens i de største kommunene utgjør denne aldersgruppen om lag 12 prosent (Omsorg 2020 årsrapport 2017).

Befolkningsveksten og det økende antallet eldre er ikke geografisk likt fordelt. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at det foregår en sentralisering. Mens de mest sentrale kommunene opplever økt tilflytting, er det økende fraflytting i de minst sentrale kommunene. Sterkest er veksten i byer og i større kommuner som fra før har en ung befolkning. Konsekvensen er at de eldre aldersgruppene vil utgjøre en relativt større andel av distriktsbefolkningen i fremtiden.

Omsorg 2020-rapporten viser at befolkningsutviklingen vil være svært ulik i kommunene fram mot 2040. Små kommuner i innlandet og Nord-Norge vil møte betydelig større utfordringer enn de større tilflyttingskommunene. Det vil blant annet medføre at det vil være mer krevende å rekruttere nok folk til å jobbe i eldreomsorgen i årene som kommer (Omsorg 2020 årsrapport 2017).

Eldrehelsetilslaget for Norge (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) 2017), viser at den demografiske utviklingen vil slå ulikt inn i opptaksområdene for sykehusene. Den relativt sett kraftigste økningen i antall eldre (75 år og eldre) vil skje i Oslo, Stavanger og Akershus med en økning på henholdsvis 133 prosent, 131 prosent og 126 prosent. Samtidig vil opptaksområdene til sykehusene på Helgeland, i Førde og i Innlandet få en økning i antall eldre på rundt 15 prosent.

Kommuner med en aldrende befolkning vil også ha en mindre del av befolkningen som er yrkesaktiv. Dette kan føre til dårligere tilgang på helsepersonell. Behovet for pleie og omsorg vil øke samtidig som det blir færre til å ivareta disse behovene. Rekruttering av arbeidskraft og fagutdannet helse- og omsorgspersonell trer fram som en av de viktigste utfordringene som følge av befolkningsutviklingen (Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet*).

I noen områder av landet er det betydelige utfordringer med å opprettholde stabiliteten i allmennlegetjenesten. Utfordringene har vært størst i de tre nordligste fylkene, på Nord-Vestlandet og i enkelte innlandsområder. Per 30. juni 2017 var andelen ledige hjemler størst i Nordland med 7,6 prosent ubesatte hjemler. I Finnmark, Troms og

Sogn og Fjordane var det henholdsvis 5 prosent, 4,8 prosent og 4,7 prosent ubesatte hjemler (Prop. 1 S (2017–2018) for Helse- og omsorgsdepartementet, s. 301).

9.4 Forventninger og nye behandlingsmuligheter

I Norge har vi en omfattende offentlig finansiert helse- og omsorgstjeneste, og det er stor tillit til det offentlige tjenestetilbudet.

Med økende velferd øker også forventningene til velferdstilbudene fra brukere og pårørende. Det er en forventning om flere tjenester, om et høyere nivå på tjenestene, at tjenestene er mer individuelt tilpasset, og at den enkelte bruker skal ha større valgfrihet og mulighet til å påvirke tjenestetilbudet. Økte forventninger skaper et press på tjenesten.

Nye behandlingsmuligheter bidrar til at flere lever lenger med sykdom. Ny teknologi og nye behandlingsmetoder åpner for at mer behandling og oppfølging kan skje i den enkeltes hjem. Dette bidrar til å øke forventningene om at kommunen kan tilrettelegge for at pasienter eller brukere med komplekse, sjeldne og ofte sammensatte lidelser kan motta behandling og oppfølging i eget hjem. Slike tilrettelagte tilbud i hjemmet vil ofte kunne kreve mye ressurser fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og det vil også være vanskelig for kommunene å imøtekomme alle forventningene som stilles. På den andre siden kan bruk av velferdsteknologi og digitale løsninger frigjøre ressurser slik at de nye utfordringene kan imøtekommes.

I tillegg til økte forventninger fra brukere/pasienter og pårørende til hva tjenesten skal tilby, er det også ønsket politikk at mer av tjenestene skal tilbys på laveste effektive omsorgsnivå/tjenestenivå (LEON-prinsippet).

Kommunene har, i tråd med samhandlingsreformens intensjoner, fått en viktigere rolle i å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen (St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen*). Det er et mål at mer av behandlingen og oppfølgingen av den enkelte pasient/bruker skal skje nær den enkeltes hjem og hverdag, og ofte i samhandling med familie/pårørende. Arbeidsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene er endret som følge av dette. Personer som før bodde i statlig finansierte institusjoner, ivaretas nå i all hovedsak av kommunene. Dette er et resultat av blant annet HVPU-reformen (Helse-

vernet for psykisk utviklingshemmede) fra 1991, ønsket omstilling innen psykisk helsevern og en kraftig reduksjon i liggetider i spesialisthelsetjenesten som følge av nye behandlingsmetoder.

Kommunene har videre fått større ansvar for spesialiserte medisinskfaglige oppgaver knyttet til for eksempel smertelindring, rehabilitering, habilitering og oppfølging samt viderebehandling etter sykehusopphold.

Den offentlige tannhelsetjenesten har fått ansvar for nye ressurskrevende grupper, blant annet rusmiddelavhengige og tortur- og voldsutsatte og personer med odontofobi som trenger et tilrettelagt tannhelsetilbud hos tannlege-/psykologteam. Videre har barn og unge med kroniske sykdommer og funksjonshemminger og personer som har overlevd alvorlig sykdom, i mange tilfeller sammensatte problemer som krever mye ressurser og tverrfaglig samarbeid.

Kommunen opplever også en økning av hjemmeboende og sykehjemsbeboere med mer komplekse tilstander som krever differensierte og ressurskrevende tilbud. Denne økningen i flere pleietrengende eldre stiller også økte krav til den offentlige tannhelsetjenesten. Av innbyggerne på fastlegens liste, har over 20 prosent to eller flere kroniske sykdommer. I helse- og omsorgstjenesten er over 90 prosent multisyke. Multisyke har i gjennomsnitt 4–5 lidelser (Grimsmo 2018).

Kompleksiteten og bredden i de oppgavene kommunene i dag skal ivareta, krever godt koordinerte tjenester og samarbeid på tvers av sektorer, tjenester og profesjoner. Utviklingen stiller økte krav til både kapasitet og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Videre stiller utviklingen krav til mer samarbeid og utvikling av tjenestene.

9.5 Digitale løsninger

Helse- og omsorgssektoren står overfor helt nye muligheter når det gjelder både tjenesteutvikling og bruk av digitale tjenester. Velferdsteknologi er en del av hverdagen i kommunene. Eksempler på teknologiske løsninger er komfyrvakter, fallsensorer, GPS-sporingssystem, trykksalarmer og apper som minner brukerne om spisetider. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk

støtte til pårørende og bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet i tjenestetilbudet. Slike digitale løsninger kan bidra til å styrke den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og nedsatt funksjonsevne og helse- og omsorgstjenestens samlede ressurser kan utnyttes på en bedre måte.

Det samles i dag inn mye data og informasjon om innbyggerne, men dagens digitale løsninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten tilrettelegger ikke for å utnytte disse dataene til kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring, prioritering og forskning. Det er mange grunner til det. Blant annet holder ikke dataene god nok kvalitet, og det er få muligheter til å sammenlikne virksomhetsdata med nasjonale data. Det er krevende å få et riktig bilde av tjenestens kvalitet og ytelse, og det er vanskelig for virksomhetsledere og helse- og omsorgspersonell å følge utviklingen og iverksette tiltak som kan heve kvaliteten i tjenesten, samt måle effekt av behandlingsmetoder.

Helse- og omsorgssektoren har gjennom flere år gjort en betydelig innsats med å ta i bruk informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) for helse- og omsorgspersonell, pasienter, brukere og befolkningen generelt. Målet er blant annet at digitale tjenester på nett skal gjøre kontakten med helse- og omsorgstjenesten enklere. Det er også et mål å få til god informasjonsflyt mellom tjenesteområdene, for å sikre helhet og kvalitet i tjenestene som tilbys (Meld. St. 9 (2012–2013) *En innbygger – én journal*).

Dagens digitale løsninger støtter i for liten grad at nødvendige helseopplysninger skal følge pasienten gjennom hele pasientforløpet. En grunn til dette er at helse- og omsorgssektoren består av mange selvstendige virksomheter som selv har ansvar for prioriteringer, anskaffelser og drift av egne systemer. Dette har resultert i mange enkeltstående, ulike løsninger. Ny teknologi vil muliggjøre vesentlig mer avanserte støttesystemer for gode beslutninger. Tilgang til data er av avgjørende betydning for å utvikle gode beslutningsstøttesystemer for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i den offentlige tannhelsetjenesten.

Del II
Prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten

Kapittel 10

Hva skiller prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fra spesialisthelsetjenesten?

I mandatet bes utvalget om å beskrive de viktigste forskjellene og likhetene mellom prioriteringsutfordringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

Verdigrunnet og de rettslige kravene for utøvelse av tjenestene er i all hovedsak gjennomgående for hele helse- og omsorgstjenesten (se kapittel 3 og kapittel 7). Tjenestene har videre til felles at beslutningstakere både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ofte må ta vanskelige beslutninger 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.

Ulikhetene mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten knytter seg både til innholdet i tjenestene, styringslinjene og til finansieringssystemet. I kapittel 6 ble det redegjort for kommunens rammer for organisering og finansiering av helse- og omsorgstjenestene. Kort oppsummert kan det sies at mens styringen av spesialisthelsetjenesten skjer gjennom statens eierstyring av de regionale helseforetakene, er det kommunene selv som innenfor gitte rammer har ansvaret for å dekke befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester. Kommunene er ikke en del av den hierarkisk oppbygde statsforvaltningen. Staten har dermed ingen instruksjonsmyndighet over kommunesektoren, og den må derfor styres på andre måter. Finansieringssystemene skiller seg fra hverandre ved at Stortinget fastlegger de økonomiske sektorrammene for spesialisthelsetjenesten, mens helse- og omsorgstjenesten ikke har et statlig bestemt sektorbudsjett. De samlede rammene for kommuneøkonomien er langt på vei vedtatt av Stortinget.

Videre skiller den kommunale helse- og omsorgstjenesten seg fra spesialisthelsetjenesten ved hvordan pasienten/brukeren får tilgang til tje-

nester. Inngangen til spesialisthelsetjenesten går vanligvis gjennom en henvisning fra en lege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten til spesialisthelsetjenesten. Med andre ord er det allerede gjort en første vurdering før spesialisthelsetjenesten vurderer hvem som skal motta helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten foretas det i mange tilfeller ikke en tilsvarende vurdering i møte med tjenesten. Alle kan fritt oppsøke fastlegen sin, og alle barn og familier kalles inn til konsultasjoner i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og i den offentlige tannhelsetjenesten. Konsekvensen av dette er at de kommunale tjenestene må ha kapasitet til å håndtere første kontakter som, i en del tilfeller, ikke kan begrunnes i et reelt behov for tjenester. For denne typen aktivitet vil avvisning på grunnlag av prioriteringskriteriene ikke være aktuelt. Utvalget diskuterer dette nærmere i kapittel 15.

For andre kommunale tjenester vil det være mer naturlig å anvende prioriteringskriteriene i tildeling av tjenester. I omsorgstjenesten vil det i mange tilfeller skje en prioritering ved at det gjøres en vurdering av brukerens behov og funksjonsnivå før vedtak om tiltak fattes.

Ikke minst skiller den kommunale helse- og omsorgstjenesten seg fra spesialisthelsetjenesten ved at behandling, oppfølging og rehabilitering i mange tilfeller skjer nærmere den enkeltes hjem og i tettere samhandling med familie/pårørende og øvrig nettverk. I mange tilfeller supplerer pårørende og helse- og omsorgspersonell hverandre i oppfølgingen av pasienten/brukeren, og pårørende er derfor viktige aktører i prioriteringssituasjoner (se kapittel 17.2.4 om pårørendes rolle).

Etter utvalgets vurdering er det tre viktige forskjeller som vil ha betydning for innretning og anvendelse av prioriteringskriteriene. For det første skiller nivåene seg fra hverandre ved at kommunen har et bredt samfunnsoppdrag som også omfatter andre sektorer enn helse- og omsorgs-

sektoren, og som kommunens ledelse må ta hensyn til når det skal fattes beslutninger om ressursfordeling. For det andre har tjenestenivåene til dels ulike faglige målsettinger. For det tredje skiller nivåene seg fra hverandre ved at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten i langt større grad enn i spesialisthelsetjenesten mangler forskning på tiltak som iverksettes. I dette kapitlet vil utvalget særlig se nærmere på disse tre forskjellene.

10.1 Kommunens brede samfunnsoppdrag

Kommunesektoren har ansvar for et bredt spekter av velferdsoppgaver som fremgår av ulike lovverk, som for eksempel opplæringslova, barnevernloven, barnehageloven og sosialtjenesteloven, i tillegg til helse- og omsorgstjenesteloven. Kommunene kan også fritt påta seg oppgaver som ikke er tillagt andre forvaltningsorganer. Den største andelen av kommunenes ressursbruk og sysselsetting er innen barnehage, skole og helse- og omsorgstjenester. Både i daglig drift og i planlegging og dimensjonering av tjenestetilbudet vil kommunen måtte vurdere og prioritere ressursbruk på tvers av tjenesteområdene. Økt ressursbruk i én sektor innebærer mindre i en annen. Mens spesialisthelsetjenestens primære utfordring er å prioritere *innen* helsetjenesten vil kommunene både måtte prioritere *mellom* tjenesteområder og *innen* de enkelte områdene.

I denne to-trinns prosessen må kommunene ta hensyn til at innsats og tiltak i én sektor vil kunne ha effekter i en annen sektor. For eksempel kan strøing av fortau medføre færre fall hos eldre og dermed besparelser både i spesialisthelsetjenesten og i helse- og omsorgstjenesten. Tilsvarende kan økt innsats i skolehelsetjenesten bidra til mindre mobbing, bedre trivsel og mindre frafall i skolen.

For beslutningstakere i kommunen betyr dette at man ikke kan betrakte prioriteringsbeslutninger innen helse- og omsorgssektoren isolert fra beslutninger som angår fordelingen mellom helse- og omsorgssektoren og de andre sektorene i kommunen. Det betyr også at man, i motsetning til i spesialisthelsetjenesten, ikke ensidig kan se på effekten av tiltak på det tjenesteområdet tiltaket skjer innenfor. Når kommunene skal vurdere hvilke tiltak som skal igangsettes, vil det i mange tilfeller være naturlig at man også vurderer konsekvenser av tiltakene for andre sektorer.

10.2 Helse- og omsorgstjenestens faglige målsettinger

10.2.1 Mestring

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten har på flere områder ulike faglige målsettinger. Spesialisthelsetjenesten har i stor grad oppmerksomheten på én avgrenset problemstilling eller én enkelt diagnose. Den kommunale tjenesten vil ofte måtte forholde seg til flere problemer eller diagnoser av gangen, og i større grad ha som mål at pasienten/brukeren settes i stand til å mestre sin tilstand. 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. De vil dermed ivareta et bredere sett av behov hos pasientene/brukerne enn hva tilfellet er i spesialisthelsetjenesten.

Pasienter og brukere av den kommunale helse- og omsorgstjenesten har ofte langvarige og sammensatte behov. Dette krever godt koordinerte tjenester og samarbeid på tvers av sektorer, tjenester og profesjoner. Flere store pasientgrupper har et forløp som kjennetegnes av en første behandling i spesialisthelsetjenesten, og en videre oppfølging i kommunene. Det gjelder for eksempel pasienter med hoftebrudd og pasienter med hjerneslag. For begge disse gruppene tilbyr spesialisthelsetjenesten strukturerte og avgrensede behandlingsopplegg før pasienten skrives ut til videre oppfølging i kommunene. I denne oppfølgingen må kommunen forholde seg til pasientens hjemmesituasjon, sosiale situasjon samt kognitive og fysiske funksjonsnivå. Kommunen vektlegger konsekvensene og utfordringene av sykdommen eller tilstanden like mye som sykdommen i seg selv (Førland 2018).

Forskjellene i faglige mål og rammer mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten er vist i tabell 10.1 (Grimsmo 2018).

Som nevnt i kapittel 9 om utviklingstrekk, har over 20 prosent av fastlegens pasienter to eller flere kroniske sykdommer. Disse står for over 50 prosent av konsultasjonene hos fastlegen. I helse- og omsorgssektoren har over 90 prosent flere sykdommer samtidig, i gjennomsnitt 4–5 lidelser.

Grimsmo viser i en artikkel at det ikke bare dreier seg om en medisinsk kompleksitet for denne pasientgruppen, men at også hjemmesituasjonen kan kreve tilrettelegging for tiltak som gjør at man kan bo hjemme så lenge som mulig. «Det handler

Tabell 10.1 Forskjellene i faglige mål og rammer mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten

	Spesialisthelsetjenesten	Den kommunale helse- og omsorgstjenesten
<i>Helseproblemer</i>	Ett problem, ev. fokus på ett om gangen	Gjerne flere parallelt, hele spekteret diagnoser/problemer
<i>Behandling</i>	Diagnoseorientert og med avansert teknologi	ADL-orientert tilrettelegging, og pasienten deltar mye selv
<i>Beslutninger</i>	Tas gjerne i møter med flere og med høy lojalitet til faglige retningslinjer	Tas av helsepersonell alene eller av få, med vekt på pasientpreferanser
<i>Planlegging</i>	Kortsiktig – til og med utskrivning. Ofte med store endringer. Høyt tempo	Langsiktig – mot resten av livet. Lite/langsom endring
<i>Forholdet pasient - helsepersonell</i>	Sjelden og i korte perioder. Mange involverte. Svak pasientrolle	Kontinuerlig over mange år, personlig og omfattende. Sterk pasientrolle
<i>Samarbeid med andre</i>	Mest med kommunehelsetjenesten, sporadisk med pårørende	Med mange, også utenfor helsetjenesten, tett med eventuelle pårørende

Kilde: Grimsmo 2018

med andre ord om en dobbel kompleksitet, og den største utfordringen i primærhelsetjenesten er at det knapt finnes kunnskapsbaserte faglige retningslinjer hverken for medisinsk behandling eller for funksjonell og sosial tilrettelegging for personer med multisykdom» (Grimsmo 2018, s. 103).

Utvalget vil derfor peke på *mestring* som et fremtredende aspekt ved den faglige målsettingen for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For store grupper vil tiltak utformes og rettes inn mot at pasienten/brukeren skal kunne mestre hverdagen til tross for sykdom og/eller smerter.

10.2.2 Forebygging og helsefremming

Alle de kommunale helse- og omsorgstjenestene har i oppgave å drive forebyggende og helsefremmende arbeid. Tilsvarende gjelder for den offentlige tannhelsetjenesten. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et eksempel på en tjeneste hvor forebygging er et vesentlig aspekt ved tjenestens innhold og faglige målsetting. Målsettingen til helsestasjons- og skolehelsetjenesten er, gjennom tverrfaglig samarbeid, å bidra til å skape et godt oppvekstmiljø for barn og unge gjennom tiltak for å styrke foreldrenes mestring av foreldrerollen, fremme barn og unges lærings- og utviklingsmiljø og bidra til å legge til rette for godt psykososialt og fysisk arbeidsmiljø i skolen.

Når kommunene driver forebygging, er målsettingen knyttet til flere forhold enn befolkningens helsetilstand. Effekten av forebygging vil

også komme flere steder enn i helse- og omsorgssektoren. Utvalget mener at dette må reflekteres i de prinsippene som skal ligge til grunn for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten.

10.3 Ulikt forskningsgrunnlag

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skiller seg fra spesialisthelsetjenesten ved at det for mange tiltak som iverksettes mangler forskning og systematisk dokumentasjon av effekt. Beslutninger om hvem som skal få og hva man skal få tilbud om, fattes i mange tilfeller på usikkert grunnlag (se kapittel 16).

Riktignok er det ikke slik at det finnes god dokumentasjon av effekt for alle tiltak som igangsettes i spesialisthelsetjenesten, og enkelte tiltak i spesialisthelsetjenesten vil kunne kategoriseres som utprøvende tiltak eller tiltak uten dokumentert effekt. Ofte vil disse tiltakene være gjenstand for randomiserte kontrollerte studier, med mål om å undersøke effekten av tiltaket.

Mange tiltak som iverksettes hos fastlegen, tannlegen og tannpleieren har godt dokumentert effekt. For en del andre tiltak i helse- og omsorgstjenesten vil man imidlertid ha mindre kunnskap om effekten av tiltaket. For eksempel vet man til dels lite om effekten av ulike typer intervensjoner innen psykisk helsearbeid eller effekten av dagstentertilbud for psykisk syke.

Kapittel 11

Hvem prioriterer og innenfor hvilke rammer?

Tidligere prioriteringsutvalg har valgt å lage et skille mellom prioriteringsbeslutninger på ulike nivåer, siden beslutninger på ulike nivåer skiller seg fra hverandre på vesentlige punkter. Lønning II-utvalget begrunner skillet blant annet med at beslutninger fattet på ulike nivåer ikke nødvendigvis har samme siktemål, og kan bygge på ulike avveininger. Det er for eksempel nødvendig at den som vedtar budsjetter tar helhetlige og overordnede hensyn. Samtidig vil det i konkrete behandlingssituasjoner være etisk uforvarselig å ikke legge vekt på særlige forhold hos den enkelte pasient eller bruker. Lønning II-utvalget pekte imidlertid på at beslutninger på de to nivåene ikke er uavhengige av hverandre.

I Meld. St. 34 (2015–2016) ble prinsipper for prioritering for helsetjenesten drøftet ut i fra følgende beslutningssituasjoner:

1. beslutninger på klinisk nivå
2. beslutninger på gruppenivå
3. beslutninger på administrativt nivå
4. beslutninger på politisk nivå

Beslutninger på klinisk nivå ble beskrevet som beslutninger der helsepersonell møter den enkelte pasient, og at beslutningssituasjonene typisk kjennetegnes ved at tiltaket er rettet mot enkeltindivider. Helse- og omsorgsdepartementet definerte beslutningssituasjoner på gruppenivå som beslutninger som i hovedsak fattes i nasjonale beslutningssystemer, som Beslutningsforum for nye metoder og Statens legemiddelverks vedtak om opptak av legemidler i blåreseptordningen. Administrative beslutninger om fordeling av ressurser ble beskrevet som prioriteringsbeslutninger som fattes på ulike nivåer i spesialisthelsetjenesten, den kommunale helsetjenesten og den sentrale helseforvaltningen. Politiske beslutninger om fordeling av ressurser vil særlig komme til uttrykk gjennom Stortingets budsjett- og lovvedtak, vedtak fattet av kommunestyrene og gjennom innretningen av styringsdokumenter til helseregionene.

11.1 Beslutningsnivåer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

I den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan det tilsvarende skilles mellom ulike beslutningsnivåer, og utvalget mener, i tråd med Magnussen-gruppen og Meld. St. 34 (2015–2016), at prinsipper for prioritering for den kommunale helse- og omsorgstjenesten bør drøftes ut fra følgende beslutningsnivåer:

- faglig nivå
- administrativt nivå
- politisk nivå

På de ulike nivåene vil ulike typer beslutningstaker stå overfor ulike beslutningssituasjoner som kan oppsummeres i oversikten under. Det er tatt utgangspunkt i oversikten som fremkommer av mandatet, men med enkelte justeringer.

Mens man i spesialisthelsetjenesten viser til beslutninger på klinisk nivå, anbefaler utvalget å bruke begrepet faglig nivå. Faglig nivå tar hensyn til det sammensatte behovet brukerne i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ofte har, og omfatter derfor mer enn det rent kliniske/medisinske. Alternative begreper er klinisk (jf. Meld. St. 34 (2015–2016)) eller individuelt nivå. Men ikke alle beslutninger eller tiltak retter seg mot enkeltindivider. På faglig nivå møter helse- og omsorgspersonell både den enkelte pasient/bruker og grupper av brukere (som for eksempel når helsesøster og tannpleier driver helseopplysning og veiledning for skoleklasser).

I utvalgets mandat er tildelings-/vedtakskontor lagt inn under beslutningstaker på administrativt nivå. Utvalget mener at tildeling av tjenester er faglig begrunnede beslutninger som angår enkeltindivider, og har derfor valgt å inkludere disse under diskusjonen av prioriteringer på faglig nivå. Utvalget har også valgt å erstatte begrepet helse- og sosialpersonell med begrepet helse- og omsorgspersonell.

Beslutningsnivå	Beslutningssituasjon	Beslutningstaker
Faglig nivå	Helse- og omsorgspersonells møte med pasient/bruker og grupper av brukere/pasienter/pårørende	Helse- og omsorgspersonell Brukere Pasienter Tildelings-/vedtakskontor Pårørende
Administrativt nivå	Løpende drift Budsjettprosesser Dimensjonering, tildeling/fordeling av tjenester og organisering	Rådmann Kommunale ledere Brukere
Politisk nivå	Proposisjoner, strategier, handlingsplaner og opptrappingsplaner mv. ¹ Stats- og kommunebudsjett Lovverk	Stortinget Regjeringen Kommunestyret

¹ I mandatet står «styringsdokumenter fra HOD». Utvalget har valgt å konkretisere dette.

Utvalget har valgt å tilføye pårørende under overskriften beslutningssituasjon på faglig nivå. Pårørende besitter ofte informasjon om pasient/bruker som kan være av betydning når det skal fattes vedtak eller besluttes om en behandling skal igangsettes eller avsluttes.

Administrative beslutninger er prioriteringsbeslutninger som fattes av ledere på ulike nivåer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Beslutninger kan omfatte løpende drift, fordeling av budsjettammer og ressurser, og vurdering av nye måter å levere tjenester på innen et område. Administrative beslutninger krever en faglig forståelse av tjenestenes innhold, men vil alltid ha en grupperettet tilnærming hvor man må prioritere mellom forskjellige tiltak og målgrupper.

Beslutninger fattet på nasjonalt politisk nivå vil legge rammer for prioriteringene i kommunene. Stortinget fastsetter rammebetingelser og fordele midler til helse- og omsorgstjenesten og kommunene gjennom lovvedtak og bevilgninger. Beslutningstakere på lokalt politisk nivå er politikere i kommunestyret. I kommunestyret fattes vedtak om strategiske valg og hvordan midler til de ulike sektorene i kommunen fordeles.

Beskrivelsen over tar utgangspunkt i beslutninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Inndelingen vil også være gjeldende for den offentlige tannhelsetjenesten, der tannhelsepersonell, fylkeskommunale ledere, fylkesrådmann og fylkesting vil være beslutningstakere i fylkeskommunen.

11.2 Rammer og utfordringer i prioriteringer på faglig nivå

Prioriteringsvurderinger på faglig nivå gjøres i møtet mellom helse- og omsorgspersonell og den enkelte pasient og bruker. Dette skiller seg ikke prinsipielt fra prioriteringsvurderinger som gjøres i spesialisthelsetjenesten. Beslutningene på faglig nivå handler blant annet om det skal iverksettes tiltak, og i tilfelle hvilket tiltak pasienten eller brukeren skal få tilbud om. Beslutningstakere er helse- og omsorgspersonell, i tillegg til pasienter, brukere og pårørende.

Beslutninger på faglig nivå tas i varierende grad med støtte i beslutningsstøtteverktøy, og beslutningene er i liten grad strukturerte og tas i stor grad der og da. I en artikkel av Tønnesen kan vi lese at «sykepleierne i hjemmesykepleien har et betydelig ansvar for prioriteringer av pleie- og omsorgstjenester. Samtidig finnes det ikke prioriteringsveiledere, etiske retningslinjer eller kriterier for prioritering i disse tjenestene» (Tønnesen 2014, s. 69).

Flere steder har man utviklet lokale beslutningsstøtteverktøy eller standardiserte retningslinjer/veiledere for eksempel for tildeling av sykehjemsplass. På nasjonalt nivå har Helsedirektoratet utviklet veiledere til bruk for beslutninger på klinisk nivå, for eksempel *Veileder for saksbehandling – Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8*. Videre er det utviklet *Nasjonale veiledere for henvisning til spesialisthelsetjenesten*. Veilederen gir konkrete råd til de som henviser til spesialisthelsetjenesten om hvilke opplysninger som bør stå i henvisningen.

Dette gjelder i særlig grad fastlegene (se 18.4.2 for mer om henvisningsveilederne).

Faglige beslutningsstøtteverktøy er viktig for å fremme felles forståelse og praksis. Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere er viktige verktøy for å bidra til prioriteringer i tråd med prinsippene og for å unngå uønsket variasjon.

11.2.1 Prioriteringssituasjoner på faglig nivå

I den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan det, etter utvalgets mening, skilles mellom tre typer prioriteringssituasjoner på faglig nivå:

- prioriteringsvurderinger som gjøres i møtet med pasienter og brukere med et øyeblikkelig hjelpebehov
- vurderinger av om pasient og bruker skal ha et vedtak om tildeling av kommunal helse- og omsorgstjeneste
- vurderinger i helse- og omsorgspersonells møte med pasienter og brukere

11.2.1.1 Når pasienten har behov for akutt hjelp

Når pasienten har akutt behov for hjelp, foretas det ingen formell vurdering av retten til nødvendig helsehjelp. Øyeblikkelig hjelp omfatter situasjoner der det oppstår akutt behov for undersøkelse og behandling blant annet for å gjenopprette og/eller vedlikeholde vitale funksjoner eller for å forhindre og/eller begrense alvorlig funksjonsnedsettelse som følge av skade eller sykdom.

Prioritering mellom pasienter er avgjørende ved legevakter og tannlegevakter med så stor pågang at det oppstår samtidighetskonflikt. Særlig

i byer og storbyområder og ved store interkommunale legevakter, er prioritering mellom pasienter helt avgjørende for kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten (NOU 2015: 17 *Først og fremst*).

Mange pasienter som oppsøker legevakten, har akutt behov for hjelp. Triage er et klinisk risikostyrings- og prioriteringssystem som kan brukes innen akuttmedisin for å styre pasientflyt, når behovene/etterspørselen overstiger kapasiteten.

11.2.1.2 Vurderinger av om pasient og bruker skal ha et vedtak om tildeling av kommunal helse- og omsorgstjeneste

Kommunen har ansvar for at det gjøres vurderinger av hva som er nødvendige tjenester for den enkelte pasient/bruker. Det besluttes blant annet om en pasient/bruker skal tilbys sykehjemsplass eller hjemmebaserte tjenester. Videre vurderes det om pasienten skal tilbys (re)habiliteringsopphold etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende gjøres det vurderinger om personlig assistanse og/eller praktisk bistand. Skal brukeren få og i hvilket omfang?

Mange kommuner har opprettet egne enheter for vurdering av behov og for tildeling av individuelle helse- og omsorgstjenester. Enhetene går under forskjellige navn; tildelingskontorer, bestillerkontor, inntakskontor og liknende. Det er imidlertid en trend at disse beslutningene flyttes fra slike kontorer og gjøres i et nært samarbeid mellom utøver, bruker/pårørende og beslutningstaker. Dette styrker kunnskap om hva som er beste praksis og brukermedvirkning i beslutningsprosessen, noe som erfaringsmessig gir tjenester

Boks 11.1 Eksempel på triagesystem

Triage er en prosess for å bestemme prioritering i behandlingen av pasienter basert på hvor alvorlig deres medisinske tilstand er. Dette skal

bidra til best mulig utnyttelse av ressursene som er tilgjengelige.

Hastegrad	Beskrivelse	Ventetidsmål
Rød	Livstruende	Ingen ventetid
Oransje	Haster veldig	10 minutter
Gul	Haster	60 minutter
Grønn	Vanlig prioritet	Varierende
Blå	Haster ikke	Kan få råd av sykepleier og eventuelt reise hjem/kontakte fastlege

mer i tråd med brukerne behov. Noen kommuner har utarbeidet lokale veiledere for når en bruker/pasient skal tilbys tjenester, som et verktøy for beslutningsstøtte.

Kommunene er pålagt å utarbeide lokale forskrifter om tildeling av langtidsopphold i sykehjem. I de lokale forskriftene er det også gitt kriterier for tildeling av langtidsplass i sykehjem. Det er imidlertid stor variasjon i utforming og innhold i disse forskriftene.

11.2.1.3 Vurderinger i helse- og omsorgspersonells møte med pasienter og brukere

Mange prioriteringer foretas i helse- og omsorgspersonells møte med den enkelte pasient og bruker. Vurderingene gjøres fortløpende, ofte uten tid til å drøfte og reflektere sammen med kolleger. Helse- og omsorgspersonells medisinske kunnskap og førstehåndskjennskap til pasienten/brukeren er derfor grunnleggende for å kunne gjøre gode prioriteringer. Det kan dreie seg om fastlegens vurdering av pasienten. Har pasienten behov for en henvisning til videre utredning i spesialisthelsetjenesten? Trenger pasienten en ny time for kontroll om et par uker? Vil pasienten ha nytte av en henvisning til fysioterapeut eller psykolog? Hvordan håndterer pasienten situasjonen som har oppstått? Bør pasienten legges inn i spesialisthelsetjenesten som øyeblikkelig hjelp?

Magelssen gir følgende eksempel på fastlegens prioritering: En pasient kommer med smerter som fremstår som muskulære og ber om MR. Fastlegen vurderer at det er lite sannsynlig at en MR-undersøkelse kan påvise noe som fører til en mer skreddersydd behandling, og formidler dette til pasienten. I stedet velger legen å bruke klinisk undersøkelse og skjønn i vurderingen og valg av behandling, og pasienten følges med nye kontroller (Magelssen 2018).

Tannlegen og tannpleieren gjør vurderinger i møtet med 4-åringen som er til tannhelsesjekk. Hva er forsvarlig innkallingsintervall på dette barnet? Når bør vi se til barnet neste gang?

Helse- og omsorgspersonell må også prioritere mellom pasienter og mellom brukere. Dette er krevende fordi man ofte ikke vet hvem som er nestemann i køen. Når fastlegen eller tannlegen tildeler en pasient en time samme dag, vet hun ikke om det vil komme andre som har et større behov for hennes tjenester den dagen. Beslutninger tas derfor ofte med begrenset informasjon.

Andre ganger kjenner man til begge pasientene/brukerne og må vurdere der og da hvem som skal få. En demenskoordinator i en kom-

Boks 11.2 Oppfølgingsgrupper i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Oppfølgingsgrupper er et verktøy for å kartlegge om barnet har behov for ekstra oppfølging og spesielle tiltak. Hensikten er å bidra til bedre oppfølging av barn og unge i risiko. Dette gjelder barn og unge som har psykososiale problemer, medisinske tilstander, funksjonshemming eller kronisk/langvarig sykdom. Oppfølgingsgrupper som kriteriesystem kan gi nødvendig dokumentasjon for å synliggjøre for kommunens administrasjon og politikere i hvilken grad barn og unge fra 0 til 20 år har behov for hjelpe- og støttetiltak (se IS-2700 *Veiledning i journalføring (dokumentasjon) i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*).

Ved hver konsultasjon vurderes barnet eller den unges behov for tiltak og oppfølging og de kategoriseres i oppfølgingsgruppe 0, 1, 2, 3 eller 4. Gruppe 0 er barn og unge som ikke viser tegn til avvik/sykdom/problemer. Gruppe 1 er barn og unge som har behov og risiko som tilsier tettere oppfølging av helse-søster og eventuelt helsestasjons-/skolelege. Gruppe 2 er barn og unge med symptomer eller funn som nødvendiggjør henvisning/henvendelse til annen instans for utredning/behandling. Gruppe 3 omfatter barn og unge som har sammensatte problemer og som ikke er gitt noen diagnose. Gruppe 4 omfatter barn/unge med funksjonshemming, kronisk eller langvarig sykdom og/eller er i en livssituasjon som gjør at annen instans/institusjon (sykehus/spesialistinstitusjon) har oppfølgings- og behandlingsansvaret.

mune på Østlandet forteller at hun må prioritere tiden sin mellom en pasient på 48 år med et barn på 12 år og en eldre pasient på 84 år uten nære pårørende. Hva er konsekvensen av å gi mer tid til den ene på bekostning av den andre?

På sykehjemmet må sykepleiere og helsefagarbeidere vurdere hva som skal prioriteres først; munnstell hos en pasient eller sørge for at en annen får frokost innen rimelig tid? Og i hjemme-sykepleien er tiden ofte knapp; hvem skal få først? Hvor mye tid skal man bruke på den enkelte? Hvis man bruker mye tid på en pasient/bruker, får en annen mindre tid. Hva blir konsekvensen for de som får mindre tid?

Boks 11.3 Prioriteringsverktøy i fysioterapitjenesten

Erfaringen med bruken av prioriteringsnøkler er god. Prioriteringsnøkkelen skal bidra til å sikre at pasientene får et behandlingstilbud som er i tråd med lover, forskrifter og retningslinjer. Felles rutiner for prioritering skal bidra til et

mest mulig likeverdig fysioterapitilbud til kommunens innbyggere, uavhengig av hvor de henvender seg (Peersen, Hübert, Dokmo, Lauvland og Ytrehus).

Prioritet	Problemstillinger	Maksimal ventetid
1 Rask intervensjon vurderes å ha særlig stor betydning for brukerens funksjonsnivå, lindring og livskvalitet.	Personer med kort forventet levetid/ i terminal fasen. Personer med brått funksjonstap og/eller akutte behov. Akutte overgangsfaser.	7 dager
2 Tidlig intervensjon vurderes å ha stor betydning for å sette brukeren i stand til å gjenvinne, utvikle eller opprettholde funksjonsnivå og hindre ytterligere funksjonstap.	Personer med akutt sykdom/ skade/ lidelse, der funksjon eller smertetilstand vil bli vesentlig forverret dersom iverksetting av tiltak utsettes. Ved alvorlig sykdom når tiltak er rettet mot lindring i betydelig grad, egenaktivitet eller sosial deltakelse. Personer med brått funksjonstap. Personer som er i overføringsfaser mellom Spesialisthelsetjenesten og Kommunehelsetjenesten, der tiltak må påbegynnes raskt.	14 dager
3 Intervensjon forventes å ha betydning for brukeren for å forbedre og/eller opprettholde funksjonsnivå og livskvalitet.	Personer med begynnende funksjonstap. Personer med kronisk sykdom/ funksjonsproblemer i faser med forverring. Personer i overføringsfaser der tiltak kan vente.	30 dager
4 Intervensjon ansees som hensiktsmessig for bruker, men kan vente.	Personer med funksjonsproblemer/ kronisk sykdom i stabil fase. Personer i planlagte overføringsfaser. Oppfølging er nødvendig, men kan planlegges i god tid.	90 dager

Figur 11.1 Prioriteringsnøkkel, kommunale fysioterapeuter – et eksempel fra Kristiansand kommune.

Landsgruppen av helsesøstre i Norsk sykepleierforbund beskriver typiske prioriteringssituasjoner i skolehelsetjenesten der flere elever sitter på venteværelset. Noen trenger plaster på et skrubbsår, andre trenger prevensjon og noen trenger en å snakke med. Men kanskje er det sånn at hun som kommer for et plaster på skrubbsåret egentlig trenger en å prate med om vanskelige ting hjemme eller på skolen? Vurderingene og prioriteringene gjøres fortløpende og baseres på klinisk skjønn og erfaring – hvem trenger det mest og hvem kan vente?

Oppfølgingsgrupper kan brukes for å få oversikt over barn og unges helsesituasjon og er et bidrag for kommuner til å følge opp folkehelsen.

Mange kommuner har valgt å ta i bruk standardiserte verktøy for prioriteringer (prioriteringsnøkler) ved nye henvendelser til kommunale fysioterapeuter og fysioterapeuter med driftsavtale, for eksempel Ski kommune, Lørenskog kommune¹ og Kristiansand kommune (boks 11.3).

I noen tilfeller møter helse- og omsorgspersonell grupper av pasienter og brukere. Ofte vil for eksempel en helsesøster vurdere hva som er mest hensiktsmessig; å møte enkeltelever eller å snakke om problemstillinger som angår flere, i grupper som for eksempel skoleklasser. Tilsva-

¹ Vondt å vente. Et prosjekt om ventelister hos fysioterapeut med driftsavtale. Prosjektet er organisert under FYSIO-PRIM – et forskningsprogram om muskel-skjelettlidelser og fysioterapi i primærhelsetjenesten, ledet av Universitetet i Oslo.

rende kan en fysioterapeut vurdere om det er mest hensiktsmessig med intervensjoner rettet mot enkeltpasienter, eller om man kan undervise grupper av brukere i for eksempel fallforebyggende tiltak. Her må den enkelte helsearbeider ut fra faglig skjønn og vurderinger vurdere hva som treffer best, og hvordan ressursene best kan utnyttes.

11.2.1.4 Andre prioriteringsmekanismer

Prioritering etter diagnose

Tønnessen (2014, 2016a) skriver om betydningen av pasientens diagnose når sykepleiere prioriterer på faglig nivå. Blant annet viser hun i en studie at pasienter med diagnoser som kreft, diabetes og demens har forrang når det prioriteres. Ifølge sykepleierne begrunnes prioriteringen av pasienter med kreft og diabetes ut fra hvor alvorlig sykdommen er, mens prioritering av pasienter med demens begrunnes i at demente kan være en fare for seg selv eller andre. Hensynet til pasientens diagnose innebærer derfor en avveining av hvor alvorlig konsekvensene blir om sykepleieren ikke setter i gang tiltak (Tønnessen 2014).

Sosiologen Dag Album har sett på sykdommers prestisje og funnet at sykdommer som hjerteinfarkt, hjernesvulster og leukemi (blodkreft) har høy status blant leger. I den andre enden av skalaen finner vi sykdommer som ikke kan knyttes til bestemte organer (fibromyalgi og psykiske lidelser) og spesialiteter som geriatri og hudsykdommer.

Utfordringene med disse uformelle mekanismene, er at de kan påvirke prioriteringer gjennom hvem som får helse- og omsorgspersonells tid og oppmerksomhet, søkning på stillinger, prioritering i budsjettprosesser, ressursallokering, midler til forskning og utvikling samt oppmerksomhet i media og interesse fra myndighetene.

Pasienter og brukere som ikke selv oppsøker tjenestene

Noen pasienter oppsøker ikke selv tjenesten, til tross for at de ville hatt stor nytte av helse- og omsorgstjenester. Eksempler er psykisk syke og ruspasienter. Et annet eksempel er pasienter med kognitiv svikt som ikke oppsøker tjenesten på grunn av manglende sykdomsinnsikt. Dette handler til en viss grad om hvordan tjenestene er innrettet. Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste beskriver* utfordringene med tjenester som er for lite aktive overfor pasienter og brukere med store og sammensatte behov.

Boks 11.4 Stort behov – høy terskel

Naser er nyankommet flyktning fra Syria i en liten norsk kommune. Han bor alene og kjenner få mennesker. Naser er plaget av tilbakevendende mareritt, flash backs og konsentrasjonsvansker. På grunn av psykiske plager har han sluttet på norskkurs og sitter mye hjemme. Fastlegen synes det er vanskelig å hjelpe ham og har henvist ham til samtale med psykiatrisk sykepleier i kommunen og til distriktskykiatrisk senter (DPS). Naser får brev i posten om timeavtalen hos sykepleieren, men møter ikke opp fordi han ikke forstår brevet. Etter to innkallinger avslutter sykepleieren kontakten. Han får avslag hos DPS med begrunnelse om manglende tilbud til pasienter som ikke kan motta behandling på norsk.

Det er flere grunner til at folk ikke kontakter fastlegen, selv om de har behov for hjelp.

En lege sier det slik:

Måten fastlegetjenesten er innrettet på, er ikke egnet for pasienter med psykisk helse- og rusproblemer. Mange av disse pasientene har utfordringer med å forholde seg til strukturer, og timebestilling og oppmøte hos fastlegen blir for mange en uoverkommelig terskel.

Tall for bruk av tannhelsetjenesten viser at det også innenfor denne delen av helsetjenesten er personer som ikke oppsøker den, til tross for åpenbare behov.

Når pasienter og brukere ikke oppsøker tjenestene, innebærer det at det kan være brukere/pasienter som har udekkede behov for tjenester/tiltak og som ville hatt stor nytte av helse- og omsorgstjenester. Dersom behovene til disse brukerne hadde vært kjent for helse- og omsorgspersonell og kommunens administrasjon, ville kommunen og det enkelte helsepersonell prioritert annerledes.

Profesjonsetikken og prioriteringer

Helse- og omsorgspersonell foretar kontinuerlig faglige beslutninger som bygger på profesjonsetikken. Det kan oppstå et dilemma mellom profesjonsetikken og kravet om å prioritere. Dette er drøftet i flere artikler.

Spørsmålene dreier seg om rollefordelingen mellom helse- og omsorgspersonell som sitter

med den enkelte pasient/bruker foran seg, og helsepolitikkerne og administratorer som må forholde seg til hva som gir mest helse per krone. Kan og bør helsepersonell kunne tillate seg å se bort fra hva som er fellesskapets beste? Legen og etikeren Morten Magelssen stiller spørsmålet: Hvordan kan en lege nedprioritere pasienten hun har foran seg, og dermed handle på en måte som ikke er til denne pasientens beste, til fordel for andre pasienter? Magelssen viser til at prioritering kan stride mot profesjonsmorske intuisjoner om at interessene til pasienten du har foran deg, må settes høyest. Men legene kan ikke fraskrive seg ansvar for å prioritere etisk rettferdig og klinisk klokt. Det å fatte gode prioriteringsbeslutninger blir snarere en sentral del av jobben deres, og det å bidra i prioritering kan i seg selv følgelig heller ikke stride mot profesjonsetikken (Magelssen 2018).

Brukermedvirkning og pårørende

Brukermedvirkning er et viktig hensyn i beslutningssituasjoner på faglig nivå. Når tjenester tildeles, skal det gjøres en helhetsvurdering av pasienten/brukeren og vedkommendes behov. Pasienter/brukere er viktige når det skal fattes beslutninger som angår dem. Pårørende inngår i denne vurderingen. Siri Tønnesen skriver om pårørendes rolle:

Sykepleierne beskriver at når de utreder hvilke tjenester pasientene skal få tilbud om, avklarer de alltid først hva pårørende kan gjøre slik at de kan minimere hjemmesykepleiens innsats. Sykepleierne sier at de er nødt til å forvente litt av pårørende, selv om *'det ikke står i noe lovverk'* (Tønnesen 2016, s. 9).

Brukermedvirkning og pårørendes rolle er nærmere omtalt i kapittel 17.

11.3 Rammer og utfordringer i prioriteringer på politisk og administrativt nivå

Politiske beslutninger kan deles inn i de som skjer på lokalt nivå (kommunestyret eller fylkestinget) og de som skjer på nasjonalt nivå (regjeringen og Stortinget). Det er kommunestyret som treffer vedtak på vegne av kommunen, med mindre annet følger av lov eller delegeringsvedtak. Politiske prioriteringer på lokalt nivå dreier seg om avgjørelser i ulike prinsipielle saker. Det kan være budsjettvedtak om fordeling av midler til helse- og

omsorgstjenesten, vedtak om lokale bemanningsnormer, valg av antall stillinger, som for eksempel hvor mange jordmødre det skal være i kommunen, eller hvilke stillingskategorier eller antall årsverk som skal reduseres ved nedbemanning. Kommuneplanen er viktig som overordnet styringsdokument når kommunene planlegger sine tjenester i årene fremover. Kommuneplanen skal være et strategisk dokument og virkemiddel for kommunens utvikling. Gjennom arbeidet med samfunnsdelen i kommuneplanen skal kommunen vektlegge viktige utfordringer knyttet til samfunnsutvikling og synliggjøre de strategiske valgene kommunen tar.

Beslutningstakerne på lokalpolitisk nivå er politikere i kommunen og fylkeskommunen.

Beslutninger på nasjonalt nivå legger rammer for handlingsrommet på lokalt nivå (se kapittel 6.1). Prioriteringer på nasjonalt politisk nivå dreier seg om budsjettvedtak om folketrygden, øremerkede tilskudd og kommunerammen gjennom Prop. 1 S (statsbudsjettet). Videre omfatter prioriteringer på politisk nivå utvikling av stortingsmeldinger, strategier og handlingsplaner samt vedtak om lover og forskrifter.

Beslutningstakere på nasjonalt politisk nivå, er politikere i regjeringen og på Stortinget. Helseministeren og eldre- og folkehelseministeren legger føringer for prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten. Politisk oppmerksomhet på et område bidrar til å løfte området fram. Kongen i statsråd fastsetter forskrifter som kan ha store konsekvenser for tilbudet til ulike pasientgrupper eller ressursfordeling.

Fordeling av midler mellom de ulike sektorene i kommunen og mellom tjenester og folkehelse tiltak er dermed både et resultat av politiske prioriteringer i kommunestyret/fylkestinget og av prioriteringer i regjeringen og på Stortinget.

Prioriteringsvurderinger på administrativt nivå i kommunesektoren omfatter fordeling av ressurser innenfor de politisk gitte rammene, beslutninger om løpende drift, fordeling av personell og budsjettmidler samt organisering og innretning av tjenestene. I tillegg vurderes det hva som er nødvendig kapasitet for å ivareta sørge for-ansvaret for helse- og omsorgstjenestene. Hvordan man innretter kapasiteten og styrer ressursene i tjenestene, kan få konsekvenser for tilgangen til og kvaliteten på tilbudet til ulike pasientgrupper.

Administrativt nivå i kommunesektoren har en viktig oppgave i å forberede beslutningsgrunnlaget for politiske vedtak om de prioriteringene politikere gjør i og mellom de ulike sektorene kommunen har ansvar for. Et godt beslutningsgrunn-

lag er viktig for å understøtte behovet for lokal tilpasning, befolkningens behov og tilgjengelige ressurser. Beslutninger på det administrative og politiske nivået i kommunen skjer i mange tilfeller i tett samarbeid.

De politisk fastsatte budsjettene og andre politiske vedtak i kommunen setter rammer for administrasjonens virksomhet. De enkelte beslutningene må gjøres innenfor de til enhver tid gjeldende finansieringssystemene og rammene som Stortinget fastsetter i de årlige budsjettene. I tillegg setter lovverket rammer for hvilke plikter kommunen til enhver tid har. Helse- og omsorgstjenestene er bare én av mange oppgaver i kommunen, og kommunens oppgaver må vurderes opp mot hverandre.

Beslutningstakere på administrativt nivå er ledere på ulike nivåer, det vil si rådmann/kommunaldirektør og ledere i helse- og omsorgssektoren i kommunen.

For de kommunale helse- og omsorgstjenestene finnes det i dag begrenset med kunnskap om effekten av tiltak. Men det foreligger flere kunnskaps- og statistikkilder som kommunene kan ta i bruk som grunnlag for beslutninger. Eksempler er folkehelseindikatorene, Kostra-statistikk og Ungdata. Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) ble lansert 5. april 2018. Innføringen vil skje gradvis, men vil på sikt kunne være en viktig kilde til planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester (se kapittel 16).

For statlige tiltak setter utredningsinstruksen krav om tilstrekkelig utredning av beslutningsgrunnlaget til Stortinget og regjeringen. Formålet med utredningsinstruksen er å legge et godt grunnlag for beslutninger om statlige tiltak, som for eksempel reformer, regelendringer og investeringer. Utredningen skal omfatte virkninger for fylkeskommunal og kommunal forvaltning. For kommunale tiltak følger det av kommuneloven et krav om at saker som blir lagt fram for folkevalgte organer, er forsvarlig utredet. Det er administrasjonens oppgave å påse at det skjer. Det er viktig at både statlige og kommunale beslutninger er velbegrunnede og gjennomtenkte. Ufullstendig eller manglende utredning øker risikoen for at det fattes beslutninger som ikke kan gjennomføres, som gir uønskede virkninger eller som innebærer sløsing med samfunnets ressurser.

11.3.1 Prioriteringsvurderinger på politisk og administrativt nivå

Kommunen gjør vurderinger om ressursallokeringer innad i helse- og omsorgssektoren, og mellom sektorer. Innenfor sektoren besluttet det for eksempel om man enten skal ansette en ekstra sykepleier på sykehjemmet, eller utvide en helse-søsterstilling i skolehelsetjenesten. Beslutninger mellom sektorer handler for eksempel om vurderinger om man skal prioritere å ruste opp fotballbanen fremfor å rehabilitere sykehjemmet.

Det er mange ulike måter å organisere helse- og omsorgstjenestene i kommunene på, og det finnes ingen fasit for hva som er riktig organisasjonsmodell. Det kommunale selvstyret legger opp til at kommunene selv må finne ut hva som er hensiktsmessig måte å organisere seg på ut fra befolkningssammensetning og behov. Noen kommuner har valgt å organisere helsestasjons- og skolehelsetjenesten inn under en oppvekstenhet sammen med barnehage, skole, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og barneverntjenesten, mens andre har egne helse- og omsorgsenheter som omfatter alt fra omsorgsboliger, frisklivssentraler og legetjenester til helsestasjons- og skolehelsetjeneste og miljørettet helsevern.

Vurderinger og beslutninger på administrativt og politisk nivå i kommunen går ofte over i hverandre og kan være vanskelig å skille. For eksempel vil en beslutning om enten å ansette en ekstra sykepleier på sykehjemmet eller å utvide en stillingshjemmel i skolehelsetjenesten, både handle om hvor det politiske fokuset er, og hva kommunens administrasjon mener er en faglig riktig prioritering.

11.4 Særskilt om prioritering av forebyggende tiltak

Forebyggende tiltak kan sorteres inn i tiltak som er rettet mot individer, og grupperettede tiltak. Eksempel på individrettet tiltak er når fastlegen forskriver blodtrykksenkende medisin til pasienter som står i fare for å utvikle for høyt blodtrykk, for å forebygge at pasienten får hjerte- og karsykdommer eller hjerneslag. For denne typen forebyggende tiltak har man godt nok vitenskapelig belegg til å kunne si noe om effekten. Likeledes foreligger det for eksempel mye kunnskap om effekten av forebyggende kostholdstiltak for utvikling av type 2-diabetes. Mye tyder på at den gode tannhelsen i befolkningen langt på vei er et

resultat av godt forebyggende arbeid i den offentlige tannhelsetjenesten.

For andre tiltak, særlig grupperettede, er effekten av tiltaket i mange tilfeller noe mer usikker. De fleste kommuner er opptatt av forebyggende arbeid – både rettet mot barn og unge gjennom arbeidet i tilknytning til helsestasjons- og skolehelsetjenesten og forebyggende tiltak rettet mot andre grupper i kommunen. Tilsvarende er forebygging en viktig del av tannhelsetjenestens oppdrag.

Det knytter seg særlig to utfordringer til forebyggende tiltak. For det første vil gevinsten i form av bedret helse og mindre bruk av helsetjenester gjerne ikke hentes ut før det har gått lengre tid. Det kan dermed bli konflikter mellom ønsket om å benytte ressurser på tiltak som gir effekt «der og da», og på tiltak hvor gevinsten ligger langt fram i tid, selv om denne vil kunne være større.

For det andre kan det i en del tilfeller være vanskelig å etablere en sikker sammenheng mel-

lom tiltak og resultat – vi vet ikke om det bestemte forebyggende tiltaket har tilsiktet effekt. Flere forebyggende tiltak er imidlertid målrettede og lar seg evaluere. Et eksempel på dette er barnevaksinasjonsprogrammet. Andre tiltak er mindre målrettede og kjennetegnes også ved at resultatet av forebyggingen kan komme på flere områder og i ulike former.

For bredere forebyggingstiltak vil det være vanskelig å vite om det er andre faktorer enn forebyggingen som har ført til endringer. Er det kontrollene og foreldreveiledningen på helsestasjonen som bidrar til god psykisk helse hos barn og unge? Eller kan det være gode barnehager og skoler som bidrar positivt til den psykiske helsen? I hvilken grad skyldes endring i atferd den generelle samfunnsutviklingen?

I kampen om knappe budsjettmidler vil ofte tiltak der resultater vises etter kort tid vinne fram fremfor tiltak med usikker gevinst langt fram i tid (se kapittel 15.1.1).

Kapittel 12

Prioriteringsutfordringer knyttet til samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Historisk sett har det verken på politisk eller administrativt nivå vært organisert eller tilrettelagt for systemer for prioriteringer og beslutninger som tar utgangspunkt i helheten av pasienten/brukerens behov for helse- og omsorgstjenester. Dette til tross for at mange som mottar helse- og omsorgstjenester, har behov for tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I praksis innebærer dette at prioriteringsbeslutninger i stor grad treffes på de ulike forvaltningsnivåene uten nødvendige vurderinger av hvilke konsekvenser dette vil få for ressursbruken og prioriteringene på de andre forvaltningsnivåene.

Samhandlingen mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten har stor betydning for hvordan det blir prioritert. Beslutninger i spesialisthelsetjenesten får konsekvenser for handlingsrommet og dermed også prioriteringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og omvendt.

12.1 Beslutninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som får konsekvenser for spesialisthelsetjenesten

Egenskaper ved kommunen og hvordan man har valgt å innrette tjenestetilbudet kan ha betydning for hvor mange som henvises til og behandles i spesialisthelsetjenesten. En høy innleggelsesrate i spesialisthelsetjenesten påvirkes av flere faktorer som er knyttet til forhold i kommunene. For eksempel vil egenskaper ved allmennleger og kompetanse og kapasitet i helse- og omsorgstjenestene i kommunen samt etablering og organisering av tjenestetilbud være elementer som virker inn på behovet for innleggelse i spesialisthelsetjenesten.

12.1.1 Henvisninger til spesialisthelsetjenesten

Nesten alle planlagte utredninger og behandlinger som gjennomføres i spesialisthelsetjenesten, starter med en henvisning fra primærhelsetjenesten, i all hovedsak fra fastlegene. Det betyr at fastlegenes henvisningspraksis påvirker sykehusenes aktivitet i betydelig grad. I en undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegen til spesialisthelsetjenesten, finner Riksrevisjonen at det er stor variasjon i omfanget av henvisninger fra fastleger til spesialisthelsetjenesten. Verken andelen eldre, hvor sentralt beliggende kommunen er, kommunestørrelse, om legen er spesialist i allmennmedisin, eller om legen er fastlønnet kan fullt ut forklare forskjellene i henvisningsrater (Riksrevisjonen 2018).

En høy innleggelsesrate i spesialisthelsetjenesten er ikke bare knyttet til egenskaper ved allmennleger og allmennpraksis, men også befolkningssammensetningen, kapasiteten og kvaliteten på tilbudet i spesialisthelsetjenesten og eventuelle assosierte helsetilbud. Sykehusenes kapasitet generelt og på spesifikke områder vil kunne påvirke fastlegenes henvisningspraksis. Variasjoner i innleggelsesrate kan også skyldes mangelfull diagnostikk, behandling og oppfølging i spesialisthelsetjenesten, mangelfulle helse- og omsorgstjenester i kommunen og at pasientene venter for lenge med å ta kontakt med fastlegen.

Geografisk avstand til helsetjenester, både primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester er noe av det som er mest utslagsgivende når det gjelder bruk av helsetjenester i Norge. Også henvendelser for øyeblikkelig hjelp av typen «rød respons» går ned med økende avstand (Grimsmo 2017).

Videre kan et økende krav fra befolkningen om tilgang på spesialisthelsetjenester også føre til

et økt press fra pasient eller pårørende på fastlegene om å henvise videre til spesialisthelsetjenester.

Eldrehelsetilslaget viser at geografiske variasjoner også gjelder for eldres bruk av spesialisthelsetjenester. Variasjonen er størst i eldres bruk av poliklinisk utredning, behandling og oppfølging. Det er for eksempel bred faglig enighet om at demensutredning primært bør skje i kommunen. Samtidig ser vi store forskjeller i bruk av hukommelsesklinikker ved sykehusene. Antall polikliniske konsultasjoner ved poliklinikkene i Oslo er åtte ganger høyere per 1 000 innbyggere over 75 år enn i Sogn og Fjordane, uten at dette kan forklares ut fra forekomsten av demens.

12.2 Beslutninger i kommunen som får konsekvenser for tannhelsetjenesten

Tannhelsetjenesten har plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og som mottar helsetjenester i hjemmet (se kapittel 7.2). Retten til tannhelsetjenester er basert på et tildelingsvedtak, uavhengig av hva man har fått vedtak om. Det vil si at man har en avledet rettighet. Retten til tannhelsetjenester er med andre ord ikke knyttet til alder, diagnose, behov for tannhelsetjenester eller andre individuelle forhold. For eksempel vil en person som får blodfortynnende injeksjoner satt av hjemmesykepleien, ha rett på tannhelsetjenester på lik linje med brukere med store og sammensatte behov.

Tildelingsvedtak i kommunen påvirker antallet pasienter som den offentlige tannhelsetjenesten til enhver tid har ansvar for. Den enkelte kommunes praksis for tildeling av tjenester og plassering av institusjoner påvirker tannhelsetjenestens ansvarsområde, dimensjonering og hvordan man må innrette og organisere seg.

12.3 Beslutninger i spesialisthelsetjenesten får konsekvenser for kommunene

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. Dette er både kompetanse- og ressurskrevende for kommunene, og medfører behov for økt kompetanse blant helse-

og omsorgspersonell i de kommunale tjenestene. Samtidig bidrar det også til å gjøre arbeidsoppgavene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten mer spennende og attraktive.

Kommunene opplever at de etter samhandlingsreformen må ta hånd om pasienter som er sykere, mer behandlingstrengende og med mer komplekse sykdomstilstander enn før. Samtidig er det flere utskrivninger fra sykehus og økt tempo i utskrivningsprosessene. Mye tyder også på et skifte i kommunehelsetjenestens karakter, i retning av mer behandling og pleie av kort varighet og av mer spesialisert karakter (Abelsen, Gaski, Nødland og Stephansen 2014). Denne utviklingen utfordrer kommunenes økonomi og kompetansen hos de som jobber i kommunen.

Når spesialisthelsetjenesten melder en pasient utskrivningsklar til kommunen, innebærer det at kommunen overtar ansvaret for pasienter som trenger medisinsk oppfølging. Kommunen må sørge for at pasienten ivaretas på en forsvarlig måte. Kommunen vurderer og beslutter hvilket tilbud pasienten skal tilbys ut fra de tilbudene og ressursene som kommunen har. Forutsetningen er at tilbudet er forsvarlig.

Pasienten vil ofte passiviseres under sykehusoppholdet, og det kan derfor være vanskelig for spesialisthelsetjenesten å vurdere pasientens funksjonsnivå i sitt eget miljø og i en situasjon hvor pasienten i større grad oppfordres til egenmestring. Spesialisthelsetjenesten har sjelden inngående kjennskap til pasientens funksjonsnivå forut for den aktuelle sykdomsepisoden. Derfor vil de kunne trekke konklusjoner om videre forløp og oppfølging på utilstrekkelig grunnlag. Samtidig kan det være utfordrende å vurdere pasientens fremtidige funksjon når hun ligger på sykehus. Samarbeid og dialog i vurderingene av pasienten er derfor en forutsetning for å kunne gi god oppfølging i etterkant av et sykehusopphold.

Videre vil spesialisthelsetjenesten ikke alltid ha inngående kjennskap til hvilke tilbud og tiltak den enkelte kommune har bygget opp. Når spesialisthelsetjenesten uttaler seg om hvilke tiltak som kommunen bør iverksette, vil det skape enkelte forventninger hos pasienter og pårørende. Dette kan føre til at pasienter og pårørende føler utrygghet dersom kommunen tilbyr andre tiltak enn det spesialisthelsetjenesten har foreslått.

En del kommuner uttaler at det er utfordrende når spesialisthelsetjenesten oppfatter at den har definisjonsmakten når det gjelder hva som skal tilbys av tjenester når pasienten skrives ut fra spesialisthelsetjenesten. Sluttrapporten til evalueringsprosjektet om samhandlingsreformen (EVASAM)

Boks 12.1 Flere tjenester – én pasient

Kari har en alvorlig psykisk lidelse, og har hatt en lengre innleggelse i spesialisthelsetjenesten på grunn av psykoseutvikling. Hun er en sårbar jente som har opplevd mange relasjonsbrudd opp gjennom årene, og hatt flere innleggelser på grunn av sin psykiske lidelse. Under innleggelsen har det blitt avholdt to samarbeidsmøter med avdelingen og psykisk helseteam, men på begge møtene har Kari vært for syk til å delta. Det blir satt en utskrivingsdato med kort frist slik at kontaktpersonen i psykisk helseteam ikke rekker å hilse på Kari før hun skrives ut. Dermed mangler den viktige kontakten i forkant av utskrivelsen som kan være med på å skape trygghet for bruker og en viktig start på relasjonsbyggingen.

viser også at kommunene opplever at sykehusene gir pasienter løfter på vegne av kommunen (Grimsmo 2015). Dette vil kunne gi konsekvenser for hvilke rammer kommunene kan prioritere innenfor og som kommunene i liten grad opplever at de kan påvirke selv.

12.4 Beslutninger i spesialisthelsetjenesten som får konsekvenser for tannhelsetjenesten

Beslutninger i spesialisthelsetjenesten om den offentlige tannhelsetjenestens tilgang til å utføre tannbehandling i narkose på sykehusene kan få konsekvenser for handlingsrommet og dermed også for prioriteringer i den offentlige tannhelsetjenesten.

Den offentlige tannhelsetjenesten har behov for tilgang på narkosetjenester i spesialisthelsetjenesten for å utføre tannbehandling på noen av de prioriterte pasientene i tannhelsetjenesteloven. Dette dreier seg om pasienter med stort behandlingsbehov som ikke kan gjennomføre ordinær tannbehandling.

Spesialisthelsetjenesten styrer ressurstilgangen til en tjeneste for en pasientgruppe de ikke har ansvar for, og pålegger den offentlige tannhelsetjenesten å prioritere uten at det er foretatt en helhetlig vurdering på hvem som trenger narkose. Konsekvensene kan være lange ventetider med smerter og ubehag for pasientene.

12.5 Avansert og kostbar teknologi og legemidler

Når spesialisthelsetjenesten setter i gang tiltak med kostbar og avansert teknologi som skal følges opp i kommunene, slik som for eksempel oppfølging av ALS-pasienter på hjemmerespirator, barn med behov for lindrende behandling, eller skriver ut pasienter med store og sammensatte behov til den kommunale helse- og omsorgstjenesten, utfordrer dette kommunens økonomi.

Kommunene opplever at de i stor grad bare må innrette seg etter beslutninger de selv ikke er direkte involvert i, og som de i liten grad kan styre og påvirke.

Kommunene opplever at det tas beslutninger i spesialisthelsetjenesten som krever at kommunene må følge opp med tilbud som er svært kompetanse- og/eller ressurskrevende, uten at kommunene er involvert på forhånd. Tilsvarende ser man på tannhelsefeltet, der pasienter med store og sammensatte behov får rett til et oppsøkende og regelmessig tannhelsetjenestetilbud. Dette gir kommunene mindre handlingsrom til selv å prioritere hva som skal tilbys av tjenester, fordi mye av ressursene blir bundet opp i oppfølgingen av disse pasientene.

Mange av pasientene som skrives ut, vil også ha behov for kostbare legemidler. Norge har et tredelt finansieringsansvar for legemidler; sykehusene, kommunene og folketrygden. De regionale helseforetakene har finansieringsansvar for blant annet legemidler brukt i sykehus. Folketrygden yter stønad til utgifter for legemidler brukt utenfor institusjon. Stønad gis etter blåreseptordningen og bidragsordningen (hvit resept). Hensikten er å sikre tilgang til effektive og nødvendige legemidler uavhengig brukernes økonomiske situasjon. Kommunene har finansieringsansvar for legemidler brukt i kommunale institusjoner.

Når pasientene får forskrevet kostbare legemidler som inngår i blåreseptordningen, får dette konsekvenser for kommunenes budsjetter dersom brukeren bor i kommunal institusjon. Enkelte kommuner forteller at de velger å tilby brukerne hjemmebaserte tjenester fremfor en institusjonsplass, fordi kommunen på den måten unngår utgifter knyttet til dyre blåreseptmedisiner. Konsekvensen er at det skjer en prioritering på bakgrunn av kommunens økonomi, uten hensyn til hva som er den beste løsningen for den aktuelle pasienten.

Del III

Forslag til prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester

Kapittel 13

Dagens prinsipper for prioritering

Mandatet ber utvalget ta utgangspunkt i prinsippene for prioritering som Stortinget sluttet seg til gjennom behandlingen av Meld. St. 34 (2015–2016), men vurdere i hvilken grad disse prinsippene er relevante eller bør justeres eller suppleres når de anvendes på den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utvalget bes videre om å vurdere om kriteriene for prioritering i spesialisthelsetjenesten og aktuelle forslag til kriterier for prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten også bør legges til grunn for prioriteringer innen tannhelse. Her beskrives først dagens prinsipper og kriterier for prioritering. I neste kapittel drøftes det hvorvidt disse er egnet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester.

13.1 Prinsipper for prioritering

Fra 1985 og fram til 2015, har fire offentlige utvalg utredet spørsmålet om prioritering innen helsetjenesten: Lønning I (1987) og Lønning II (1997), Grundt-utvalget (1997) og Norheim-utvalget (2014). I tillegg ble alvorlighetskriteriets plass i prioriteringsbeslutninger i helsetjenesten utredet av Magnussen-gruppen (2015). Utvalgenes vurderinger og forslag til kriterier er nærmere omtalt i kapittel 4 (Tidligere arbeid om prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten og offentlig finansierte tannhelsetjenester).

Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* og Stortingets behandling av denne ligger til grunn for dagens prinsipper for prioritering i helsetjenesten. Prinsippene gjelder for spesialisthelsetjenesten, for legemidler finansiert over folketrygden og for fastlegenes samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Prinsipper for prioritering bidrar til å sikre likeverdig behandling av pasienter og bygger på et verdigrunnlag som har legitimitet i befolkningen. Gjennom prinsippene for prioritering gir man verdigrunnlaget i helse- og omsorgstjenesten et konkret uttrykk.

Prinsippene for prioritering omfatter en beskrivelse av kriterier for prioritering, hvilken avveining det skal være mellom kriteriene og hvilke andre hensyn enn kriteriene det eventuelt er relevant å legge vekt på i prioriteringsbeslutninger.

13.2 Gjeldende prioriteringskriterier

Dagens prioriteringskriterier bygger på forslagene til kriterier fra de to Lønning-utvalgene, Grundt-utvalget, Norheim-utvalget og Magnussen-gruppen. Stortinget har, gjennom sin behandling av Meld. St. 34 (2015–2016), gitt sin enstemmige tilslutning til kriteriene.

13.2.1 Hovedkriterier for prioritering

Tiltak i helsetjenesten skal vurderes ut fra tre prioriteringskriterier:

- *nyttekriteriet*
- *ressurskriteriet*
- *alvorlighetskriteriet*

Nyttekriteriet og alvorlighetskriteriet er gitt en beskrivelse til bruk på klinisk nivå og en kvantitativ form til bruk i metodevurderinger på gruppenivå.

Nyttekriteriet

Nyttekriteriet er formulert som følger:

Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at helsehjelpen kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for:

- *overlevelse eller redusert funksjonstap*
- *fysisk eller psykisk funksjonsforbedring*
- *reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag*

Anvendt på gruppenivå skal nytte måles som gode leveår, og kvalitetsjusterte leveår (QALY) skal benyttes som mål på gode leveår.

Ressurskriteriet

Ressurskriteriet er formulert som følger:

Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på.

Alvorlighetskriteriet

Alvorlighetskriteriet er formulert som følger:

Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra:

- risiko for død eller funksjonstap
- graden av fysisk og psykisk funksjonstap
- smerter, fysisk eller psykisk ubehag

Både nå-situasjonen, varighet og tap av fremtidige leveår har betydning for graden av alvorlighet. Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med helsehjelp.

Anvendt på gruppenivå kvantifiseres alvorlighet gjennom å måle hvor mange gode leveår som tapes ved fravær av den behandlingen som vurderes, det vil si absolutt prognosetap.

Ved vurderinger av forebyggende tiltak skal alvorlighet som utgangspunkt beregnes for de som hadde fått sykdommen ved fravær av tiltaket og fra det tidspunkt hvor sykdommen normalt vil inntreffe.

13.3 Avgrensning av hvilken nytte og ressursbruk som skal vektlegges i prioriteringsbeslutninger

- Helseforbedringer for pårørende kan i relevante tilfeller telles med i beregning av nytte.
- All relevant ressursbruk i helsetjenesten skal så langt som mulig tas hensyn til.
- Konsekvenser for ressursbruk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten utløst av tiltak i spesialisthelsetjenesten skal tas hensyn til i metodevurderinger på gruppenivå.
- Pasientens tidsbruk knyttet til gjennomføring av helsehjelpen skal det tas hensyn til.
- Konsekvenser av helsehjelp for pasientens fremtidige produktivitet skal ikke tillegges vekt.
- Konsekvenser av helsehjelp for pasienters fremtidige forbruk av offentlige tjenester og mottak av stønader/pensjoner skal ikke tillegges vekt.

13.4 Sammenveining av kriteriene på gruppenivå

- Prioriteringskriteriene skal vurderes samlet og veies mot hverandre. Jo mer alvorlig en tilstand er eller jo større nytte et tiltak har, jo høyere ressursbruk kan aksepteres. Lav alvorlighet og begrenset nytte av et tiltak kan bare forsvares hvis ressursbruken er lav.
- Norheim-utvalget og Magnussen-gruppens anslag på alternativkostnad legges til grunn for prioriteringsbeslutninger på gruppenivå, det vil si 275 000 kroner per gode leveår.
- Et tiltak skal vurderes opp mot tiltakets alternativkostnad, det vil si nytten for andre pasienter som ellers kunne ha vært realisert med de samme ressursene. Det skal i tråd med dagens praksis beregnes en kostnad-effektbrøk som vurderes opp mot alternativkostnaden.
- Kostnad-effektbrøken skal vektet med alvorligheten. For å bli tatt i bruk skal et tiltak tilføre mer nytte per krone, justert for alvorlighet, enn tiltaket fortrenger. Svært alvorlige tilstander kan tillegges en høy vekt, moderat alvorlige tilstander en moderat vekt og lite alvorlige tilstander en lav vekt. Jo mer alvorlig en tilstand er, jo høyere kostnad-effektbrøk aksepteres. Dagens praksis gir et rimelig uttrykk for samfunnets vektlegging av høy alvorlighet i beslutninger på gruppenivå.
- Som grunnlag for prioriteringsbeslutninger på gruppenivå skal det gjennomføres en metodevurdering i tråd med prinsippene for prioritering.
- Basert på metodevurderinger kan skjønnsmessige vurderinger inngå i en totalvurdering av tiltak. Dette er særlig knyttet til vurderinger av:
 - Kvalitet og usikkerhet ved dokumentasjon. Stor usikkerhet knyttet til dokumentasjon og beregningsmetoder skal, alt annet likt, gi lavere prioritet.
 - Samlede budsjettkonsekvenser av et tiltak.
- Ved vurdering av tiltak rettet mot små pasientgrupper med alvorlig tilstand hvor det er vanskelig å gjennomføre kontrollerte studier av effekt, kan et lavere krav til dokumentasjon aksepteres.
- Ved vurdering av tiltak rettet inn mot særskilt små pasientgrupper med svært alvorlig tilstand, eksempelvis barn med medfødte genetiske sykdommer, der det ofte ikke finnes god dokumentasjon av nytten, kan det aksepteres høyere ressursbruk enn for andre tiltak.

Kapittel 14

Kriterier for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester

14.1 Hovedkriterier for prioritering

Utvalget har vurdert om de tre kriteriene nytte, ressurs og alvorlighet er relevante og anvendbare for prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester. I kapittel 10 drøftes hva som skiller prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fra prioriteringer i spesialisthelsetjenesten. I dette kapitlet diskuteres nærmere om og eventuelt hvordan særtrekk ved prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten får konsekvenser for utforming og anvendelse av prioriteringskriteriene.

Utvalget har drøftet hvorvidt ulike faglige målsettinger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten (se kapittel 10.2) bør få konsekvenser for *utformingen* av kriteriene. Et sentralt spørsmål er hvorvidt dagens kriterier er egnet til å fange opp den kommunale tjenestens oppdrag med å ivareta et bredere sett av behov og legge til rette for at pasienten/brukeren kan leve godt med sin tilstand.

Utvalget har i kapittel 10.1 pekt på at en vesentlig forskjell mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene er at kommunene må se og vurdere alle sektorene under ett, når budsjettmidler og ressurser skal fordeles. En konsekvens er at tiltak som igangsettes i helsetjenesten, vil kunne gi ressursbesparelser i andre sektorer i kommunen. Eksempelvis vil forebygging gjennom styrking av skolehelsetjenesten kunne føre til redusert bruk av ressurser i form av pedagogisk personale i skolen. For kommunene vil det være naturlig å ta hensyn til dette i sine prioriteringer, og utvalget har diskutert om dette er mulig innen de rammer som gis av kriteriene som benyttes i spesialisthelsetjenesten.

Flere organisasjoner har gitt innspill til utvalgets arbeid og uttrykt bekymring for om alvorlighetskriteriet er direkte overførbart til den kom-

munale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten. Bekymringen knytter seg særlig til om innføring av et alvorlighetskriterium i disse tjenestene vil kunne medføre at helsefremmende og forebyggende tjenester og tiltak vil bli nedprioritert. For eksempel skriver Psykologforeningen i sitt innspill:

Psykiske lidelser kan ikke behandles som sykdommer som rammer organismen, i den forstand at man enten har eller ikke har dem. Psykiske lidelser utvikler seg som oftest gradvis, og som en kombinasjon av sårbarhet, livsbelastninger og andre utløsende og opprettholdende faktorer. Det er derfor viktig å kunne tilby lavterskeltjenester til mennesker med psykiske plager som ikke nødvendigvis fremstår som veldig alvorlige på tidspunktet det søkes hjelp. I mange tilfeller vil det være faglig og samfunnsøkonomisk nyttig å tilby tjenester til mennesker med et relativt lavt lidelsestrykk og sette inn tiltak som kan forhindre videre forverring, sikre at man klarer å stå i arbeid, opprettholde sosiale nettverk med videre.

Tannlegeforeningen har uttrykt at alvorlighetskriteriet ikke uten videre er like anvendelig for tjenester med sterk vektlegging av forebyggende og helsefremmende arbeid.

Utvalget har tatt hensyn til disse innspillene i sin vurdering av alvorlighetskriteriet.

Utvalget har hatt som utgangspunkt at prioriteringskriteriene bør være gjennomgående i hele helse- og omsorgstjenesten. Spesialisthelsetjenesten, den offentlig tannhelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten bygger alle på det samme verdigrunnlaget, og prioritering mellom ulike tjenester bør baseres på de samme prinsippene. Mange pasienter vil, gjennom sitt sykdomsforløp, motta tjenester fra både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og

spesialisthelsetjenesten. Den offentlige tannhelse-tjenesten er en del av den samlede offentlige helse- og omsorgstjenesten og bør, etter utvalgets mening, vurderes i sammenheng med de øvrige helse- og omsorgstjenestene. Dersom kriteriene for hva som skulle prioriteres var vesentlig forskjellig mellom de ulike tjenesteområdene, ville dette virke lite logisk fra pasientens synspunkt og neppe bidra til helhetlig planlegging og tenkning rundt ressursbruk.

På denne bakgrunnen mener utvalget at kriteriene for spesialisthelsetjenesten, slik de er oppsummert i kapittel 13, bør danne et naturlig utgangspunkt også for prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten.

Utvalget mener videre at kriteriene bør legges til grunn for vurderinger av hvilke tannsykdommer eller tilstander som det skal ytes stønad til over folketrygden. Utvalget peker på at kriteriene legges til grunn for vurderingen av folketrygdens finansiering av legemidler, og kan ikke se at folketrygdens finansiering av tannhelsetjenester skiller seg prinsipielt fra dette.

14.2 Samme kriterier på ulike beslutningsnivåer?

Utvalget er bedt om å vurdere hvorvidt de samme kriteriene kan anvendes på ulike beslutningsnivåer. Norheim-utvalget mente at deres foreslåtte kriterier kunne og burde brukes på alle nivåer i helsetjenesten. Forslaget møtte til dels sterke innvendinger, blant annet fra Legeföreningen som uttalte at det var «urealistisk å etablere kriterier som skal anvendes på alle nivåer i helsetjenesten». Magnussen-gruppen delte ikke dette synet fullt ut. Arbeidsgruppen viste til at de samme overordnede hensyn vil være relevante både på samfunnsnivå og på klinisk nivå, og foreslo en tekstlig utforming av alvorlighetskriteriet til bruk på individnivå, og en kvantifiserbar operasjonalisering til bruk i helseøkonomiske beregninger. Meld. St. 34 (2015–2016) støttet Magnussen-gruppens vurderinger (s.75):

Det må være de samme prioriteringskriteriene som skal brukes i beslutningssituasjoner på klinisk nivå og på gruppenivå. Det må imidlertid være rom for faglig skjønn og individuelle tilpasninger på klinisk nivå. Utforming av kriteriene og virkemidler for anvendelse av disse må derfor legges til rette for dette. Prioriteringskri-

teriene kan gis en tekstlig beskrivelse og en kvantifisering av denne. Beskrivelsen av kriteriene inneholder de aspekter som er relevante og av betydning i prioriteringssammenheng både på klinisk nivå og gruppenivå. Med utgangspunkt i beskrivelsen kan kriteriene kvantifiseres, slik at de også kan benyttes i metodevurderinger i beslutningssituasjoner på gruppenivå. De samme tre prioriteringskriteriene eksisterer dermed i en tekstlig beskrivelse til bruk i klinisk praksis, dvs. helsetjenestens møte med den enkelte pasient, og i en kvantitativ form til bruk i beslutningssituasjoner på gruppenivå knyttet til innføring av nye metoder.

I tråd med Meld. St. 34 (2015–2016) mener utvalget at de samme hovedkriteriene for prioritering bør gjelde på alle beslutningsnivåer. Utvalget mener videre, i tråd med anbefalinger i Meld. St. 34 (2015–2016), at kriteriene bør gis en tekstlig utforming som gjør dem egnet til bruk på faglig nivå, det vil si i møte med den enkelte pasient eller bruker. Med utgangspunkt i denne tekstlige utformingen vil utvalget vurdere om kriteriene også kan gis en operasjonalisering til bruk på administrativt og politisk nivå, det vil si ved beslutninger som vil ha konsekvenser for større grupper av pasienter/brukere.

Utvalget mener kriteriene bør danne et naturlig grunnlag for prioriteringsbeslutninger på alle nivåer i helse- og omsorgstjenesten, fra politisk og administrativt nivå til helse- og omsorgspersonell som jobber i tjenestene. Målet er åpne og etterprøvbare beslutningsprosesser der prioriteringskriteriene ligger til grunn for de beslutningene som fattes.

14.3 Kriteriene til bruk på faglig nivå

Den tekstlige utformingen av kriteriene er relevant for prioriteringer på faglig nivå, det vil si i helsetjenestens møte med den enkelte pasient eller bruker. Mandatet beskriver forskjellen på det faglige, administrative og politiske nivået. Her defineres tildeling av tjenester som tilhørende det administrative nivået. Utvalget mener likevel at tildeling av for eksempel sykehjemsplass, hjemmebaserte tjenester eller personlig assistanse er faglig begrunnede beslutninger som angår enkeltindivider, og har valgt å inkludere disse under diskusjonen av prioriteringer på faglig nivå (se kapittel 11.1).

14.4 Utvalgets vurdering av nyttekriteriet

I spesialisthelsetjenesten er et tiltaks nytte beskrevet gjennom dets bidrag til å gi mottakerne av tjenestene flere gode leveår. Begrepet *gode leveår* er igjen tett knyttet til helserelatert livskvalitet, noe som også gjenspeiles i at det operasjonaliseres som såkalte *kvalitetsjusterte leveår (QALY)*. Som tidligere diskutert, er formålet med flere av de kommunale helse- og omsorgstjenestene bredere enn å bedre den helserelaterte livskvaliteten. Spesialisthelsetjenestens måte å beskrive og operasjonalisere nytte på vil derfor ikke fullt ut være relevant for disse tjenestene.

Utvalget mener likevel at nytte bør være et prioriteringskriterium i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i den offentlige tannhelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesten er en konsekvens av nyttekriteriet, uavhengig av hvordan det gis innhold, at et tiltak ikke skal innføres dersom det ikke har positiv forventet nytte. På samme måte som i spesialisthelsetjenesten mener utvalget at heller ikke tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i den offentlige tannhelsetjenesten bør innføres/gjennomføres dersom tiltaket ikke forventes å gi nytte.

Vurderinger av nytte bør ideelt sett baseres på dokumentert kunnskap om effekten av de tiltak som vurderes. I hvilken grad slik kunnskap finnes kan imidlertid variere både mellom tilstander og mellom fagområder. For mange kommunale helse- og omsorgstiltak og for enkelte tiltak innen tannhelsetjenesten, mangler det i dag god dokumentasjon av effekter.

Utvalget vil understreke at systematisert kunnskap om tiltakets effekt og tilhørende nytte bør ligge til grunn for beslutninger også i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i den offentlige tannhelsetjenesten. I sitt forslag til nyttekriterium legger utvalget til grunn at nytten av et tiltak skal vurderes ut fra kunnskapsbasert praksis. Med begrepet *kunnskapsbasert praksis* mener utvalget en praksis hvor faglige avgjørelser baseres på forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, og/eller bruker- og pårørendebasert kunnskap.

Utvalget mener at vurderingen av nytte må ta utgangspunkt i at tiltaket kan føre til økt levetid og/eller økt livskvalitet. En stor del av pasientbehandlingen i spesialisthelsetjenesten har ikke som primært mål å forlenge levetiden, men derimot å bedre livskvalitet gjennom bedre helse. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i den offentlige tannhelsetjenesten vil målet om bedret

livskvalitet i enda større grad gjøre seg gjeldende. Svært mange av tiltakene i disse tjenestene vil ha bedret livskvalitet som mål, mens livslengde i liten eller ingen grad påvirkes.

Den tekstlige beskrivelsen av nyttekriteriet bør fange opp de aspektene som er viktigst ved vurderinger på faglig nivå. Etter dagens nyttekriterium skal det vurderes om det aktuelle tiltaket kan bidra til økt overlevelse eller funksjonsforbedringer, hindre funksjonstap eller redusere smerte eller ubehag. Også i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i den offentlige tannhelsetjenesten vil mange av tiltakene ha som mål å oppnå funksjonsforbedringer eller hindre funksjonstap. Det gjelder for eksempel ulike tiltak på fastlegens kontor, helsetjenester i hjemmesykepleien, i sykehjem eller rehabiliterings- og habiliteringstiltak. Tilsvarende har mange tannhelse-tiltak som mål å oppnå bedret tannhelse eller hindre smerter eller en forverring av tannhelsen.

For mange omsorgstiltak er derimot ikke målet først og fremst å oppnå funksjonsforbedringer eller hindre funksjonstap eller smerter, men å bidra til at den enkelte kan leve godt med den helsen vedkommende har. Et nyttekriterium for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten må derfor ta hensyn til de særskilte aspektene ved disse tjenestene.

Utvalget vil her peke på formålsbestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven hvor blant annet følgende formål trekkes fram:

- forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne
- fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer
- sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre

Utvalget har i kapittel 10.2 beskrevet hvordan de faglige målsettingene for de kommunale helse- og omsorgstjenestene på flere områder skiller seg fra målsettingene i spesialisthelsetjenesten. Sentralt er kommunenes ansvar for at befolkningen skal kunne leve med, snarere enn bli behandlet for, sin tilstand. *Mestring* er en sentral forutsetning for å kunne leve med en tilstand, og vil ha stor betydning for livskvaliteten til den enkelte. For mange av tiltakene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil derfor det sentrale målet være at pasienten/brukeren skal kunne mestre sin hverdag til tross for sykdom, smerter og/eller fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsnedsettelse.

Utvalget mener at de elementene som inngår i den tekstlige beskrivelsen av nyttekriteriet for spesialisthelsetjenesten også kan benyttes i den kommunale helse og omsorgstjenesten og i den offentlige tannhelsetjenesten. For å fange opp særegenhetene ved deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten mener utvalget at kriteriet også må omfatte økt mestring. Utvalget foreslår derfor at det eksisterende nyttekriteriet suppleres med strekpunkt:

- *økt fysisk, psykisk og sosial mestring*

14.5 Utvalgets vurdering av ressurskriteriet

Samfunnet har begrensede ressurser til rådighet. Stortinget, fylkeskommuner og kommuner legger gjennom sine beslutninger de overordnede rammene for hvor mye ressurser som skal benyttes på offentlig finansierte velferdsgoder. Prioritering av tiltak blir viktig fordi ressurser som er benyttet på ett tiltak, ikke vil være tilgjengelig for andre tiltak. Det følger av dette at vurderinger av ressursbruk er viktig i prioriteringssituasjoner.

Norheim-utvalget pekte på at med helsepersonellens ansvar for å gjøre prioriteringer følger også et ansvar for å gjøre en grundig vurdering av ressursfordelingen mellom pasienter. Utvalget beskrev legens rolle overfor pasienten slik (NOU 2014: 12, s. 116):

Flere hevdet at det å ha legerollen og det å være lege i et lege-pasient forhold betyr at legen utelukkende eller nærmest utelukkende skal ta hensyn til den aktuelle pasienten (Angell 1993). Dette blir iblant koblet til forestillingen om at legen skal være pasientens advokat, og at legen kun skal bry seg om enkeltindividet foran seg. Tanken om at legen bare bør ta hensyn til sin pasient, og ikke andre pasienter eller samfunnet for øvrig, er svært omstridt, og er ikke en holdning eller påstand som utvalget kan gi sin tilslutning til. Dersom legen ikke tar hensyn til andre pasienter, vil hun eller han lett kunne handle på en måte som går urettmessig ut over andre pasienter, som også er enkeltindivider med reelle behov. For å oppnå en rettferdig helsetjeneste må leger og annet helsepersonell avveie behovet den aktuelle pasienten har, opp mot andre pasienters behov.

Ressurser omfatter både bygningsmasse, IKT, utstyr og alle typer personell. På faglig nivå er

særlig personell med fagkompetanse og deres tid viktige ressurser. Hvilken ressurs som primært begrenser gjennomføringen av et tiltak, vil kunne variere med tid og sted. På fastlegens kontor vil tid være en sentral ressurs som må fordeles mellom pasientene. Et sykehjem har et visst antall plasser, en kommune har et visst antall sykepleiere i hjemmetjenesten, et visst antall helsesøstre etc. På kort sikt vil derfor prioritering handle om å benytte de ressursene som er tilgjengelig på best mulig måte. Samtidig vil prioritering på lengre sikt handle om fordeling av ressurser mellom tjenesteområder og med dette en endring av kapasiteten i for eksempel omsorgstjenesten. Ressursbruk må forstås som bruk av arbeidskraft (fastleger, sykepleiere eller liknende) eller fysiske ressurser (bygningmasse, utstyr, IKT eller liknende). Kostnader, målt i penger, vil være et samlet økonomisk mål på ressursbruken.

Dagens ressurskriterium innebærer at jo mindre ressurser det legges beslag på, desto høyere prioritet får et tiltak. Ressurskriteriet skal brukes sammen med de to andre kriteriene. Det kan dermed være riktig å prioritere et tiltak som krever mer ressurser enn et annet, dersom nytten av tiltaket er høyere eller tilstanden til pasienten/brukeren er alvorlig.

Utvalget mener at ressurskriteriet er relevant også for prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i den offentlige tannhelsetjenesten. Utvalget vil, i tråd med prinsippene for prioritering i spesialisthelsetjenesten, presisere at kriteriet ikke skal brukes alene, men sammen med de to andre kriteriene for prioritering.

Ressurskriteriet tilsier at man, alt annet likt, skal prioritere de tiltakene som legger beslag på minst ressurser. Når beslutninger skal fattes, er det viktig at man avgrenser ressurskriteriet fra nytte- og alvorlighetskriteriene, blant annet for å unngå at samme forhold «telles flere steder». Utvalget ser at det kan være utfordringer knyttet til at begrepene nytte og alvorlighet i dagligtalen vil kunne oppfattes forskjellig fra hvordan de skal benyttes i prioriteringssammenheng.

Et eksempel på dette kan være tidlig intervensjon, for eksempel gjennom et forebyggende tiltak, som fører til at individer både vil få bedret funksjonsnivå og redusert fremtidig behov for offentlige tjenester. Mange vil umiddelbart tenke at både helseforbedringen og ressursbesparelsen bør inngå som en del av den vurderingen som skal gjøres med tanke på om tiltaket er *nyttig*. På samme måte vil mange ved vurdering av alvorlighetsgrad både legge vekt på at individet, dersom tjenesten ikke ytes, vil oppleve et fremtidig tap av

funksjon og at mulig tilhørende redusert mestring øker fremtidig behov for helse- eller omsorgstjenester. I begge disse tilfellene vil kostnadene/gevinstene knyttet til fremtidig økt/reduisert bruk av helse- og omsorgstjenester inngå som en del av ressurskriteriet og skal ikke regnes inn i nyttekriteriet eller alvorlighetskriteriet.

Når det gjelder ressursbruk i helsetjenesten, var Norheim-utvalgets vurdering at det på gruppenivå bør legges til grunn et perspektiv som inkluderer effekter for ressursbruk på tvers av den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Utvalget mener dette også må være gjeldende for beslutninger i kommuner og fylkeskommuner ved at ressursbruk i spesialisthelsetjenesten skal tas hensyn til.

14.5.1 Hvilke ressurser er relevante for prioriteringsbeslutningene?

Utvalget har diskutert om de samme vurderinger av hvilke ressurser som er relevante for prioriteringsbeslutninger i spesialisthelsetjenesten, skal gjøres gjeldende for tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlig tannhelsetjenesten. Norheim-utvalget tok i sin drøfting utgangspunkt i to perspektiver: helsestjenesteperspektivet og samfunnsperspektivet.

Samfunnsperspektivet er bredere enn helsetjenesteperspektivet og inkluderer i prinsippet all nåtidig og fremtidig ressursbruk knyttet til pasient, pårørende og samfunnet for øvrig. Dersom man velger å legge et samfunnsperspektiv til grunn, er det for eksempel naturlig å regne tapt produktivitet før og under behandling som en kostnad, samtidig som økt produktivitet som følge av en behandling vil måtte regnes som en gevinst. På samme måte vil forebygging i mange tilfeller kunne gi økt verdiskaping, for eksempel gjennom økt deltakelse i arbeidslivet. Dersom man legger samfunnsperspektivet til grunn, er det også naturlig å regne inn ressurser knyttet til fremtidig bruk av offentlige tjenester som følge av økt overlevelse.

Norheim-utvalget mente at det både er praktiske og fordelingsmessige grunner til at ikke alle ressurser forbundet med et tiltak skal kartlegges og vektlegges i enhver sammenheng. Norheim-utvalget anbefalte at beslutninger i helsetjenesten skjer med utgangspunkt i et helsetjenesteperspektiv, det vil si at man avgrenser seg til å vurdere konsekvenser for ressursbruk innenfor helsetjenesten. Utvalget åpnet samtidig for at dersom det aktuelle tiltaket utløser en betydelig ressursbruk utenfor helsetjenestene, kan det tillegges vekt i

den grad det ikke vil gi urettferdige fordelingsvirkninger.

Dette synet ble fulgt opp i Meld. St. 34 (2015–2016). Her ble det understreket at den primære hensikten med en samfunnsøkonomisk analyse er å kartlegge alle gevinster og kostnader knyttet til et tiltak. I stortingsmeldingen skiller det mellom behandlende/forebyggende tiltak rettet mot enkeltindivider eller grupper av pasienter, og folkehelseiltak rettet mot hele eller store deler av befolkningen. Hensikten med prioriteringskriteriene er å sikre en fordeling av tjenester i tråd med et etablert verdigrunnlag, og det vil dermed ikke nødvendigvis være samsvar mellom rangering av tiltak etter en samfunnsøkonomisk vurdering og etter prioriteringskriteriene. For behandlende/forebyggende tiltak vil det derfor være naturlig å ha et helsetjenesteperspektiv, mens man for folkehelseiltak kan ha et samfunnsperspektiv.

I Meld. St. 34 (2015–2016) ble det vist til at helsehjelp kan ha konsekvenser for pasientenes arbeidsevne, det vil si deres fremtidige bidrag til verdiskaping i økonomien. Regjeringen mente at konsekvenser av helsehjelp for pasienters produktivitet ikke skulle vektlegges, da dette ville bryte med helsetjenestens verdigrunnlag. Unntaket er folkehelseiltak med et klart befolkningsperspektiv. I dette tilfellet mener man i Meld. St. 34 (2015–2016) at det vil være naturlig å regne med konsekvenser for fremtidig økt produktivitet.

Utvalget vil understreke at de deler vurderingene i Meld. St. 34 (2015–2016) om at mulige gevinster knyttet til økt produktivitet ikke skal tillegges vekt ved prioriteringsbeslutninger. For mange individer vil det allikevel være nytte forbundet med å kunne delta aktivt i yrkeslivet. Dette vil, slik utvalget ser det, bli fanget opp gjennom utvalgets forslag til nyttekriterium.

En naturlig konsekvens av dette er at man ved fordeling av ressurser i helse- og omsorgstjenesten ikke skiller mellom individer eller grupper basert på deres mulighet til å bidra til verdiskaping gjennom deltakelse i arbeidslivet. På samme måte skiller man ikke mellom individer eller grupper basert på om de kan forventes å få behov for fremtidige offentlige tjenester eller ikke.

Med ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten forstås både den ressursbruken som er direkte knyttet til det tiltaket som vurderes gjennomført, og ressurser knyttet til fremtidig bruk av helse- og omsorgstjenester som kan knyttes til tiltaket. Det innebærer for eksempel at fremtidig redusert bruk av helse- og omsorgstjenester som kan knyttes til et forebyggende tiltak, skal inngå i ressursregnskapet. På samme måte skal fremtidig bruk

av helse- og omsorgstjenester knyttet til et tiltak inngå i ressursregnskapet som en kostnad.

Utvalget har diskutert om det skillet som Meld. St. 34 (2015–2016) gjør mellom behandelende/forebyggende tiltak og folkehelseiltak, også er relevant for tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i den offentlige tannhelsetjenesten.

Som utvalget diskuterer i kapittel 10.1, har kommunene ansvaret for et bredt sett av oppgaver og skiller seg på den måten vesentlig fra spesialisthelsetjenesten. Mens man i spesialisthelsetjenesten må prioritere mellom ulike pasientgrupper og tiltak, må kommunene også prioritere mellom helse- og omsorgstjenester og andre kommunale oppgaver. Når kommunene vurderer hvilke tiltak og oppgaver som skal prioriteres, vil det være naturlig å vurdere den samlede ressursbruken på tvers av sektorer.

Utvalgets forslag til kriterier skal dekke tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i den offentlige tannhelsetjenesten. Det kan være tiltak i andre sektorer som vil kunne ha positive helseeffekter, men en diskusjon av disse ligger utenfor utvalgets mandat. På den andre siden vil det også være tiltak som gjennomføres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som motiveres av og påvirker ressursbruk i andre kommunale sektorer. Et eksempel kan være forebygging gjennom skolehelsetjenesten hvor man forventer redusert bruk av ressurser i form av pedagogisk personale i skolen. Et annet eksempel kan være forebygging som har som mål å hindre at individer faller utenfor arbeidslivet. Også her vil det være ressursmessige konsekvenser i andre sektorer som det vil være naturlig å ta med.

Utvalget mener derfor at det er relevant å ta hensyn til ressursbruk og eventuelt ressursbesparelser i andre sektorer enn helse- og omsorgssektoren når ressursbruk/besparelse kan knyttes direkte til tiltak i helse- og omsorgssektoren. Snarere enn å skille mellom et samfunnsperspektiv og et helsetjenesteperspektiv, vil utvalget mene at det for de kommunale tjenestene er riktigere å skille mellom et samfunnsperspektiv og et bredt tjenesteperspektiv. Et slikt tjenesteperspektiv må omfatte alle tjenester som direkte påvirkes av tiltaket under vurdering, altså mer enn bare helse- og omsorgstjenester.

Med denne presiseringen mener utvalget at skillet som i Meld. St. 34 (2015–2016) gjøres gjennom behandling og forebyggende tiltak på den ene siden, og folkehelseiltak på den andre siden også har gyldighet for tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige

tannhelsetjenesten, men at begrepet *behandlingsiltak* bør erstattes med *helse- og omsorgstiltak*.

14.6 Utvalgets vurdering av alvorlighetskriteriet

Mens nyttekriteriet vurderer gevinsten ved tiltaket, vurderer alvorlighetskriteriet konsekvensen dersom tiltaket ikke gjennomføres.

Hver dag gjøres det vurderinger av alvorlighet i helse- og omsorgstjenesten, og beslutninger tas på bakgrunn av disse vurderingene. Allerede i arbeidet med Lønning I, ble det fremhevet at sykdommens alvorlighetsgrad var en dimensjon som burde være særlig utslagsgivende i prioriteringssammenheng. Alvorlighet har, med andre ord, lenge vært anerkjent som en viktig faktor for prioritering (Meld. St. 34 (2015–2016)).

Alvorlighet ble i Lønning II-utvalget definert som: «[...] et uttrykk for prognosetap dersom behandling eller andre tiltak ikke iverksettes» (NOU 1997: 18, s. 86). Lønning II-utvalgets forslag til alvorlighetskriterium er fulgt opp i regelverk og har ligget til grunn for utarbeidelse av blant annet prioriteringsveiledere og faglige retningslinjer i spesialisthelsetjenesten. Jo mer det haster å igangsette helsehjelpen og jo større tap av helse pasienten står overfor uten behandling, desto høyere har man vært villig til å prioritere en pasient (Meld. St. 34 (2015–2016)).

Dagens alvorlighetskriterium er utviklet av Magnussen-gruppen og tar utgangspunkt i Lønning II-utvalgets definisjon av en tilstands alvorlighet. Kriteriet er gitt en bred tekstlig utforming for å fange opp de aspekter ved alvorlighet som er viktigst for prioritering på klinisk nivå og en operasjonaliserbar form til bruk ved beslutninger på gruppenivå. Magnussen-gruppen beskriver blant annet klinikernes vurderinger og rommet for skjønn i den tekstlige beskrivelsen (Magnussen-gruppen, s. 14):

Når fastlegen skal vurdere om en pasient for eksempel skal henvises til MR-diagnostikk, bør hun gjøre en vurdering av i hvilken grad tilstanden som mistenkes er alvorlig. Fastlegens forståelse av alvorlighet vil være informert av den vedtatte beskrivelsen av alvorlighetskriteriet. Siden beskrivelsen er vid og omfatter de etisk relevante aspektene av alvorlighet, gir kriteriene et vidt rom for legens utøvelse av moralsk og faglig skjønn når hun tar stilling til hvilke aspekter ved pasientens situasjon og helsehjelpen som er relevante for prioriteringsspørsmålet.

Utvalget mener at alvorlighet også bør gjelde som prioriteringskriterium i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i den offentlige tannhelsetjenesten. På denne måten bidrar man til en helhetlig vurdering av hvilke pasienter som skal prioriteres først på tvers av tjenestenivåene. Imidlertid mener utvalget at den tekstlige beskrivelsen av alvorlighetskriteriet, i likhet med nyttekriteriet, må tilpasses for å fange opp særegenheter ved tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i den offentlige tannhelsetjenesten.

For mange helse- og omsorgstjenester vil målsettingen ikke nødvendigvis være å gi helsegevinst, men å bidra til økt mestring, for eksempel gjennom å opprettholde brukerens mulighet til fortsatt å bo hjemme. Det innebærer at et alvorlighetskriterium må være bredere enn dagens kriterium, og særlig fange opp de konsekvensene manglende tiltak vil ha for fysisk, psykisk og sosial mestring. Utvalget vil også peke på at forebyggende tiltak som rettes mot enkeltindivider eller mindre grupper, utgjør en vesentlig del av de kommunale tjenestene. Alvorlighetskriteriet må både gi mening og kunne anvendes i praksis for disse tjenestene.

Flere aktører har i innspill uttrykt bekymring for om alvorlighetskriteriet vil innebære at det legges en uforholdsmessig stor vekt på behandling av akutte tilstander i forhold til forebygging. Utvalget mener denne bekymringen baserer seg på en misforståelse knyttet til hvordan man anvender kriteriet, og viser til Meld. St. 34 (2015–2016) der det står:

Forebyggende tiltak kan redusere risiko for død eller funksjonstap. Disse effektene vil etter Magnussen-gruppens alvorlighetskriterium påvirke en tilstands alvorlighet og dermed bli vektlagt i prioriteringsbeslutninger på klinisk nivå. For eksempel vil forebyggende intervensjoner mot unge pasienter med psykiske helseplager kunne forebygge mer alvorlige psykiske plager senere i livet (s. 95).

I tråd med Norheim-utvalget og Magnussen-gruppen mener utvalget at alvorlighet ved forebyggende tiltak skal vurderes hos de som faktisk forventes å få gevinst av tiltaket, og da på det tidspunktet hvor gevinsten inntreffer. Dagens alvorlighetskriterium beskriver en tilstand som mer alvorlig jo mer det haster å komme i gang med tiltaket. Unødig venting kan gi dårligere prognose og dermed et større tap av fremtidige gode leveår. Utvalget mener dette også er relevant for tiltak i

den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i den offentlige tannhelsetjenesten.

Magnussen-gruppen pekte på at det i beslutninger om helsehjelp for enkeltpasienter i praksis også kan være andre forhold ved alvorlighet som blir tillagt vekt (Magnussen-gruppen, s. 21):

Det dreier seg om aspekter ved pasientgruppe, pasient og situasjon som gjør pasientens sykdom og totalsituasjon mer alvorlig enn hva som tilsies av de mest sentrale aspektene av alvorlighet, gjengitt i beskrivelsen over. Eksempler på aspekter som gjør sykdommen og totalsituasjonen mer alvorlig kan være hvorvidt tilstanden uten helsehjelp setter pasienten i en uverdigg situasjon, hvorvidt pasienten uavhengig av tilstanden er spesielt vanskelig stilt eller hvorvidt tilstanden fører til redusert arbeidsevne eller redusert sosial funksjon for pasienten og de fellesskap pasienten inngår i.

I likhet med Magnussen-gruppen mener utvalget at skjønnsmessige vurderinger må inngå i en totalvurdering av alvorlighet på individnivå. Hvorvidt brukeren settes i en uverdigg situasjon uten tiltak vil være en slik skjønnsmessig vurdering som helse- og omsorgspersonell ofte står overfor. Pårørendes hjelpelighet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er en stor ressurs, og mangel på pårørende som kan hjelpe seg, vil være en annen faktor som kan ha betydning for alvorlighet.

Utvalget har diskutert en rekke forhold som kan ha betydning ved vurderinger av alvorlighet i helse- og omsorgstjenesten, blant annet omsorgsbehov, risiko for sosial isolasjon og tap av mening, ensomhet, utrygghet, tap av verdighet, risiko for alvorlig omsorgssvikt, uhelse og mangel på pårørende/nærstående. Utvalget mener at mange av disse vil dekkes av dagens alvorlighetskriterium, der det legges vekt på risiko for død, fysisk og psykisk funksjonstap samt smerte og ubehag.

Utvalget mener at de elementene som inngår i den tekstlige beskrivelsen av alvorlighetskriteriet for spesialisthelsetjenesten, også kan benyttes for tiltak i den kommunale helse og omsorgstjenesten og i den offentlige tannhelsetjenesten. I tråd med utvalgets diskusjon om nyttekriteriet vil utvalget peke på at for mange av de tjenestene som gis av kommunene, vil det å opprettholde eller gi økt mestring være en sentral målsetting. Utvalget mener en beskrivelse av alvorlighet også må fange opp tap av/reduert mestring og foreslår at det eksisterende alvorlighetskriteriet suppleres med et strekpunkt:

– *graden av fysisk, psykisk og sosial mestring*

14.7 Utvalgets forslag til kriterier

Utvalget foreslår, i tråd med Meld. St. 34 (2015–2016), tre kriterier for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i den offentlige tannhelsetjenesten. De tre kriteriene benevnes nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet. Det foreslåtte ressurskriteriet er identisk med kriteriet som benyttes i spesialisthelsetjenesten. For nytte- og alvorlighetskriteriet foreslås disse utvidet med et punkt som fanger opp fysisk, psykisk og sosial mestring. I tillegg gjøres noen språklige justeringer for å tilpasse kriteriene til en sektor hvor det ikke bare er snakk om å yte helsehjelp. I utvalgets forslag til kriterier er derfor helsehjelp enten erstattet med *tiltak*, eller også strøket. Utvalget foreslår i tillegg å føye til *gode* leveår for å presisere at livskvalitet har betydning for vurderingen av alvorlighet.

Utvalget foreslår følgende nyttekriterium:

Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at tiltaket øker sannsynligheten for:

- *overlevelse eller redusert funksjonstap*
- *fysisk eller psykisk funksjonsforbedring*
- *reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag*
- *økt fysisk, psykisk og sosial mestring*

Utvalget mener denne beskrivelsen viderefører de aspekter ved nytte som er viktige for vurderinger i spesialisthelsetjenesten, og som også gjelder for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten. Samtidig er den tekstlige versjonen av kriteriet utvidet slik at den tar opp i seg at økt mestring er et viktig formål med helse- og omsorgstiltak.

Utvalget foreslår følgende ressurskriterium:

Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på.

Ressurskriteriet skal ikke brukes alene, men sammen med de to andre hovedkriteriene for prioritering.

Utvalget foreslår følgende alvorlighetskriterium:

Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra:

- *risiko for død eller funksjonstap*
- *graden av fysisk eller psykisk funksjonstap*

- *smerter, fysisk eller psykisk ubehag*
- *graden av fysisk, psykisk og sosial mestring*

Både nå-situasjonen, varighet og tap av fremtidige gode leveår har betydning for graden av alvorlighet. Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med tiltaket.

Utvalget mener denne beskrivelsen viderefører de aspekter ved alvorlighet som er viktige for vurderinger i spesialisthelsetjenesten, og som også gjelder for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten. Samtidig er den tekstlige versjonen av kriteriet utvidet slik at den tar opp i seg at økt mestring er et viktig formål med helse- og omsorgstiltak.

14.8 Samme kriterier i hele helse- og omsorgstjenesten?

Utvalgets forslag til kriterier for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten skiller seg altså i hovedsak fra dagens kriterier ved å legge til et punkt som fanger opp mestring, både i nytte- og alvorlighetskriteriet.

Utvalget har også diskutert ordlyden i de strekpunktene som er beholdt fra dagens kriterier. I dag benyttes begrepet *ubehag* både i nytte- og alvorlighetskriteriet. Opprinnelsen for denne bruken er i Lønning II-utvalgets forslag til beskrivelse av alvorlighet, og det spesifiseres at det er snakk om fysisk eller psykisk ubehag. Utvalget har diskutert om begrepet *uhelse* vil være mer dekkende. Verken *uhelse* eller *ubehag* har imidlertid noen entydig bruk i helse- og omsorgstjenesten. Utvalget velger derfor å beholde begrepet ubehag, men vil påpeke at det i tjenestens tolkning og praktisering av kriteriene bør utvikles en enhetlig forståelse av begrepets innhold og avgrensning i prioriteringssammenheng (digitalt vedlegg 2).

Utvalget argumenterer i kapittel 14.1 for at kriteriene for prioritering bør være gjennomgående i hele helse- og omsorgstjenesten. Når utvalget nå foreslår å inkludere *mestring* som en del av vurderingen av både nytte og alvorlighet, blir det også et spørsmål om dette bør inkluderes i de kriteriene som benyttes i spesialisthelsetjenesten. Dette er en problemstilling som ligger utenfor utvalgets mandat, men det bør, etter utvalgets oppfatning, vurderes i det videre arbeidet dersom man velger å innføre utvalgets forslag til kriterier i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten.

14.9 Kriteriene benyttet på administrativt og politisk nivå

Beslutninger som fattes på administrativt og politisk nivå i kommunal sektor, og beslutninger som omfatter folketrygdens stønad til tannhelsetjenester, er beslutninger som vil omfatte grupper av brukere eller pasienter¹. Ledere på ulike nivåer i helse- og omsorgstjenesten i kommuner og i den offentlige tannhelsetjenesten i fylkeskommuner treffer beslutninger om løpende drift, ressursallokering og fordeling av budsjetttrammer med konsekvenser for tilbudet til ulike grupper av individer. På politisk nivå fordeles fylkestinget og kommunestyret midler mellom helse- og omsorgstjenesten og andre (fylkes)kommunale oppgaver.

Det er klare paralleller i prioriteringsutfordringene på administrativt og politisk nivå på de ulike forvaltningsnivåene. Både kommunesektoren og spesialisthelsetjenesten må fatte beslutninger om hvordan tilgjengelige ressurser skal fordeles mellom tjenesteområder og bruker- og pasientgrupper. Det er likevel særtrekk som skiller beslutninger på kommunalt nivå fra de som gjøres for spesialisthelsetjenesten. For de fleste beslutninger som gjøres i spesialisthelsetjenesten om grupper av pasienter, vil gruppen som omfattes av tiltaket identifiseres gjennom en felles diagnose eller gjennom et forebyggende tiltak som skal forhindre en spesifikk fremtidig sykdom/lidelse. For mange av de prioriteringsbeslutningene som skal gjøres i kommunene, vil det være vanskelig å finne én *tilstandsspesifikk* fellesnevner for den gruppen som tiltaket spesielt vil være rettet mot. Særlig vil dette gjelde for omsorgstjenestene hvor formålet like mye er å bidra til at man kan leve godt med den helsetilstanden man har, som å bidra til bedret helse (utvalgets forslag om å inkludere *mestring* i kriteriene). Et annet særtrekk er, som tidligere beskrevet, kommunens brede samfunnsoppdrag. Mens spesialisthelsetjenesten prioriterer innen helsetjenesten, må kommunene i tillegg til å prioritere innad i helse- og omsorgstjenesten også måtte prioritere *mellom* ulike sektorer i kommunen.

I spesialisthelsetjenesten er nytte- og alvorlighetskriteriet gitt en kvantitativ utforming til bruk i beslutningssituasjoner på gruppenivå. Her anvendes prioriteringskriteriene i all hovedsak ved beslutninger i nasjonale systemer for prioritering; Beslutningsforum for nye metoder og Statens

legemiddelverk for legemidler finansiert over folketrygden. Det har så langt ikke utviklet seg en praksis hvor kriteriene aktivt benyttes i budsjett- eller planprosesser i de enkelte helseforetakene. Eksempelvis vil beslutningen om å innføre et legemiddel omfatte alle helseforetak og baseres på prioriteringskriteriene, mens beslutningen om hvilke tiltak som skal fortregnes (siden budsjettene ikke økes) er lokal og ofte skjer uten hensyn til de samme prioriteringskriteriene. Unntaket er i noen grad beslutninger om endring av behandlingsform, nye behandlingsmetoder eller organisering av behandlingsforløp hvor kostnad-effekt-analyser kan være en del av beslutningsunderlaget. Kostnad-effekt-analyser benyttes også i en viss grad i vurdering av forebyggende tiltak. Som omtalt i kapittel 4.1.4, er forslag om å lovfeste at det regionale helseforetaket skal innrette sitt tjenestetilbud i tråd med prioriteringskriteriene, sendt på høring, som oppfølging av Meld. St. 34 (2015–2016).

Utvalget mener prinsipper for prioritering rutinemessig bør inngå som grunnlag for beslutninger på administrativt og politisk nivå i kommunen og fylkeskommunen. Metodevurderinger kan, i noen tilfeller, også være viktige verktøy for å understøtte prioriteringsbeslutninger på administrativt og politisk nivå også i kommunene. Videre mener utvalget at prinsippene for prioritering bør legges til grunn for beslutninger for hvilke tannsykdommer eller tilstander som det skal ytes stønad til over folketrygden. Dette vil være beslutninger som fattes på statlig nivå.

14.9.1 Måling av nytte og alvorlighet på gruppenivå

Ved beslutninger som omfatter grupper, vil det i praksis være vanskeligere å kun benytte den tekstlige utformingen av kriteriene. Gruppene vil bestå av individer hvor både nytte og alvorlighet vil kunne være forskjellig. Beslutninger om prioritering på gruppenivå må dermed baseres på en vurdering av samlet nytte, ressursbruk og alvorlighet. Det er dermed hensiktsmessig å kunne gi nytte og alvorlighet et kvantitativt uttrykk. Uten en slik vurdering vil det kunne være vanskelig å sikre konsistens i prioriteringsvurderinger av ulike tiltak. Kvantifisering av kriteriene fordrer at nytte og alvorlighet kan oppsummeres på en måte som muliggjør rangering av tiltak på tvers av pasientgrupper. Meld. St. 34 (2015–2016) legger, i tråd med Norheim-utvalgets forslag, *gode leveår* til grunn som en slik måleenhet for nytte på gruppenivå. På samme måte som for nyttekriteriet leg-

¹ Utvalget definerer beslutninger om tildeling av tjeneste til individer (eks: hjemmesykepleie eller sykehjemsplass) som faglige beslutninger, jf. kapittel 2.3.

ges det til grunn at alvorlighet operasjonaliseres gjennom begrepet *tap av gode leveår* (absolutt prognosetap).

Et godt leveår tilsvarer et leveår med god helse. Begrepet fanger dermed opp både endringer i levetid og endringer i helserelatert livskvalitet. Gode leveår målt ved kvalitetsjusterte leveår (QALY) brukes i dag for å beskrive nytte i vurderinger om innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten og i vurderinger om finansiering av legemidler i blåreseptordningen.

Utvalget mener at nytte i prinsippet, også for de kommunale helse- og omsorgstjenestene, kan operasjonaliseres som *gode leveår*, og at alvorlighet på samme måte kan operasjonaliseres som *tap av gode leveår*. Det innebærer også, på samme måte som i spesialisthelsetjenesten, at nytten kan måles som kvalitetsjusterte leveår (QALY) og alvorlighet som forventet tap av kvalitetsjusterte leveår (QALY). Samtidig har utvalget i sine forslag til kriterier inkludert *mestring* som en dimensjon i både nytte og alvorlighetskriteriet. Det innebærer at utvalget legger noe mer i begrepene *gode leveår* og *tap av gode leveår* enn hva tilfellet er for spesialisthelsetjenesten. Dersom utvalgets forslag til kriterier skal kunne gis et operasjonelt innhold til bruk på administrativt og politisk nivå, er det nødvendig at det finnes instrumenter og metoder som gjør at dette kan fanges opp, for eksempel i QALY-beregninger.

Det finnes en rekke instrumenter som fanger opp ulike aspekter ved helserelatert livskvalitet hos individer. Disse kan benyttes som grunnlag for beregning av QALY ved tiltak i (spesialist)helsetjenesten. Utvalget har fått gjort en vurdering av bruk av QALY i prioriteringsbeslutninger for den kommunale helse- og omsorgstjenesten (digitalt vedlegg 5).

I praksis beregnes QALYs ved at pasienter bes fyller ut korte skjema med spørsmål om vurdering av egen funksjon eller plager. Livskvalitetsverdier for skjemaene er fremskaffet gjennom normalbefolkningens vurderinger av hypotetiske helsetilstander. Imidlertid er beregningen av QALYs begrenset av skjemaenes evne til å fange opp aktuelle dimensjoner av livskvalitet for gruppen og/eller behandlingstiltak under vurdering. Skjemaene er, slik de er utformet i dag, i liten grad egnet til å fange opp vesentlige aspekter ved nytten av for eksempel omsorgstiltak. Dette vil kunne gjelde forhold knyttet til både fysisk og psykisk funksjonsnivå og ikke minst forhold knyttet til sosial mestring.

Norheim-utvalget skriver om livskvalitet (NOU 2014: 12, s. 133):

Begrepet livskvalitet gir assosiasjoner til et bredt sett av dimensjoner som ikke bare dreier seg om helse. I de sammenhenger hvor man søker å måle forbedringer i folks helsetilstand, har man derfor valgt å avgrense begrepet til helserelatert livskvalitet.

De mest benyttede skjemaene som er utviklet for å beregne QALYs, måler i stor grad endringer i helse. Skjemaene er utviklet med tanke på å fange opp endringer i helse langs dimensjoner som man mener er relevant for den helserelaterte livskvaliteten. For mange tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er målet å hjelpe folk til å leve gode liv, til tross for redusert helse. Når helsen i stor grad er uendret, men tiltaket man igangsetter har som mål å bidra til økt livskvalitet, vil dette i liten grad fanges opp av skjema som benyttes til å beregne QALY. Eksempelvis kan man tenke seg en bruker som har mistet gangfunksjonen. Tiltak for å øke livskvaliteten kan dreie seg om tilrettelegging av hjemmet slik at man kommer seg fram med rullator eller rullestol, uten problemer. Tiltaket har åpenbar nytte, men dette vil ikke fanges opp av QALY-beregninger som i hovedsak ser etter endringer i *helserelatert* livskvalitet (Augestad og Rand 2018, digitalt vedlegg 5).

Kompleksiteten i helsetilstanden og multisykdom hos pasienter og brukere i den kommunale helse- og omsorgssektoren utgjør i mange tilfeller et eget problem ved måling av nytte. Mange pasienter/brukere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har flere sykdommer/tilstander samtidig. Grimsmo anslår at «over 90 prosent av brukerne av den kommunale helse- og omsorgstjenesten har multisykdom, gjennomsnittlig 4–5 lidelser. Multisykdom er normen langt mer enn enkelt diagnose» (Grimsmo 2018, s. 103). For å måle effekten av tiltak på gruppenivå, må man kategorisere pasientene etter en fellesnevner, for eksempel en diagnose. I tilfeller med multisyke vil dette kunne være vanskelig. For en rekke sykdommer, for eksempel demens og psykiske lidelser, vil det også være vanskelig å fange opp endringer i livskvalitet med de vanlige skjemaene. Det er forsøkt å komme seg rundt disse utfordringene ved å lage egne skjemaer til disse gruppene. Problemet er at det da blir vanskelig å sammenlikne effekt av tiltak på tvers av grupper.

Det er voksende interesse for utvikling og bruk av QALYs i omsorgstjenester. I den grad det er konsensus om QALY-instrumenter anvendt på omsorgssektoren er det at disse kan være relevante, men at de i dag ikke er tilstrekkelig dekkende for sektorens målsetninger, og ikke til-

strekkelig sensitive når det gjelder effekter utover helse (Augestad og Rand 2018, digitalt vedlegg 5). Det finnes en rekke skjemaer og måleinstrumenter for å beskrive eller måle pasienter/brukeres opplevelse og effekter av behandling i ulike typer omsorg, men få av disse er egnet eller laget for å beregne effekter i tråd med QALY-modellen.

Internasjonalt arbeides det for å utvikle måling og dokumentasjon av effekten av tiltak til et videre spekter av offentlige tjenester, inkludert helse- og omsorgstjenester. Det mest fremtredende forsøket på å tilpasse QALYs utenfor den rene helse-sektoren er prosjektet *Extending the QALY* (E-QALY). E-QALY ble initiert på bakgrunn av *Five Years Forward View* (National Health Services (NHS) 2014), som søker sterkere integrering og koordinering av beslutninger og behandling på tvers av sektorer, spesielt for brukere med lang-siktige behandlings- og omsorgsbehov (Augestad og Rand 2018, digitalt vedlegg 5).

For mange av de kommunale helse- og omsorgstjenestene mener utvalget at det ikke er naturlig å avgrense nyttebegrepet til helserelatert livskvalitet. En konsekvens av dette er at vi i dag ikke har mulighet til å benytte QALY-rammeverket til å anslå nytten av omsorgstjenester på gruppenivå. Utvalget mener derfor at det vil være mer utfordrende å prioritere på administrativt og politisk nivå i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i den offentlige tannhelsetjenesten enn hva tilfellet er for spesialisthelsetjenesten. Utvalget presenterer et forslag til hvordan kriteriene kan implementeres i praksis i kapittel 15.2.

14.9.2 Diskontering

Både gevinster og kostnader kan oppstå på ulike tidspunkt. Forebyggende tiltak innebærer bruk av ressurser nå for å oppnå en potensiell gevinst fram i tid. I økonomiske analyser er det vanlig å legge mindre vekt på gevinster og kostnader som oppstår fram i tid, fremtidige kostnader og gevinster diskonteres. Det er intuitivt rimelig at 10 000 kroner i dag er mer verdt for oss enn 10 000 kroner om 20 år. Det er imidlertid mindre åpenbart at dersom to tiltak er like ressurskrevende, vil et tiltak som gir ett ekstra godt leveår i dag, være mindre verdt enn et tiltak som gir ett ekstra godt leveår om 20 år.

Norheim-utvalget diskuterer dette og argumenterer for at man ikke bør legge mindre vekt på helsegevinster som oppstår fram i tid. Den praktiske konsekvensen av et slikt syn er at forebyggende tiltak vil få høyere prioritet i forhold til dagens system hvor også helsegevinster diskonte-

res. Norheim-utvalgets forslag ble ikke fulgt opp i Meld. St. 34 (2015–2016), og både helsegevinster og kostnader diskonteres i dag med 4 prosent.

Utvalget mener det vil være unaturlig å benytte en annen diskonteringsrate i vurderinger av tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten enn hva tilfellet er i spesialisthelsetjenesten. Samtidig vil utvalget påpeke at spørsmålet om diskontering av helsegevinster bør være gjenstand for videre utredning. Forebygging er en kjerneoppgave for kommunene, og valg av diskonteringsrate vil kunne være av stor betydning for de prioriteringer kommunene skal gjøre på administrativt og politisk nivå.

14.10 Utvalgets vurdering av andre kriterier

Norheim-utvalget vurderte også om alder, mangel på alternative tiltak, tiltakets bidrag til innovasjon eller sykdommens sjeldenhet burde inngå som egne prioriteringskriterier. Ingen av disse forholdene foreslås imidlertid tatt inn som egne kriterier. Utvalget ser ikke forhold i den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller ved de offentlige finansierte tannhelsetjenestene som skulle tilsi andre vurderinger.

I beslutninger om tiltak som angår enkeltindivider, vil det allikevel i praksis også være andre hensyn som kan bli tillagt vekt, enn de som er omfattet av nytte-, ressurs- og alvorlighetskriteriet. I Meld. St. 34 (2015–2016) er det åpnet for at forhold knyttet til pasienten/brukerens pårørende kan bli vektlagt. Magnussen-gruppen eksemplifiserer dette gjennom pasienter/brukere som har ansvar for andre familiemedlemmer med særlige behov. Her vil funksjonstapet være alvorlig, ikke bare for pasient/bruker, men også for familien.

Samtidig understrekes det i Meld. St. 34 (2015–2016) at det vil være urimelig dersom pasienter/brukere med mange pårørende blir prioritert foran pasienter/brukere med få pårørende. Utvalget er enig i at antallet pårørende ikke kan være relevant for prioritering, men mener at det vil være relevant å vektlegge omsorgsansvar for pårørende. I mange tilfeller vil pasienten/brukerens livssituasjon kunne ha stor innvirkning også på pårørendes helsetilstand og livskvalitet. Pårørende utfører i mange tilfeller en stor del av omsorgen for hjemmeboende pasienter/brukere og bidrar på den måten til å avlaste helse- og omsorgspersonellet. Pårørendes helse kan redu-

seres dersom belastningen ved å ta omsorg for pasienten/brukeren blir for stor. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil det derfor være aktuelt å vektlegge hensynet til pårørende.

Et eksempel på forhold som kan bli vektlagt i prioriteringsvurderinger på faglig nivå, er om pasienten/brukeren settes i en uverdigg situasjon uten helse- og omsorgstjenester. Mange tiltak har som formål å ivareta brukerens verdighet. Dette vil blant annet gjøre seg gjeldende når man setter inn tiltak til pasienter med behov for palliasjon i livets slutfase, for personer med langt fremskreden kognitiv svikt eller for personer med store psykiske helseutfordringer. Skjønnsmessige vurderinger knyttet til tiltak som vanskelig kan måles som endring i pasienten/brukerens tilstand, er derfor, etter utvalgets vurdering, viktige tilleggsvurderinger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utvalget viser også til sin vurdering av grunnleggende behov i kapittel 14.10.1.

Enkelte forhold er ikke relevante i prioriteringsvurderinger. I dagens prioriteringsveiledere til bruk ved vurderinger av pasienters rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten pekes det på flere slike forhold. Pasientens kjønn, etnisk tilhørighet, tidligere helseskadelig atferd, arbeidsvne (produktivitet), livssyn, seksuell orientering og sosial status er omtalt som irrelevante som del av rettighetsvurderinger. Utvalget vil også, i tråd med tidligere prioriteringsutredninger, understreke at alder i seg selv ikke er et relevant kriterium ved vurderingen av om en pasient skal motta et tiltak. Tilsvarende er ikke yrkesaktivitet i seg selv et vurderingskriterium, men at man i nyttevurderingen kan inkludere eventuelle livskvalitets- og mestringsaspekter ved det å være i arbeid.

Norheim-utvalget pekte på at det kan være ulikhet i nyttevurderinger mellom pasienter/brukere og helsepersonell. Utvalget vil understreke viktigheten av at det legges vekt på pasienten/brukerens vurdering av nytte.

14.10.1 Om ivaretagelse av grunnleggende behov i prioriteringsdiskusjonen

Helse- og omsorgstjenesteloven beskriver hvilke tjenester kommunene skal tilby. Den regulerer i all hovedsak ikke hvordan tjenestene skal organiseres og gir heller ikke klare retningslinjer for hvilket nivå tjenestene skal ligge på. Kommunens plikt er å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester på et forsvarlig nivå. Med dette henvises det til en målestokk for kommunens plikter, fordelt på tre hoveddimensjoner; kvalitet, omfang og tidspunkt. I tolkningen skal det trekkes inn flere

momenter i en helhetsvurdering, herunder faglige, politiske og etiske betraktninger. På et kommunalt politisk/administrativt nivå må det legges til grunn at kommunen har plikt til å sørge for et tilbud som kan møte presenterte behov, variasjon i behov og fremtidige behov sett i forhold til omfang, kvalitet og tidspunkt for ytelser. Når det gjelder den enkeltes rett til nødvendige og forsvarlige tjenester, følger dette av pasient- og brukerrettighetsloven og krever at pasienten/brukeren har et konkret, nødvendig behov.

Kravet som loven stiller til forsvarlighet, innebærer at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang. Forsvarlighetskravet viser til normer som beskriver hvordan tjenestene bør være. Slike normer kan betegnes som god praksis. Dette er ikke et presist begrep, men kan i denne sammenhengen tolkes som et utgangspunkt for å fastlegge hvor grensen mot det uforsvarlige går. Det vil si de konkrete vurderingene av hvor store avvik fra god praksis som kan aksepteres før avviket medfører at tjenesten blir uforsvarlig. Mellom god praksis og forsvarlighetskravets nedre grense vil det være rom for at kommunen kan utøve skjønn.

Praksisen må ta utgangspunkt i fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnssetiske normer, herunder nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer.

Utvalget vil trekke fram forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene og forskrift om en verdig eldreomsorg. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene skal sikre at innbyggerne får ivarett sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel, mens forskrift om en verdig eldreomsorg skal sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at dette bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom.

Regelverket skal sikre at innbyggere med rett til tjenester får et visst minimumsnivå av tjenester. Utvalget mener at både helse- og omsorgstjenesteloven og de tilhørende forskriftene kan danne et godt utgangspunkt for en diskusjon om hva som ligger i det ansvaret kommunene har for en ivaretagelse av innbyggernes grunnleggende behov. Det ligger allikevel et betydelig rom for skjønn i vurderingen av når kravet til forsvarlighet og kommunens ansvar for å dekke grunnleggende behov er oppfylt.

Utvalget har redegjort for det rettslige grunnlaget for prioriteringer i kapittel 7. Her påpekes blant annet at det må innfortolkes en begrensning i retten til å få nødvendige helse- og omsorgstje-

nester fra kommunen, som tilsvarer ressursbegrensningen i retten til å få helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Samtidig fastslo Høyesterett i Fusa-dommen (se kapittel 7.1.2) at kommunen ikke kan gå under den normen som følger av kravet til en forsvarlig minstestandard. Hva som må til for å oppfylle en slik minstestandard, vil kunne variere mellom brukere, men det vil i mange tilfeller kunne kreve en betydelig ressursinnsats.

Meld. St. 34 (2015–2016) diskuterer om man ved prioriteringer i spesialisthelsetjenesten bør operere med eksplisitte grenser for hva man vil bruke av ressurser for å oppnå ett godt leveår ekstra. Både Norheim-utvalget og Magnussen-gruppens forslag innebar en øvre grense på mellom 800 000 og 1 million kroner. Begge påpekte imidlertid at det ville være nødvendig å kombinere disse med skjønnsmessige vurderinger. Helse- og omsorgsdepartementet argumenterer i stortingsmeldingen for at en eksplisitt grense vil være u hensiktsmessig. For beslutninger på gruppenivå overlates det derfor til Statens legemiddelverk og Beslutningsforum for nye metoder å vurdere forholdet mellom nytte, kostnad og alvorlighet. I denne vurderingen mener Helse- og omsorgsdepartementet allikevel at «den tankegangen som ligger bak Norheim-utvalget og Magnussen-gruppens forslag» vil være nyttig. I praksis har man derfor i spesialisthelsetjenesten lagt seg på en politikk hvor man kun unntaksvis aksepterer en kostnad på mer enn 1 million kroner for et godt leveår.

En slik kostnadsgrense vil i praksis innebære at det for mange brukere i kommunene vil være vanskelig å ivareta grunnleggende behov for omsorgstjenester på et forsvarlig nivå, uten å gå ut over de implisitte kostnadsgrensene som er etablert i spesialisthelsetjenesten. Utvalget påpeker i kapittel 14.1 at prinsipper og kriterier for prioriteringer, så langt mulig, bør være konsistente gjennom hele helse- og omsorgstjenesten. Det innebærer at det ikke bør være vesensforskjeller i de vurderinger som gjøres om forholdet mellom nytte, alvorlighet og ressursbruk for kommunale helse- og omsorgstjenester, offentlig finansierte tannhelsetjenester og tilsvarende vurderinger i spesialisthelsetjenesten. Dersom man for tiltak med sammenliknbar effekt aksepterer en vesentlig høyere ressursbruk knyttet til tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, ville dette undergrave legitimiteten til de prioriteringene som gjøres i spesialisthelsetjenesten, og vice versa.

Utvalget vil imidlertid peke på at det går et grunnleggende skille mellom tjenester som har

som sitt primære formål å behandle eller forbygge sykdom, og tjenester som har som sitt primære formål å ivareta innbyggernes grunnleggende behov. For den første gruppen tjenester mener utvalget at de samme vurderinger av forholdet mellom nytte, alvorlighet og kostnader bør gjelde for kommunale helse- og omsorgstjenester og offentlige finansierte tannhelsetjenester som for spesialisthelsetjenesten. For den siste gruppen mener utvalget at samfunnet må akseptere den kostnaden som er nødvendig for å gi et minstenivå av tjenester. Dette vil også gjelde i de tilfeller hvor denne kostnaden er høyere enn de implisitte grensene som gjelder i spesialisthelsetjenesten. Disse grensene kommer først til anvendelse dersom det for disse brukerne er ønskelig å øke nivået av tjenester ut over minstenivået med hensyn til å få dekket grunnleggende behov. I så fall må også disse beslutningene begrunnes i en vurdering av nytte, alvorlighet og kostnader.

14.11 Forholdet mellom nytte-, ressurs- og alvorlighetskriteriet

14.11.1 Faglig nivå

Forholdet mellom de ulike prioriteringskriteriene ble diskutert både av Lønning II-utvalget, Norheim-utvalget, Magnussen-gruppen og i Meld. St. 34 (2015–2016). For spesialisthelsetjenesten reguleres også dette av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b og i den tilhørende prioriteringsforskriften § 2.

I spesialisthelsetjenesten vil tildeling av rett til nødvendig helsehjelp baseres på en vurdering av forholdet mellom nytte og ressursbruk. Pasienten må for det første ha forventet nytte av tiltaket, og denne nytten må stå i et rimelig forhold til tiltakets kostnader. Alvorlighetskriteriet kommer først til anvendelse når pasienten er tildelt rett. Prioriteringsforskriften § 2-1 sier at pasienter med rett til nødvendig helsehjelp skal prioriteres etter alvorlighet og hastegrad.

For de tjenestene som omfattes av utvalgets mandat, reguleres rettighetene av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a (kommunale helse- og omsorgstjenester), § 2-1 c (fastlege), § 2-1 d (brukerstyrt personlig assistanse) og § 2-1 e (sykehjem). For disse tjenestene er det imidlertid ingen tilhørende prioriteringsforskrift som utdyper avveiningen mellom prioriteringskriteriene. Utvalget diskuterer dette i kapittel 18.2 om virkemidler.

Utvalget mener prinsipielt at ethvert tiltak i helse- og omsorgstjenesten, uavhengig av om dette dreier seg om tiltak i den kommunale helse-

omsorgstjenesten, i den offentlige tannhelsetjenesten eller i spesialisthelsetjenesten, må baseres på en forutsetning om at tiltaket har forventet positiv nytte. Dersom kunnskapsbasert praksis ikke tilsier at et tiltak har nytte, skal tiltaket heller ikke ha prioritet.

Samtidig vil utvalget igjen peke på at utfordringene med å vurdere og måle nytte er større for deler av de tjenestene som utvalget her diskuterer, enn hva tilfellet er i spesialisthelsetjenesten. I særlig grad vil dette gjelde omsorgstjenestene. Ved å supplere nyttekriteriet med et punkt som fanger opp fysisk, psykisk og sosial mestring, mener imidlertid utvalget at det også for disse tjenestene er relevant å basere tildelingen på en forutsetning om at tiltaket har positiv (forventet) nytte. Utvalget mener videre at den tekstlige beskrivelsen av nyttekriteriet gir tilstrekkelige støtte for vurdering av nytte på faglig nivå.

Utvalget mener derfor den beskrivelsen av avveining mellom kriteriene som gis i Meld. St. 34 (2015–2016), kapittel 9.5 for spesialisthelsetjenesten, også kan gjelde for de tjenestene som dekkes av utvalgets mandat.

Utvalget vil imidlertid understreke at det bør være en totalvurdering basert på alle de tre kriteriene som avgjør hvilken prioritet et tiltak skal ha. Magnussen-gruppen foreslo å løfte prioriteringskriteriene inn i lovteksten, subsidiært å tydeliggjøre alvorlighetskriteriet i prioriteringsforskriften. Ingen av disse forslagene ble fulgt opp i Meld. St. 34 (2015–2016). Som en oppfølging av meldingen har Helse- og omsorgsdepartementet sendt på høring forslag om å lovfeste at det regionale helseforetaket skal innrette sitt tjenestetilbud i tråd med prioriteringskriteriene, og forslag om endringer i prioriteringsforskriften for å sikre en begrepsbruk i samsvar med meldingen.

På faglig nivå vil den praktiske anvendelsen av kriteriene avhenge av situasjonen. Anvendelse i ulike beslutningssituasjoner beskrives nærmere i kapittel 15. I spesialisthelsetjenesten legges det til grunn at kriteriene på klinisk nivå må suppleres med skjønnsmessige vurderinger som ikke fanges opp i kriteriene. På samme måte mener utvalget at relevante skjønnsmessige vurderinger må inngå i totalvurderingen av tiltak i helse- og omsorgstjenesten.

Hvilken rolle andre hensyn bør spille i møte med den enkelte pasient/bruker, avhenger av konteksten. Utvalget påpeker at det ikke er rimelig at høyere verdi av den enkeltes arbeidskraft i form av arbeidsdeltakelse eller lønnsinntekt skal gi høyere prioritet. Heller ikke er det rimelig at

personer med stort sosialt nettverk, og dermed stor potensiell reduksjon i sosial funksjon skal gis større prioritet. Derimot kan praktiske forhold i brukerens liv og hverdag, som arbeids- og familieforhold, være relevant å legge vekt på. Som for spesialisthelsetjenesten er verdighet en viktig vurdering i den kliniske hverdagen. Brukerens opplevelse av egen verdighet kan derimot være annerledes enn helse- og omsorgspersonellens observasjon av dette. Også hensynet til andre berørte kan bety noe for prioritering. I helse- og omsorgstjenesten er omsorgsbelastningen for pårørende relevant å ta hensyn til. Helse- og omsorgspersonell må videre ha rom for å lindre og trøste, selv om tiden kunne blitt brukt til andre brukere og pasienter.

14.11.2 Administrativt og politisk nivå

I spesialisthelsetjenesten skjer vekting av kriteriene på gruppenivå gjennom to trinn. Først uttrykkes forholdet mellom kostnader og nytte gjennom en kostnad-effektbrøk. Deretter vektes denne etter graden av alvorlighet på en slik måte at man for alvorlige tilstander er villige til å akseptere en høyere kostnad enn for mindre alvorlige tilstander. Norheim-utvalget foreslo tre alvorlighetsgrupper med vekt 1, 2 og 3, mens Magnussen-gruppen foreslo en mer finmasket vekting av alvorlighet gjennom seks ulike grupper. Også hos Magnussen-gruppen ble de mest alvorlige vektet tre ganger så høyt som de minst alvorlige tilstandene. Verken Norheim-utvalgets eller Magnussen-gruppens forslag ble fulgt opp i Meld. St. 34 (2015–2016). Her ble avveiningen mellom kostnad-effektbrøken og alvorlighet overlatt til Beslutningsforum for nye metoder og Statens legemiddelverk. Det forutsettes at kostnad-effektbrøken beregnes med utgangspunkt kvalitetsjusterte leveår (QALY).

Når det i praksis ikke vil være mulig å benytte QALYs til å anslå tiltakenes nytte eller alvorlighet, kan man heller ikke beregne en samlet kostnad-effektbrøk. Dette utelukker, etter utvalgets oppfatning, ikke at kriteriene både kan og bør anvendes på administrativt og politisk nivå. Ved prioritering mellom tjenesteområder og beslutninger om endring i kapasitet må kommunene gjøre en samlet vurdering av nytten av tiltakene, graden av alvorlighet dersom de ikke gjennomføres og hvilken samlet ressursbruk tiltakene vil kreve. Utvalget beskriver i kapittel 15.2 hvordan kommunene i praksis kan benytte slike vurderinger som underlag for sine prioriteringsbeslutninger.

Kapittel 15

Praktisk anvendelse av utvalgets forslag til kriterier

Utvalget er bedt om å vurdere om og eventuelt hvordan forslag til prinsipper for prioritering, herunder prioriteringskriterier kan anvendes på ulike beslutningsnivåer og i ulike beslutningssituasjoner.

Utvalget mener at de tre kriteriene, nytte, ressurs og alvorlighet er relevante både på faglig, administrativt og politisk nivå. Det betyr at beslutningstakere på alle nivåer bør ta hensyn til kriteriene når det skal fattes prioriteringsbeslutninger. Den praktiske anvendelsen av kriteriene vil derimot være ulik, avhengig av nivå.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten er en førstelinjetjeneste. Et vesentlig poeng i denne delen av tjenesten er at terskelen for å ta kontakt med for eksempel fastlege eller helsestasjon *skal* være lav. I motsetning til i spesialisthelsetjenesten vil kriteriene bare i begrenset grad benyttes i vurdering av pasientens rett til kontakt med tjenesten. Selv om terskelen for å oppsøke tjenesten er lav, vil kriteriene allikevel kunne anvendes når helse- og omsorgspersonell skal vurdere hvem som har behov for rask tilgang, og hvem som kan vente noe lenger. I omsorgstjenestene og innen rehabilitering vil det imidlertid i mange tilfeller skje en prioritering ved at det gjøres en vurdering av brukerens behov og funksjonsnivå før det fattes vedtak om det skal iverksettes tiltak. Kriteriene vil da, etter utvalgets mening, ha større relevans.

Vurderinger av hvilke tannsykdommer eller tilstander som skal finansieres over folketrygden, vil foretas på statlig nivå. På dette nivået mener utvalget at det må foretas en vurdering i samsvar med prioriteringsprinsippene. Folketrygdens regelverk er utformet slik at dersom vilkårene for stønad er oppfylt, vil den enkelte ha rett til å få stønaden. I slike tilfeller vil den enkelte tannlege eller tannpleier kun vurdere om vilkårene for stønad er oppfylt og ikke foreta en vurdering etter prioriteringsprinsippene. Dette skiller seg derfor fra vurderinger som tas for tiltak i den offentlige tannhelsetjenesten.

15.1 Faglig nivå

Hver dag står helse- og omsorgspersonell overfor ressursmessige begrensninger blant annet knyttet til egen tid. Beslutninger må tas innenfor disse rammene og i lys av ansvaret de har for alle sine pasienter og brukere. Beslutningene skal være i tråd med faglige retningslinjer, faglig skjønn og kravet til forsvarlighet. Kriteriene kan veilede beslutningstakere. Utvalgets forslag til kriterier skal kunne anvendes i praksis på faglig nivå, det vil si i brukernes møte med helse- og omsorgspersonell.

Når personell i helse- og omsorgstjenesten møter den enkelte pasient, styres prioriteringsbeslutningene av faglig og moralsk skjønn. Prioriteringskriterienes viktigste funksjon er å informere og understøtte disse beslutningene.

De ulike dimensjonene i nytte- og alvorlighetskriteriet beskriver hvilke forhold som bør legges vekt på, både når man skal vurdere om det skal gis en tjeneste og når man skal vurdere hvem som bør få tjenestene først, og hvem som kan vente noe lenger.

Vurderinger i møte med pasienter og brukere med et øyeblikkelig hjelp-behov er i stor grad like i spesialisthelsetjenesten, den offentlige tannhelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vurderinger av om pasient og bruker skal ha et vedtak om tildeling av kommunal helse- og omsorgstjeneste, er beslutninger som angår enkeltindivider og som baseres på en faglig vurdering. Det finnes ikke nasjonale retningslinjer for tildeling av tjenester. Noen kommuner har utarbeidet lokale veiledere for når en pasient/bruker skal tilbys tjenester, og kommunene er pålagt å utarbeide lokale forskrifter som regulerer tildeling av sykehjems plass. Det vil dermed variere fra kommune til kommune hvilke forhold som tillegges vekt. Utvalget mener at kommunene ved vedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester bør benytte de foreslåtte kriteriene nytte, ressurs og alvorlighet.

For å sikre at beslutningstakere vektlegger forhold som er i tråd med kriteriene, er det samtidig viktig med gode virkemidler som kan veilede beslutningstakere. Virkemidler som veiledere og beslutningsstøttesystemer kan bidra til økt tydelighet om hvordan prinsipper for prioritering skal forstås og brukes på faglig nivå.

Utvalget mener derfor at man, på samme måte som i spesialisthelsetjenesten, bør utarbeide nasjonale prioriteringsveiledere som beskriver hvordan nytte- og alvorlighetskriteriet normalt skal tolkes ved tildeling av vedtaksbaserte kommunale tjenester. Prioriteringskriteriene bør videre diskuteres og gjennomgås i relevante fora slik at de blir internalisert og integrert i helse- og omsorgspersonells vurderinger. Utvalgets forslag til virkemidler er nærmere omtalt i kapittel 18.

For andre tjenester vil prioritering på faglig nivå ikke bare dreie seg om hvorvidt det skal gis et tiltak, men i stor grad hvordan helse- og omsorgspersonell fordeler arbeidstiden sin mellom ulike oppgaver og individer. En fastlege eller en helsesøster kan ikke si *nei* til individer som ber om hjelp, men de kan organisere virksomheten sin slik at tilgangen blir lettere for de med størst (forventet) nytte og høyest (antatt) grad av alvorlighet. Dette innebærer at fastlegen må vurdere fordeling av sin arbeidstid mellom øyeblikkelig hjelp og planlagte konsultasjoner. Videre må fastlegen når det kommer henvendelser gjøre en vurdering av den forventede nytten av tiltaket og hvor alvorlig det vil være for pasienten om tiltaket ikke tilbys, alternativt utsettes til et senere tidspunkt. Det følger av fastlegeforskriften § 21 at fastlegen skal prioritere sine listeinnbyggere etter «haste- og alvorlighetsgrad». Utvalget mener at den beskrivelsen som er gitt av alvorlighet, må legges til grunn for fastlegens vurdering av haste- og alvorlighetsgrad.

Fastlegene har også et ansvar for individrettet forebygging for pasienter på sin liste. Det innebærer at de må vurdere fordeling av sin arbeidstid mellom forebyggende arbeid og behandling. I tillegg må fastlegen vurdere nytten av å iverksette forebyggende tiltak for den enkelte pasient, samt konsekvensene for pasientenes fremtidige helse, funksjonsnivå og mestring dersom tiltakene ikke iverksettes.

Helsepersonell er en knapp ressurs. Det innebærer at det er særlig viktig at man vurderer den faktiske nytten av de oppgavene man utfører. Kan oppgaver som i dag utføres av én profesjon, like effektivt gjøres av andre, og er det nødvendig at alle individer mottar samme mengde tjenester? Utvalget vil påpeke at en hensiktsmessig priorite-

ring også innebærer en vurdering av hvilke yrkesgrupper som på en mest mulig kostnadseffektiv måte kan utføre de enkelte oppgavene.

15.1.1 Særskilt om individrettet forebygging

Individrettet forebygging er en lovpålagt oppgave for helse- og omsorgstjenesten. Forebygging er potensielt svært effektivt fordi man ved begrenset ressursinnsats kan oppnå betydelige gevinster, både i form av nytte, i form av redusert fremtidig bruk av helse-, omsorgs- og sosialtjenester og også i form av økt yrkesdeltakelse. For enkelte individrettede forebyggingstiltak vil det kunne være usikkerhet knyttet til om man faktisk vil oppnå den ønskede effekten, og det vil kunne være vanskelig å skille effekten av forebyggings-tiltaket fra andre faktorer. Informasjon om nytte og alvorlighet vil normalt foreligge på gruppenivå, og det vil være naturlig å ta utgangspunkt i denne ved vurdering av tiltaket.

Ved vurdering av om man skal iverksette et individrettet forebyggende tiltak vil det dermed være naturlig å ta utgangspunkt i (anslått) nytte og alvorlighet. Disse bør vurderes og beskrives i tråd med kriteriets utforming. Antatte konsekvenser for alle de fire dimensjonene i kriteriet (levetid/død, funksjonsnivå/funksjonstap, smerter/ubehag, mestring) må vurderes og beskrives på en slik måte at man kan vurdere individer opp mot hverandre i forhold til både nytte og alvorlighet.

Endelig må ressursbruken beskrives. Dette vil innebære både en beskrivelse av den direkte ressursbruken knyttet til tiltaket, og de forventede indirekte kostnadene og/eller besparelsene ved fremtidig (redusert) bruk av tjenester. Her skal, i tråd med prinsippene i spesialisthelsetjenesten, produksjonsgevinst ikke regnes med.

Kommunene må, i sin vurdering av nytte og alvorlighet, ta utgangspunkt i det kunnskapsgrunnlaget som foreligger om nytte/alvorlighet av det aktuelle forebyggende tiltaket på gruppenivå. Det ekskluderer ikke muligheten for å gjøre skjønnsmessige vurderinger knyttet til enkeltindivider, men det understrekes at også individrettet forebygging skal være kunnskapsbasert, så langt det er mulig.

15.2 Administrativt og politisk nivå

På administrativt og politisk nivå fattes beslutninger som får konsekvenser for grupper av brukere. I budsjettprosessene fordeles ressurser mellom ulike typer tjenester. Dette er både fordeling mel-

lom ulike kommunale tjenesteområder og fordeling av ressurser mellom de ulike oppgavene som helse- og omsorgstjenesteloven og tannhelsetjenesteloven pålegger kommunene/fylkeskommunene å utføre, og helse- og omsorgsoppgaver som kommunene frivillig påtar seg.

De beslutninger som foretas på administrativt og politisk nivå i kommunen, vil bestemme kapasiteten innen de ulike tjenesteområdene, og dermed ha stor betydning i prioriteringssammenheng. Beslutninger som foretas på statlig nivå om hvilke tannsykdommer eller tilstander som skal finansieres av folketrygden, er en nasjonal prioritering som vil ha konsekvenser for fordelingen av ressurser på statlig nivå, men er ikke gjenstand for noen lokalpolitisk prioritering.

Mens prioritering på faglig nivå skjer ut fra den tekstlige beskrivelsen av kriteriene, vil det på administrativt og politisk nivå være behov for å gi kriteriene en mer kvantitativ form. I spesialisthelsetjenesten skjer dette gjennom å vurdere forholdet mellom kostnad og effekt målt ved kvalitetsjusterte leveår (QALY), og så justere dette for alvorlighet, også målt gjennom QALY.

Som påpekt tidligere, vil det for flere av de kommunale helse- og omsorgstjenestene ikke være mulig å kvantifisere verken nytte eller alvorlighet ved hjelp av QALYs. Selv om den prinsipielle tenkningen som ligger bak QALYs, også kan anvendes på disse tjenestene, finnes det i dag ikke praktiske instrumenter som gjør det mulig å foreta en meningsfull beregning av QALY-gevinsten, for eksempel ved styrking av sykehjemstilbudet. Når kriteriene skal benyttes på administrativt/politisk nivå må man dermed benytte en annen tilnærming enn i spesialisthelsetjenesten.

I spesialisthelsetjenesten benyttes kriteriene på administrativt nivå primært i nasjonale beslutningssystemer for prioritering, det vil si Beslutningsforum for nye metoder og Statens legemiddelverk (se boks 15.1). Kriteriene benyttes i liten grad i løpende budsjettering og virksomhetsstyring. Til tross for de utfordringer utvalget har beskrevet for å kvantifisere nytte- og alvorlighetskriteriene på gruppenivå, mener utvalget at de kriteriene som foreslås, også med fordel kan anvendes på administrativt nivå.

På mange områder i offentlig sektor tas det beslutninger som innebærer en samlet vurdering av flere kriterier i situasjoner hvor kriteriene ikke nødvendigvis er basert på presise kvantitative mål. Et nærliggende eksempel er offentlige anskaffelser av tjenester hvor beslutning fattes basert på både pris og kvalitet. Prinsippene og tankegangen som ligger bak disse beslutningene,

Boks 15.1 Nye metoder i spesialisthelsetjenesten

Systemet for Nye metoder (nyemetoder.no) er etablert for å gi pasienter trygghet for at de nye metodene som innføres, er vurdert med hensyn på effekt og sikkerhet. Målet med systemet er å få en mer kunnskapsbasert og helhetlig prosess når man innfører nye metoder i spesialisthelsetjenesten, og å sikre likeverdig og rask tilgang til nye og innovative metoder.

I systemet for Nye metoder brukes metodevurderinger for å vurdere effekt, sikkerhet og kostnadseffektivitet av metoden, og eventuell merverdi blir sammenliknet med eksisterende behandling. I tillegg kan andre forhold som organisasjonsmessige konsekvenser, juridiske og etiske spørsmål bli belyst. Metodevurderingene utgjør en viktig del av kunnskapsgrunnlaget for beslutninger om eventuell innføring eller utfasing av metoder.

Nye metoder er basert på et tett samarbeid mellom de regionale helseforetakene, helseforetakene (sykehusene), Statens legemiddelverk, Folkehelseinstituttet, Statens Strålevern og Helsedirektoratet.

kan også anvendes ved beslutninger om prioriteringer. Utvalget har bedt Folkehelseinstituttet om en vurdering av en praktisk fremgangsmåte for hvordan kommunene kan prioritere på administrativt nivå (digitalt vedlegg 4). Folkehelseinstituttets vurderinger kan oppsummeres slik:

Det finnes tilgjengelig metodikk, betegnet Multi Criteria Decision Analysis (MCDA), som kan benyttes i prioriteringsbeslutninger på administrativt og politisk nivå, også i tilfeller der det ikke er mulig å måle nytte og alvorlighet på samme måte som i spesialisthelsetjenesten. I praksis innebærer dette at man først gjør (kunnskapsbaserte) vurderinger av grad av nytte, grad av alvorlighet og av ressursbruk. Dette kan gjøres samlet for hvert av kriteriene, eller også for hver av dimensjonene innen kriteriene. I neste trinn bestemmes hvilken vekt man legger på de enkelte kriteriene. Basert på disse to trinnene kan man rangere ulike tiltak mot hverandre.

I sin mest avanserte form er metodikken arbeidskrevende. Det gjelder både for innhenting av kunnskap om nytte, alvorlighet og ressursbruk knyttet til de enkelte tiltakene, og for vurdering av

de enkelte kriteriene mot hverandre. Det er ikke realistisk at den enkelte kommune skal kunne ha kompetanse og kapasitet til å basere sine prioriteringsbeslutninger på en kvantitativ MCDA-metodikk. Det er imidlertid mulig å benytte mindre arbeidskrevende varianter. Disse vil i mindre grad baseres på kvantitative rangeringer, men vil være nyttige for kommunene for å bidra til åpenhet om beslutninger, og for å sikre konsistens over tid. Notatet fra Folkehelseinstituttet refererer til at Sverige bruker en slik forenklet MCDA som grunnlag for nasjonale prioriteringer.

Gjennom bruk av denne metodikken kan kommunene i teorien basere sine prioriteringer på de kriteriene som etableres for helse- og omsorgstjenestene, samtidig som metodikken er fleksibel og åpner for vektlegging av lokale forhold som oppleves viktig. Den ivaretar dermed både et ønske om konsistens mellom kommuner, og det kommunale selvstyret.

Det er vanskelig å se for seg implementering av en slik metodikk uten et nasjonalt system for større prioriteringsarbeid i kommunene. Et slikt system kan bygge på samme prinsipp som Nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Folkehelseinstituttet viser til et arbeid som pågår i Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) som kan være nyttig ved planlegging av et slikt nasjonalt system. I dette arbeidet skisseres en modell for et kommunalt kunnskapssystem på tre nivåer; et nasjonalt «beslutningsforum», regionale samarbeidsorganer og klynger av kommuner.

Utvalget mener at kriteriene de foreslår også kan anvendes på administrativt og politisk nivå. Samtidig vil det være krevende for den enkelte kommune å ha kapasitet og kompetanse til å gjennomføre egne analyser som grunnlag for prioriteringsbeslutninger. Utvalgets vurdering er derfor at det er et godt stykke fram til en situasjon hvor selv et forenklet systematisk prioriteringsarbeid på politisk og administrativt nivå kan være på

Boks 15.2 Utprøving av Nye metoder i kommunene

Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest er et formelt samarbeid mellom Bergen kommune og 11 andre kommuner i regionen, Universitetet i Bergen, Høgskulen på Vestlandet, Haukeland universitetssykehus, Haraldsplass Diakonale Sykehus og Folkehelseinstituttet.

Samarbeidet omfatter forskning, innovasjon og utdanning innrettet for kommunene. Målet er å styrke den kunnskapsbaserte utviklingen av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det skal samarbeides om gode utviklingstiltak. Dette kan blant annet være praksisnære forskningsprosjekter, videreutdanning og praksisutplasseringer eller utvikling av innovative produkter og løsninger innen helse- og omsorgstjenestene.

Kunnskapskommunen etablerer nå en pilot med Folkesehelseinstituttet for å prøve ut hvordan et system for Nye metoder kan fungere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Folkehelseinstituttet er det ledende nasjonale miljøet når det gjelder metodekompetanse, utarbeidelse av systematiske oversikter og metodevurderinger. Denne kunnskapen gir et viktig grunnlag for prioriteringsbeslutninger. Oppstart av piloten er i januar 2019.

plass i kommunene. Utvalget foreslår derfor i kapittel 18.5.2 at det arbeides både med å etablere et nasjonalt system med tilhørende kompetansemiljø som kan understøtte kommunene i sitt prioriteringsarbeid, og at det iverksettes forsøk i enkeltkommuner som kan gi praktiske erfaringer både med metodikk og med systematisk prioriteringstenkning på administrativt og politisk nivå.

Del IV
Prosesser og virkemidler

Kapittel 16

Kunnskapsgrunnlaget for prioriteringsbeslutninger

Kunnskap er en forutsetning for gode prioriteringer. I dag samles det inn mye data gjennom ulike kanaler, og det foreligger store mengder av data og informasjon om innbyggere og om helse- og omsorgstjenestene. Eksempler på kunnskapskilder er Kostra, Samdata kommune, IPLOS, folkehelseprofilene og UNGdata. I tillegg utarbeider Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Statistisk sentralbyrå kunnskap som er relevant for kommunene. Norsk pasientregister (NPR) drives av Helsedirektoratet. Registeret inneholder helseopplysninger om alle som henvises og diagnostiseres, utredes og/eller behandles i spesialisthelsetjenesten i Norge.

Helse- og omsorgsdepartementet etablerte i april 2018 et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Registeret har som formål å gi data for planlegging, styring, finansiering og evaluering av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Opplysningene skal også kunne brukes til kvalitetsforbedring, forebyggende arbeid, beredskap, analyser, forskning og nasjonal kjernejournal.

I tillegg til nevnte kunnskapskilder, finnes det flere helseregistre, nasjonale kvalitetsindikatorer samt veiledere og retningslinjer. Helsedirektoratet utarbeider retningslinjer i tett samarbeid med relevante fagmiljøer.

Disse kunnskapskildene kan bidra til å støtte opp under kommunens arbeid med å planlegge og dimensjonere sine tjenester. Det følger av folkehelseoven at kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne.

Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester er en nasjonal satsing og et virkemiddel for å realisere målene i Meld. St. 29 (2012–2013) *Morgendagens omsorg* og Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Målgruppene til det enkelte utviklingssenter er ledere og andre ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i eget fylke, først og fremst i sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Utviklingssenteret skal være en

ressurs for kommunene i fylket og bidra til fag- og tjenesteutvikling innenfor satsingsområdene. For å oppfylle samfunnsoppdraget skal utviklingssentrene ivareta følgende overfor målgruppene:

- legge til rette for samarbeid og kunnskaps- og erfaringsdeling mellom kommunene i fylket gjennom blant annet ulike nettverk og arenaer for ledere og andre ansatte
- bidra til utvikling av kunnskapsbasert praksis, gjennom spredning av kunnskap, herunder nasjonale veiledere og retningslinjer
- bidra til innovasjon og nye løsninger, og til spredning av disse
- tilby råd og veiledning i metoder og verktøy i fagutviklings-, forbedrings- og implementeringsarbeid
- medvirke til og tilrettelegge for forskning som er praksisnær og relevant for kommunale helse- og omsorgstjenester

Tilsvarende er det etablert et senter for kvalitetsutvikling i legekontor (SKIL). Senteret skal støtte og veilede praksisnær kvalitetsutvikling i legekontor gjennom tverrfaglige nettverk og kollegagrupper.

Det finnes også nettverk i regi av KS der kommunene tilbys en arena for analyser av egen virksomhet, sammenlikning og læring. Om lag 180 kommuner deltar hvert år i KS' effektiviseringsnettverk. Hvilke nettverk som tilbys, varierer fra tid til annen. Det er blant annet blitt tilbudt nettverk innen helse- og omsorg og hverdagsrehabilitering. ASSS-nettverket (aggregerte styringsdata for samarbeidende storkommuner) er et løpende samarbeid bestående av de ti største kommunene. Det gjennomføres nettverksarbeid på ti tjenestoområder, herunder pleie og omsorg og kommunehelse. I nettverkene fokuseres det på effektivisering, produktivitet og kvalitet gjennom kartlegging, analyse, læring og forbedringsarbeid.

Norheim-utvalget pekte på at innsamlingen av informasjon i begrenset grad gjøres med tanke på å understøtte prioriteringer. Utvalget støtter dette og mener at dette bør gjøres i større grad enn i

Boks 16.1 Forskningsnettverk i primærhelsetjenesten

Allmennmedisinske forskningsmiljøer har tatt initiativ til etablering av et forskningsnettverk i primærhelsetjenesten. Forskningsnettverket skal gjøre det enklere å rekruttere flere pasienter fra primærhelsetjenesten til kliniske og epidemiologiske studier. Praksisbasert forskningsnettverk i primærhelsetjenesten gir forskere mulighet til å gjennomføre gode og kvalitetssikrede studier i norsk allmennpraksis. Infrastrukturen gjør det mulig å bruke data fra primærhelsetjenesten til forskning, sykdomsovervåking og kvalitetsforbedringer.

Nettverket er landsdekkende og skal bestå av 90 fastlegepraksiser organisert gjennom fire regionale nettverk og en overordnet koordinerende enhet som er knyttet til Universitetet i Bergen. Planen er at de første forskningsprosjektene kan startes i løpet av 2019.

dag, også for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten.

Det er igangsatt flere initiativ fra Helse- og omsorgsdepartementet for å heve innsatsen og styrke kompetansen innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Blant annet Helse-Omsorg21 (HO21). HelseOmsorg21 skal legge til rette for en målrettet, helhetlig og koordinert nasjonal innsats for forskning, utvikling og innovasjon innenfor helse og omsorg. Målet med Helse-Omsorg21 er å bidra til en kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste kjennetegnet av kvalitet, pasientsikkerhet og effektive tjenester.

Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) ble opprettet på rådsmøte i Helse-Omsorg21 i mars i 2017. Organet skal bidra til at det innen kommunens helse- og omsorgstjenester skal være en styrket forskning, innovasjon og utdanning innen kommunenes helse- og omsorgstjenester.

Senter for omsorgsforskning ble opprettet av Helse- og omsorgsdepartementet på bakgrunn av St.meld. nr. 25 (2005–2006) *Mestring, muligheter og mening*, og er etablert ved Universitetet i Tromsø, Høgskolen i Nord-Trøndelag, Høgskolen i Bergen, Universitetet i Agder/Høgskolen i Sørøst-Norge og NTNU i Gjøvik (se kapittel 16.3).

Utvalget vil understreke at det er nødvendig å utvikle kunnskap innenfor den kommunale sektoren generelt, men særlig knyttet til kunnskap for å

understøtte gode prioriteringer. Dette vil innebære en stor og nødvendig ressursinnsats over lang tid, både med å utvikle forskerkompetanse i tjenestene og gjennom bestilling av forskning på viktige områder.

16.1 Manglende kunnskap om effekten av tiltak

Det finnes mange kilder til kunnskap om den kommunale helse- og omsorgstjenesten og offentlig finansierte tannhelsetjenester i tillegg til beslutningsstøtteverktøy for ulike deler av tjenesten. Likevel er det fortsatt til dels store kunnskapshull. Blant annet peker fylkestannlegens arbeidsutvalg på at det mangler kunnskap om den friske, voksne befolkningens tannhelse. Videre er det lite kunnskap om effekten av enkelte forebyggende tiltak både i tannhelsetjenesten og i helses- og skolehelsetjenesten. Mangelfull kunnskap om effekten av tiltak er en utfordring med tanke på å ta gode prioriteringsbeslutninger. Utvalget mener at en forutsetning for å kunne ta i bruk det foreslåtte nyttekriteriet er at man legger til rette for å få mer kunnskap om effekter av tiltak.

Den manglende kunnskapen om effekten av tiltak skiller den kommunale helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten fra spesialisthelsetjenesten, som i langt større grad driver med klinisk forskning. Blant annet peker regjeringens handlingsplan *Sammen om kunnskapsløft for oral*

Boks 16.2 Forskning på oral helse hos eldre – GERONETT

Regjeringens handlingsplan *Sammen om kunnskapsløft for oral helse – Forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet (2017 – 2027)* peker på at det mangler kunnskap om utviklingen i oral helse, om behandlingsbehov og om behandling som utføres i eldrebefolkningen.

GERONETT er et nasjonalt nettverk for forskning og kompetanseutvikling på oral helse hos eldre. Nettverket er et samarbeid mellom de regionale odontologiske kompetansesentrene. Målet er å samordne og øke forskningsaktiviteten innen gerodontologi (eldretannpleie), øke kompetansen og bevissheten om viktigheten av oral helse i andre helsetjenesteområder, også innen forskning.

helse – Forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet (2017–2027) på at forskning og kunnskapsutvikling innen oral helse er svak, og i mange år har blitt hengende etter de andre helse-tjenesteområdene.

Når det er til dels store kunnskapshull om tjenestene og tjenestetilbudene, er det vanskelig å si noe sikkert om effekten og nytten av tiltak som iverksettes. Det er vanskelig å vite hvordan man skal prioritere mellom forebygging og kurativ behandling. Videre er det krevende å vite hvordan man skal prioritere mellom ulike forebyggende og behandlende tiltak. Hvilken innbyrdes rang bør de ulike tiltakene ha? Vi vet ikke om det er tiltak som har større nytte enn andre, og som bør prioriteres opp. Det gjør det vanskelig å vite hva som skal ut, når noe prioriteres inn. Kunnskapsutvikling om effekter av tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er med andre ord viktig som grunnlag for prioriteringer.

16.2 Kunnskap om hvordan kommunene prioriterer

Det finnes lite kunnskap om prioriteringspraksis i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Størst er utfordringen når det gjelder kunnskap om prioriteringspraksis i primærhelsetjenesten, det vil si de forebyggende tjenestene, fysioterapitjenesten og allmennlegetjenesten. Det eksisterer noe mer kunnskap om mottakere av omsorgstjenester og hvilke tjenester som tilbys, men det er

liten kunnskap om hvilke vurderinger som ligger til grunn når beslutninger om tildeling av tjenester fattes. Kunnskapshullet om prioriteringspraksis i kommunene står i motsetning til kunnskapen vi har om prioriteringer i spesialisthelsetjenesten, som allerede i 1997 etablerte Norsk pasientregister (NPR).

Det er igangsatt flere forskningsprosjekter ved høyskoler og universiteter som skal se på prioriteringer i omsorgstjenesten. Blant annet er det igangsatt et forskningsprosjekt ved Senter for omsorgsforskning (*Prioritizing care: Emerging dilemmas in the Norwegian care service landscape (PriCare)*). Målet med prosjektet er å utvikle ny kunnskap og innsikt om dilemmaer, konsekvenser og prioriteringsutfordringer for hele omsorgskjeden.

Ved Universitetet i Oslo, er det igangsatt et forskningsprosjekt som skal se på: *Hvilke prioriteringskriterier og verdier ligger til grunn når pasienter i korttidsavdelinger vurderes til langtidsplass i sykehjem. Og hva som fremmer eller hemmer gode prioriteringer og samhandling i tildeling av sykehjemsplasser*¹. Ved Høgskulen på Vestlandet jobbes det med en doktorgrad om tildeling av rehabiliteringsplasser i kommunen for pasienter med hjerneskadene som skrives ut av spesialisthelsetjenesten².

¹ Postdok Anne Kari Tolo Heggstad, Universitet i Oslo

² Doktorgradsstipendiat Maren Holck Ekenes, Høgskulen på Vestlandet

Kapittel 17

Åpenhet og brukervedvirkning

17.1 Åpenhet

Legitime prioriteringsbeslutninger fordrer åpenhet både om prinsippene for prioritering og om prosessene som fører fram til beslutningene. Prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten handler om å fordele ressurser til noen områder og tiltak fremfor andre. I dette ligger det også at noen områder og tiltak ikke vil få ressurser til å bli gjennomført. Prioriteringsbeslutninger kan derfor oppleves som kontroversielle eller urettferdige for de som påvirkes av beslutningen. Åpenhet omkring prosesser og beslutninger er derfor viktig for at de som berøres, forstår hvorfor beslutningen ble som den ble. Åpenhet bidrar til legitimitet og forståelse.

Åpenhet om prosessene dreier seg om etterprøvnbarhet når det fattes vedtak og beslutninger. Prioritering innebærer også at man må si nei. Det kan være avslag på en søknad om sykehjemsplass eller fastlegen som sier nei til en undersøkelse pasienten ønsker seg. Å si nei kan være krevende for den enkelte beslutningstaker. Men åpne prosesser basert på legitime og anerkjente prinsipper for prioritering, kan bidra til aksept for beslutningen. De som påvirkes av beslutningen, har rett til å få en begrunnelse og mulighet for å klage på avgjørelsen. Gode systemer for prioriteringsbeslutninger bidrar til likhet i beslutningsprosessen – like tilfeller behandles likt. I kapittel 18 foreslår utvalget virkemidler for prioritering. Målet med virkemidlene er å bidra til mer åpenhet omkring prioriteringsprosessene og større grad av likhet i prioriteringsbeslutningene.

I Norge har vi lang tradisjon for åpenhet om prioriteringsbeslutninger. Dette gjelder i særlig grad i spesialisthelsetjenesten, der det er utviklet strukturerte beslutningssystemer som prioriteringsforskriften, prioriteringsveilederne og Beslutningsforum for nye metoder. Men beslut-

ningssystemene gjelder først og fremst på klinisk nivå. I Meld. St. 34 (2015–2016) var vurderingen at det er behov for å styrke åpenhet om prioritering særlig på to arenaer. Det foreslås at vurderinger basert på prinsippene for prioritering i større grad enn i dag inngår i grunnlaget for beslutninger på administrativt nivå. Videre ba regjeringen Stortinget om å ta tydeligere stilling til prinsippene som skal ligge til grunn for prioriteringsbeslutninger i helsetjenesten. Meldingen peker på at Stortinget har ansvar for å fastsette prinsipper og systemer som helsepersonell og ledere i helsetjenesten kan basere sine prioriteringsbeslutninger på, og regjeringen inviterte Stortinget til å ta stilling til dette i større grad enn i dag. En samlet helse- og omsorgskomite sluttet seg til de tre foreslått prioriteringskriteriene og prinsippene som ligger til grunn (Innst. 57 S (2016–2017)). Komiteen uttalte at det må være Stortingets ansvar å vedta prinsippene for prioritering og de totale ressursrammene for helsetjenestene. Det innebærer at Stortinget må være seg sitt ansvar bevisst, og gi beslutningstakerne ryggdekning for beslutningene. Utvalget mener Stortinget også bør ta stilling til prinsippene for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i den offentlige tannhelsetjenesten.

Utvalget har vært opptatt av åpenhet og transparente prosesser, og har opprettet en nettside, blankholmutvalget.no, der innspill til utvalget er lagt ut. Det har vært innspillmøter med profesjons-, pasient og brukerorganisasjoner og med KS, og utvalgsmedlemmer har deltatt i ulike fora for å presentere og drøfte problemstillinger knyttet til prioritering. Etter utvalgets mening har dette bidratt til åpenhet om prosesser og beslutninger og gitt mulighet for medvirkning. Dette kan bidra til økt legitimitet og forståelse for prioritering. Utvalgets arbeid er nærmere beskrevet i vedlegg 1.

17.2 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er avgjørende for at tiltak skal oppfattes som nyttig.

Kilde: Nasjonalforeningen for folkehelsen på innspillsmøte 18. april 2018.

Åpenhet er en forutsetning for god brukermidvirkning. Ved å ta brukere og pasienter med på råd og i diskusjoner, enten om egen behandling eller om innretning av tjenester, vil den enkelte kunne påvirke behandlingsforløp, ta medansvar og involveres i prosesser som angår en selv eller det samfunnet en lever i.

Brukermedvirkning er en prosess eller metode som forutsetter at det innhentes synspunkter fra dem som berøres av tiltakene. Brukermedvirkning og vektlegging av erfaringsbasert kunnskap i beslutningene er et viktig demokratisk prinsipp og bidrar til å utvikle og forbedre tjenestene.

Brukermedvirkning bygger også på etiske prinsipper om enkeltindividets autonomi, frihet og retten til å ta beslutninger om ting som berører eget liv og helse. Utfordringen ligger i hvordan og i hvilken grad politikere, administrative ledere og tjenesteutøvere i praksis involverer brukere, pasienter og pårørende i beslutninger knyttet til prioritering og innretning av tjenestetilbudet.

Brukermedvirkning foregår på flere nivåer av helse- og omsorgstjenesten:

- på faglig nivå, det vil si når det gjelder valgfrihet og innflytelse over eget helse- og omsorgstilbud. Faglig nivå innbefatter også pårørende medvirkning.
- på overordnet nivå i kommunen gjennom organisert brukerinvolvering
- på nasjonalt politisk nivå når regjeringen skal meisle ut ny politikk

Utvalget mener at brukermidvirkning på alle nivåer vil styrke prioriteringsarbeidet og bidra til økt åpenhet, legitimitet og aksept for prioriteringsbeslutningene.

Brukermedvirkning vil i mange tilfeller bidra til økt treffsikkerhet i utformingen og gjennomføringen av et tiltak. Utvalget mener dette er særlig relevant i den kommunale helse- og omsorgssektoren, der tjenesten i større grad enn spesialisthelsetjenesten skal legge til rette for mestring. Brukerens egen vurdering av hva som er viktig er derfor vesentlig for utformingen av gode tjenester til den enkelte.

Boks 17.1 Samvalg

Det siste tiåret har tilnærmingen *shared decision-making*, eller *samvalg* på norsk, fått økende oppmerksomhet som en metode for å få pasienter til å delta aktivt i beslutningene om seg selv. Ved samvalg samarbeider pasient/bruker og helse- og omsorgspersonell om å treffe beslutninger om aktuelle tiltak, på pasienten/brukerens premisser. Samvalg anerkjenner pasientens rett til å bestemme over sin helse og sitt omsorgsbehov, og målet er å sikre at de er fullt informert om alternativene de står overfor. Målet er å bli enige om og å velge det alternativet som er mest i tråd med pasienten/brukerens egne preferanser. Det er utviklet flere ulike verktøy for samvalg (se blant annet helsenorge.no/samvalgsverktoy).

17.2.1 Brukermedvirkning på faglig nivå

Brukermedvirkning på faglig nivå handler om selvbestemmelse og verdighet. Den enkelte gis en mulighet til å være med på å ta beslutninger som angår ens eget liv. Brukermedvirkning på faglig nivå skjer når den enkelte pasient/bruker selv får anledning til å delta i utformingen av tjenesteytelsen eller på annen måte ta stilling til kommunen som tjenesteproducent. Det kan skje gjennom den kontakten pasienten/brukeren har med kommunen, eller i møte med helse- og omsorgspersonell.

I møtet med den enkelte pasient/bruker kan helse- og omsorgspersonell få kunnskap om pasienten/brukerens helse, ønsker og erfaringer som er viktig for å ivareta den enkeltes behov på best mulig måte. Ved å stille spørsmålet «hva er viktig for deg?», flyttes oppmerksomheten fra selve diagnosen til hele mennesket. En form for praktisk brukermidvirkning på faglig nivå kan være innkomstsamtalen i sykehjem. Innkomstsamtalen med pasient og dens pårørende kan være et verktøy for sykehjemmet til å kartlegge hvem pasienten er, hvilke preferanser pasienten har og hvordan vedkommende ønsker å ha det. Innkomstsamtalen kan benyttes som et virkemiddel for å bidra til at pasienten får innflytelse over behandlingstilbudet og tjenestene som vedkommende skal motta (Isaksen, Ågotnes og Fagertun 2018, s. 147).

Helse- og omsorgspersonell har ansvar for å informere pasienten/brukeren på en slik måte at

valgene man tar baseres på kunnskap om effekten av tiltakene man tilbyr, og at den enkelte er kjent med eventuelle konsekvenser av valgene. Eksempelvis ber pasienter noen ganger om undersøkelser uten påviselig nytte. Dette kan for eksempel være PSA-undersøkelser for å avdekke prostatakreft eller MR for vonde knær. Legen har ansvar for å informere pasienten om effekten av disse undersøkelsene og eventuelle bivirkninger. Dette handler om et etisk ansvar for ikke å tilby pasienter undersøkelser som er medisinsk unødvendige, og som i noen tilfeller vil ha flere bivirkninger eller som er skadelig, men også om et ansvar for å unngå unødig bruk av samfunnets ressurser.

Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføringen av helse- og omsorgstjenester, og tjenestetilbudet skal i størst mulig grad utformes i samarbeid med pasient/bruker (jf. pasient- og brukerrettighetsloven). Helse- og omsorgspersonell har ansvar for at informasjonen tilpasses mottakerens individuelle forutsetninger, som for eksempel alder og kognitiv funksjon.

På faglig nivå finnes det også flere lovpålagte tiltak som skal ivareta brukermedvirkning. Kommunen skal utarbeide individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester. For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester skal kommunen også tilby koordinator.

Det er flere komplekse og etiske utfordringer som kan reise seg i praktiseringen av brukermedvirkning. En etisk utfordring kan være å sikre et jevnbyrdig forhold i brukermedvirkningen. Forholdet mellom pasient/bruker og de som yter helse- og omsorgstjenester, vil ofte ikke være likeverdig. Det er den kommunale helse- og omsorgstjenesten som langt på vei definerer tjenestebehovet og som tildeler og yter tjenestene ut fra hva man mener har nytte. Som følge av sin faglige kompetanse og som beslutningstaker eller premissleverandør til hvilke ytelser som tilbys, vil helse- og omsorgspersonellet ha mest makt og innflytelse i dette forholdet. Pasient/bruker vil ofte være i en sårbar situasjon, noe som i mange tilfeller vil forsterkes nettopp av den tilstanden som er opphavet til behovet for helse- og omsorgstjenester. Dette stiller særskilte krav til at helse- og omsorgspersonellet er bevisst på denne asymmetrien i maktforholdet og tilrettelegger slik at den enkelte kan utøve sin medbestemmelsesrett og medvirkning på en informert, god og likeverdig måte.

I en del tilfeller vil også helse- og omsorgstjenesten stå overfor pasienter/brukere som helt

eller delvis mangler evne til å ta egne valg. I slike tilfeller vil som regel pårørende ha en sentral rolle i å ivareta vedkommendes interesser (se nærmere kapittel 17.2.4 om pårørendes rolle). I tillegg må helse- og omsorgspersonellet, så langt som mulig, se situasjonen fra pasienten/brukerens perspektiv og forsøke å kompensere for den manglende evnen vedkommende har til å gi uttrykk for egne preferanser og behov. Dette blir særlig viktig dersom pasienten/brukeren ikke har pårørende som kan ivareta den enkeltes interesser eller hvor det kan foreligge interessekonflikt mellom pårørende og pasienten/brukeren.

Brukermedvirkningens utgangspunkt er at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med pasient/bruker. Videre skal ingen tiltak igangsettes uten at brukeren samtykker til dette og informeres om virkninger og mulige bivirkninger. Helse- og omsorgspersonellet må være lydhøre for pasienters/brukeres behov, ønsker og mål. Målet er at det skal være enighet om hva som er et egnet tjenestetilbud og tiltak. God kommunikasjon og gjensidig informasjonsutveksling vil ofte bidra til en felles forståelse av hvilke tiltak som bør iverksettes og omfanget av disse.

I enkelte tilfeller kan pasienten/brukerens ønsker komme i konflikt med helsefaglige vurderinger og hva helse- og omsorgstjenesten i kommunen mener er en riktig prioritering av ressurser. I utgangspunktet vil kommunen i slike tilfeller ha frihet til å bestemme organiseringen og utformingen av tjenestetilbudet, men har plikt til å sørge for at tjenestetilbudet ivaretar forsvarlighetskravet og en minstestandard (se kapittel 7.1.4). Det følger videre av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 at helsehjelp som hovedregel bare kan gis ved samtykke fra pasienten. Dette innebærer at helsehjelpen ikke kan påtvinges pasienten uten eget lovgrunnlag¹. Videre vil det være rammer for hvilke betingelser eller krav som en kommune kan stille for ytelsen av helse- og omsorgstjenester (se boks 17.2).

Etter utvalgets mening er det viktig at helse- og omsorgspersonellet står godt rustet til å håndtere etiske dilemmaer og utfordringer som kan oppstå i prioriteringssituasjoner. Kommunen skal sikre at helse- og omsorgspersonellet har nødvendig kompetanse på brukerinvolvering og med-

¹ Et unntak følger av helsepersonelloven § 7 som pålegger helsepersonell å gi helsehjelp uten samtykke dersom helsehjelpen er påtrengende nødvendig. Dette gjelder også i de tilfellene pasienten motsetter seg helsehjelpen. I helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 og 10 og psykisk helsevernloven er det videre gitt regler for tvang.

Boks 17.2 Kommunens rett til å pålegge sykehjemsplass

Har pasient eller bruker rett til fortsatt å motta tjenester i hjemmet når kommunen mener at det er nødvendig at pasienten legges inn på sykehjem? Pasient- og brukerombudet i Sogn og Fjordane stilte spørsmål om dette til Helsedirektoratet i 2016. Ombudet forutsatte at personen var samtykkekompetent og derfor ikke kunne legges inn på sykehjem mot sin vilje.

I svaret til ombudet tar Helsedirektoratet utgangspunkt i retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven. De viser til at kravet til forsvarlighet innebærer at det finnes et minstenivå som kommunen ikke kan gå under, heller ikke under henvisning til egen økonomi. Det er imidlertid visse betingelser som må være oppfylt for at en person skal ha rett til helse- og omsorgstjenester. For det første må vedkommende ha behov for slike tjenester, jf. kravet om at tjenestene skal være *nødvendige*. Videre må det legges til grunn at loven forutsetter et minimum av tilpasning, samarbeid og oppfølging fra pasienten eller brukerens side for at retten skal kunne kreves oppfylt. Som eksempler på slik tilpasning viser Helsedirektoratet til det å møte opp til fastsatte timer når dette er mulig, gjøre seg tilgjengelig for undersøkelse og behandling og innrette seg etter husordensregler ved opphold i en institusjon.

Er det imidlertid snakk om særlig inngripende betingelser som for eksempel krav om at tjenestemottakeren flytter fra eget hjem for å ta imot tilbud om sykehjemsplass, må betingelsen vurderes med utgangspunkt i *den ulovfestede forvaltningsrettslige vilkårlæren*. Sentralt i den ulovfestede vilkårlæren er at forvaltningen i utgangspunktet må stå fritt til å avgjøre om godet skal tildeles eller ikke, for å kunne stille et

tyngende vilkår for tildelingen av godet. Helsedirektoratet viser til at kommunen ikke står fritt til å avgjøre om en søknad om rett til nødvendig helse- og omsorgstjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 andre ledd skal innvilges eller avslås. Kommunen vil dermed ikke kunne sette som vilkår at pasient/bruker skal flytte ut av eget hjem for å få det minimum av tjenester som personene har rett til etter loven. For tjenester som går utover den minstestandard som den enkelte har en lovfestet rett til etter pasient- og brukerrettighetsloven, vil kommunen imidlertid kunne stille vilkår.

Kommunen vil fortsatt være forpliktet til å yte et minimum av nødvendige og forsvarlige tjenester, selv om en samtykkekompetent pasient eller bruker nekter å flytte inn i sykehjem eller tilsvarende. Hvilke konkrete tjenester vedkommende har rett til i slike tilfeller, vil avhenge av den konkrete situasjonen. Dersom en samtykkekompetent pasient/bruker ikke ønsker å motta tjenestene i sykehjem, vil det ved fastsettelsen av innholdet i kravet til forsvarlig tjenesteyting måtte tas hensyn til den begrensningen i kommunens handlingsrom som dette medfører.

I brevet stilte ombudet spørsmål om kommunen kan redusere tjenestetilbudet i hjemmet i de tilfellene en mottaker av hjemmebaserte tjenester takker nei til et tilbud om sykehjemsplass. Helsedirektoratet viser i brevet til forsvarlighetskravets nedre grense for hvor mye av tjenestetilbudet som kan reduseres. Begrunnelsen for eventuell endring i tjenestetilbudet må være saklig, og at endringen ikke må være (åpenbart) urimelig. En ren henvisning til at pasienten eller brukeren har takket nei til plass i sykehjem, vil ikke være tilstrekkelig saklig grunn.

virkning. Etter utvalgets mening må helse- og omsorgspersonellets kompetanse også omfatte kunnskap om å identifisere og å håndtere etiske problemstillinger knyttet til prioritering.

Utvalget mener videre at virksomheter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten bør ha rutiner og kultur for etisk refleksjon og at det skapes arenaer hvor etiske problemstillinger kan drøftes og belyses. Et eksempel på slike arenaer er Klinisk etikk-komiteer (KEK) og etisk råd for helse- og omsorgstjenestene (se kapittel 18.5.4).

17.2.2 Brukermedvirkning på overordnet nivå

I tillegg til brukermedvirkning på faglig nivå, skal det legges til rette for brukermedvirkning på overordnet nivå, for eksempel når kommunene skal utforme sine tjenester. Medvirkning på overordnet nivå er viktig for ivaretagelse av pasienters og brukeres behov ved oppbyggingen og organiseringen av helse- og omsorgstjenestene.

I innspillsmøte 18. april 2018 påpekte imidlertid Nasjonalforeningen for folkehelsen at pasient-

og brukerorganisasjoner besitter stor kompetanse som i dag ikke benyttes, fordi det er få medvirkningsprosesser på overordnet nivå. Utvalget viser i den forbindelse til en kartlegging av representasjonsordningene for eldre og personer med funksjonsnedsettelse, utført av Norsk institutt for by- og regionforskning (Winsvold, Norge, Stokstad og Vestby 2014). Kartleggingen viser at det er en sterk tendens til at rådene kommer sent inn i saksbehandlingsprosessen. De får først uttale seg etter at det er gitt innstilling i saker. Et lite mindretall er med og forbereder sakene. På fylkesnivå er det noe mer vanlig at rådene kommer med tidlig i prosessen. Selv om det er et flertall som svarer at de har ganske stor eller stor påvirkning, opplever en fjerdedel av begge typer råd at de har liten eller ingen påvirkning.

Riktigere prioritering forutsetter åpne prosesser. Gjennom åpne prosesser øker treffsikkerheten i utformingen av tjenestetilbudet, og man unngår unødvendig ressursbruk og tiltak som ikke er til det beste for pasienter og brukere. Det finnes i dag en rekke former for organisert brukermedvirkning i kommunene.

Det skjer vanligvis via egne organer som på et overordnet plan i kommunen har representanter fra brukerne. Eksempel på slike er eldreråd, råd for personer med funksjonsnedsettelse, kommunale foreldreråd og barne- og/eller ungdomsråd. Dette er organer som kan gi råd til den politiske og administrative ledelsen i velferdsspørsmål knyttet til disse gruppene.

Eldreråd og råd for personer med funksjonsnedsettelse er lovfestet². Plikten kommunene har til å opprette slike råd videreføres i ny kommunelov, sammen med lovfesting av at hver kommune og fylkeskommune skal ha et ungdomsråd eller et annet medvirkningsorgan for ungdom. Dermed får ungdom en lovfestet rett til medvirkning på linje med eldre og personer med funksjonsnedsettelse.

I tillegg har noen kommuner valgt å etablere eget brukerråd for helse- og omsorgstjenester for å sikre innhenting av pasienter og brukeres erfaringer og synspunkter på en systematisk måte. Rådets mandat kan omfatte helse- og omsorgstjenestene generelt eller være opprettet med tanke på spesifikke tjenester. Brukerrepresentasjon i

² Lov 8. november 1991 nr. 76 om kommunale og fylkeskommunale eldreråd §§ 1 og 5 og lov 17. juni 2005 nr. 58 om råd eller annen representasjonsordning i kommunar og fylkeskommunar for menneske med nedsett funksjonsevne m.m. §§ 1 og 2. Disse lovene gjelder fram til tilsvarende bestemmelser i ny kommunelov trer i kraft.

Boks 17.3 Brukerrådet i Hamar

Brukerrådet for helse- og omsorgstjenester i Hamar er et rådgivende organ for kommunens helse- og omsorgstjenester. Rådet involveres i utviklingsarbeid som vedrører kvalitet og innhold i kommunens tjenestetilbud. Eksempel på saker brukerrådet arbeider med, er innføring av velferdsteknologi og etablering av system for tildeling av tjenester. Samarbeidet med brukerrådet og tjenestene skal sikre erfaringsdeling og omforent forståelse for satsingsområder og prioriteringer.

faste, faglige fora slik som for eksempel i fagråd for psykisk helse er også en måte å sikre brukermedvirkning.

Et annet virkemiddel for å sikre brukermedvirkning er brukerundersøkelser. For å sikre bedre brukermedvirkning på tjenestenivå i kommunen, kan det også etableres bruker- og pårørendeutvalg på tjenestestedet. Slike utvalg vil gi pasient/bruker og pårørende en arena til å fremme forslag eller gi innspill knyttet til utviklingen av tjenester på det enkelte tjenestestedet.

Det er forskjell på det å innhente konkrete erfaringer og perspektiv fra brukere og det å tilrettelegge for at brukerorganisasjoner får forhandle på vegne av brukernes interesser. Begge former for brukermedvirkning på overordnet nivå kan være et viktig bidrag i tjenesteutviklingen. Medvirkning fra mottakerne av helse- og omsorgstjenester vil også gi viktig informasjon som grunnlag for prioriteringsbeslutninger. En utfordring ved brukerorganisasjoners partsrepresentasjon på administrativt nivå, er at brukerrepresentantene i utgangspunktet ivaretar utvalgte brukergruppers interesser. Det vil derfor kunne være brukergrupper som ikke blir hørt. Dette vil også gi et skjevt utgangspunkt for prioriteringsvurderinger. En tilsvarende utfordring ved brukerundersøkelser eller andre fremgangsmåter for å inkludere brukere som representerer sine egne erfaringer, er at denne fremgangsmåten ikke er innrettet slik at ulike brukergrupper får organisert seg for å arbeide for at deres felles interesser ivaretas. Ofte vil det være gode grunner for både å innhente brukeres egne erfaringer og for å sikre en eller annen form for partsrepresentasjon fra relevante brukerorganisasjoner.

17.2.3 Nasjonale politiske føringer for brukermedvirkning

Det er stor politisk oppmerksomhet på brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenestene. Brukerorganisasjoner gir viktige innspill til regjeringens politikk på helse- og omsorgsfeltet. Blant annet var et viktig tiltak i regjeringens ungdomshelsestrategi, #Ungdomshelse, at helseministeren årlig inviterer ungdomsorganisasjoner til et møte for å få innspill til regjeringens politikk. Regjeringens *Demensplan 2020* ble utarbeidet i tett samarbeid med mennesker med demensdiagnose og deres pårørende.

Kontaktforum for brukere av helse- og omsorgstjenesten representerer et bredt spekter av brukererfaringer og kompetanse. Forumet skal gjennom informasjonsutveksling og dialog med departementet, bidra til en bedre helse- og omsorgstjeneste for befolkningen.

17.2.4 Pårørende

Pårørende er også viktige parter i brukermedvirkningen. Noen ganger må pårørende ivareta pasienten/brukerens interesser og/eller være en kunnskapskilde i behandlingen fordi pasienten/brukeren ikke selv kan vurdere om man vil ta imot et behandlingstilbud, eller ikke er i stand til å redegjøre for seg selv og sine behov. Dette gjelder for eksempel mindre barn og personer med langt fremskreden kognitiv svikt. Pårørende vil ha kjennskap til pasienten/brukerens preferanser og behov og er derfor viktig støtte for pasienten/brukeren. Pårørende kan også spille en rolle om brukeren ikke selv oppsøker tjenesten, for eksempel om pasienten er alvorlig psykisk syk eller har en demenssykdom. Pårørende kan da på vegne av pasienten/brukeren kontakte helse- og omsorgstjenesten.

Pårørende bidrar med betydelige ressurser i helse- og omsorgstjenesten. Tall fra Pårørendealliansen viser at innsatsen fra pårørende tilsvarer 110 000 årsverk (parorendealliansen.no). Alvorlig og langvarig sykdom rammer ikke bare pasienten, men også pårørende. Å være pårørende kan være meningsfullt, men kan også medføre belastninger. En rapport fra Helsedirektoratet viser at pårørende har økt risiko for å utvikle depresjon og søvnproblemer. I tillegg vil de kunne ha redusert livskvalitet (Helsedirektoratet 2017c). Pårørende vil derfor selv kunne ha behov for tiltak, for eksempel avlastningstiltak eller annen pårørendestøtte. Som nevnt under kapittel 7.1.3, vil også

mindreårige barn som er pårørende for syke foreldre eller søsken kunne ha behov for informasjon og oppfølging.

Når pasienten/brukeren får behandling og oppfølging i hjemmet, påvirker dette pårørendes hverdag. I en masterstudie kommer det fram at det kan oppleves slitsomt for pårørende at det kommer og går kommer folk i hjemmet flere ganger om dagen (Sørhus 2013). Helse- og omsorgspersonell som yter tjenester i hjemmet, må derfor være særlig varsomme og respektere boligen som både pasienten og den pårørendes hjem (Helsedirektoratet 2017c).

Helse- og omsorgstjenesten skal ha systemer og rutiner som legger til rette for informasjon, samtale og dialog med pårørende på faglig nivå. Dette gjelder uavhengig av hvilken rolle den pårørende har, men rollen til den enkelte pårørende vil ha betydning for hvordan den pårørende kan og skal involveres. Pårørendes rett til å involveres blir sterkere jo mindre pasienten/brukeren er i stand til å ivareta sine egne behov eller kan ta til seg informasjon. Helse- og omsorgspersonell vil ofte ha en samtale med pårørende om helse- og omsorgstjenester til pasient/bruker. Formålet med slike samtaler vil være å avklare forventninger, utveksle informasjon, få felles forståelse av pasienten/brukerens situasjon, skape trygghet og få et godt grunnlag for utforming av tjenester. Pårørende kan også direkte eller indirekte bli berørt av beslutninger som tas med hensyn til utformingen av tjenester. Det vil kunne være tilfeller der pasient/brukers og pårørendes interesser ikke er sammenfallende. Det er viktig at helse- og omsorgspersonell er klar over og forholder seg til denne problemstillingen.

Pårørende kan ha verdifull kunnskap i arbeidet med kvalitetsforbedring og tjenesteutvikling. Kommuner har plikt til å etablere systemer på ulike nivå i tjenesten for å innhente erfaringer og synspunkter fra pårørende og ta i bruk disse erfaringene i forbedringen av tjenestene. På administrativt og politisk nivå skjer involveringen av pårørende i stor grad på samme måte som for pasienter og brukere.

Pårørende som kjenner pasienten/brukeren vil ofte ha nyttig, relevant og nødvendig informasjon om helsetilstand, sykdomshistorie, funksjonsnivå, interesser, ressurser, effekt av behandlinger og behov for hjelp og praktisk tilrettelegging. Det vil derfor ofte være nødvendig å innhente informasjon fra pårørende som grunnlag for beslutninger om utformingen, gjennomføringen og oppfølgingen av tjenestetilbudet.

17.3 Medienes rolle

Mediene har først og fremst en viktig demokratisk funksjon som kanaler for ulike interesser og synspunkt, som arenaer for debatt og som kritiske voktere av makt og myndighet. At temaer som blir vektlagt i mediene, preger den helsepolitiske dagsordenen og dermed også helseprioriteringer over tid er både naturlig og legitimt. En rapport utarbeidet på oppdrag fra utvalget, ser nærmere på medias rolle og hvordan media bidrar til å påvirke prioriteringsbeslutninger (Figenschou, Larsen og Thorbjørnsrud 2018, digitalt vedlegg 3).

Mens politikere og kommunale ledere trekker opp langsiktige mål, vil mediene ofte fokusere på enkeltsakene, selv om dette trekker ressurser bort fra og svekker realiseringen av selve målet (NOU 2014: 12, s. 57). I rapporten står det at «Lokaljournalistikken kan sies å ha dreid fra et samfunnsoppdrag til et publikumsoppdrag, fordi redaksjonene i økende grad vektlegger klikkvennlige og delbare saker» (Figenschou m.fl. 2018, s. 13).

Imidlertid er det ikke slik at saker som settes på medienes dagsorden, automatisk innebærer en endring av politiske og administrative beslutninger. Det krever i tillegg at personen som omtales vekker sympati og engasjement i rollen som «verdige offer». Videre kreves det en kombinasjon av engasjerte journalister som jobber for å drive saken fremover, ressurssterke støttespillere og at saken frontes av politikere. Mediedekningen preges med andre ord, av at visse historier er mer dominerende fremfor andre. Noen lidelser, pasientgrupper og behov kan dermed havne i «medieskyggen». Dette er sykdommene som ingen legger merke til eller er opptatt av, som dermed ikke får oppmerksomhet i mediene. Disse sakene havner lenger ned på politikernes agenda og offentlighetens interesse.

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 (Figenschou m.fl. 2018).

På den andre siden, finner man aktører som selv aktivt tar kontakt med media, og som bruker mediene strategisk for å få gjennomslag for sine saker. Én slik gruppe er pasient- og brukerorganisasjonene, som er talspersoner for pasienter og brukere. Disse har, som beskrevet over, en viktig rolle i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Samtidig kjemper hver og en av disse organisasjonene for at akkurat deres medlemmers behov skal ivaretas best mulig. Mange av dem definerer medier og kommunikasjon som en helt sentral del av virksomheten, og de har profesjonelle kommunikasjonsavdelinger og ledere som er strategisk bevisste hvordan mediene fungerer.

Pasienter og pårørende tar også på egne vegne kontakt med mediene for å formidle sin historie og sine krav om bedre behandling og tilbud. Rapporten viser blant annet til en mediasak som omhandler en mann som ikke fikk tildelt sykehjemsplass i hjemkommunen. Mannens pårørende la ut en post på Facebook som raskt spredde seg i sosiale medier. Saken ble plukket opp av pressen som fulgte saken med flere oppslag, fram til mannen fikk fast plass på sykehjem (Figenschou m.fl. 2018).

Likeverdig tilgang til tjenester av god kvalitet er et mål for helse- og omsorgstjenesten. Dette forutsetter at prioriteringene bygger på legitime og gjennomdrøftede prinsipper samt transparente prosesser. Det er uheldig for prioriteringsprosessene, dersom medienes dagsorden legger føringer for hva som skal prioriteres.

Kapittel 18

Virkemidler for prioritering

18.1 Innledning

Det gjøres mange gode prioriteringsvurderinger i kommunene. Helse- og omsorgspersonell, ledere og politikere mangler imidlertid gode virkemidler for å understøtte strukturerte beslutninger.

Det finnes en rekke virkemidler for prioritering i spesialisthelsetjenesten, som for eksempel prioriteringsforskriften, prioriteringsveiledere og Beslutningsforum for nye metoder. Tilsvarende virkemidler finnes ikke i den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller i den offentlige tannhelsetjenesten.

I dette kapitlet vil utvalget gi anbefalinger om virkemidler som understøtter prioritering i tråd med prinsippene. Virkemidler for prioritering skal bidra til at prioriteringen skjer i tråd med og støtter opp om de foreslåtte prinsippene for prioritering. God prioriteringspraksis må gjenspeiles i relevante virkemidler på faglig, administrativt og politisk nivå.

Kommuner og fylkeskommuner tar flere beslutninger som får betydning for prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Eksempelvis vil lokale forskrifter om tildeling av sykehjemsplass, lokale helse- og omsorgsplaner og strategier ha betydning for hvilke tjenester som tilbys og hvem som får tjenester.

En forutsetning for å få til prioritering i tråd med prinsippene er at kommunen er oppmerksom på hvilke konsekvenser utformingen av virkemidler i helse- og omsorgstjenesten får for prioritering mellom tjenesteområder og pasient-/brukergrupper. Utvalget mener at kommunene i utformingen av sine virkemidler må støtte opp om de prinsippene som etableres for prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten. I tillegg må også statlig utformede virkemidler støtte opp om god prioriteringspraksis i kommunene.

Hovedprinsippet for den statlige styringen av kommunesektoren er økonomisk og juridisk rammestyring. Rammestyring gir kommunene handlingsrom, slik at de kan gjøre lokale og individuelle tilpasninger av tjenestene ut fra behovene i

den enkelte kommune. Dette innebærer at utformingen av styringsvirkemiddel overfor kommunesektoren må være tilpasset formålet. Staten skal ikke gripe inn i det kommunale selvstyret mer enn det som er nødvendig for å ivareta målene ved et tiltak. Utformingen av virkemidler må ta hensyn til dette.

18.2 Juridiske virkemidler

Kommuner og fylkeskommuner er selvstendige, politisk valgte og styrte forvaltningsnivåer som ikke er en del av statsforvaltningen. Dette innebærer at dersom kommuner eller fylkeskommuner skal tildeles oppgaver eller deres virksomhet styres, må dette skje ved regulering i lov eller forskrift som er gitt med hjemmel i en lov.

Rammestyring er hovedprinsippet for statlig styring av kommunesektoren. Juridisk rammestyring betyr at kommunene får reell handlefrihet ved gjennomføring av lovpålagte oppgaver, blant annet slik at de beholder fleksibilitet til å se behov på tvers og samordne tjenester til pasienter og brukere. I enkelte tilfeller kan staten ha behov for å gi en mer detaljert regulering. Slik regulering må i så fall være særskilt begrunnet for eksempel i nasjonale mål om likhet og likeverd, rettssikkerhet, liv og helse, bærekraftig utvikling eller effektiv og samordnet bruk av offentlige ressurser.

For å sikre en helhetlig prioritering på tvers av forvaltningsnivåene og et likeverdig tilbud, mener utvalget at prinsippene for prioritering så langt som mulig bør være gjennomgående på alle beslutningsnivåer i helse- og omsorgstjenesten. Det innebærer at det ikke bør være vesensforskjeller i de vurderinger som gjøres om forholdet mellom nytte, alvorlighet og ressursbruk for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, den offentlige tannhelsetjenesten og tilsvarende vurderinger i spesialisthelsetjenesten. Sammen med de tre prioriteringskriteriene – nytte, ressurs og alvorlighet – foreslår utvalget et sett med prinsipper som samlet skal ligge til grunn for prioritering

i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten trenger et mandat for å prioritere i tråd med kriteriene for prioritering, på lik linje med spesialisthelsetjenesten. Etter utvalgets vurdering er det derfor behov for en juridisk forankring av kriteriene for prioritering i relevant regelverk. En rettslig regulering av prioriteringskriteriene vil i tillegg gi legitimitet og bidra til større forutberegnelighet med hensyn til hva som skal ligge til grunn for prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten.

18.2.1 Forslag til regulering av prioriteringsprinsipper for den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Helse- og omsorgstjenesteloven beskriver hvilke tjenester kommunene skal tilby, men regulerer i hovedsak ikke hvordan tjenesten skal organiseres og det nærmere innholdet i tjenesten utover at kommunen har plikt til å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester på et forsvarlig nivå. Kravet til forsvarlighet retter seg både mot kvaliteten og omfanget av tjenestene og mot tidspunktet for når tjenestene skal ytes. Kommunene har plikt til å sørge for et tilbud som kan møte presenterte behov, variasjon i behov og fremtidige behov med hensyn på omfang, kvalitet og tidspunkt for ytelsene.

Utvalget mener at kommunene bør pålegges plikt til å innrette tjenestetilbudet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i tråd med prioriteringskriteriene; nytte, ressurs og alvorlighet og i tråd med prinsippene knyttet til innholdet og anvendelsen av kriteriene. Dette vil gi kommunene et klart mandat for å prioritere i samsvar med de foreslåtte prinsippene for prioritering, samtidig som en slik overordnet regulering gir kommunene et stort handlingsrom i utformingen og organiseringen av det lokale tjenestetilbudet. Samtidig må det være klart at kommunene ikke kan la være å ivareta innbyggernes grunnleggende behov for helse- og omsorgstjenester med begrunnelse i en grenseverdi for ressursbruk.

Den enkeltes rett til nødvendige, forsvarlige og verdige helse- og omsorgstjenester fra kommunen følger av pasient- og brukerrettighetsloven. I spesialisthelsetjenesten fremgår det klart av prioriteringsforskriften at retten til nødvendig helsehjelp bare gjelder «dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt». Tilsvarende begrensning fremgår ikke eksplisitt av retten til

nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen, men en slik begrensning er innfortolket. Av hensyn til forutberegnelighet bør disse begrensningene etter utvalgets vurdering tydeliggjøres. Etter utvalgets mening er det også viktig at det er åpenhet om prinsippene som skal ligge til grunn for prioriteringen. Regulering av prioriteringskriteriene vil bidra til legitimitet og gi helse- og omsorgspersonell ryggdekning for å foreta prioriteringer i tråd med prinsippene. Utvalget mener derfor at det med hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a femte ledd bør fastsettes en forskrift hvor det fremgår 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 pasienten eller brukeren skal ha rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Videre bør det fremgå at forventet nytte av tiltaket vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at tiltaket øker sannsynligheten for:

- overlevelse eller redusert funksjonstap
- fysisk eller psykisk funksjonsforbedring
- reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag
- økt fysisk, psykisk og sosial mestring

For å sikre prioritering i tråd med prioriteringsprinsippene, bør det fremgå av forskriften at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal prioritere pasienter eller brukere med rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen i tråd med prioriteringsprinsippene, slik utvalget har foreslått i kapittel 14:

- a) tiltakets prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at tiltaket øker sannsynligheten for:
 - overlevelse eller redusert funksjonstap
 - fysisk eller psykisk funksjonsforbedring
 - reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag
 - økt fysisk, psykisk og sosial mestring
 - b) tiltakets prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra:
 - risiko for død eller funksjonstap
 - graden av fysisk og psykisk funksjonstap
 - smerter, fysisk eller psykisk ubehag
 - graden av fysisk, psykisk og sosial mestring
- Både nå-situasjonen, varighet og tap av fremtidige gode leveår har betydning for graden av alvorlighet. Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med tiltaket.

- c) tiltakets prioritet øker desto mindre ressurser den legger beslag på.

Slik som for spesialisthelsetjenesten vil ikke kommunen kunne gå under den normen som følger av kravet om en forsvarlig minstestandard. Dette tok Høyesterett stilling til i Fusa-dommen (Norsk Retstidende 1990, s. 874) som er omtalt i kapittel 7.1.2. Som utvalget har pekt på i kapittel 14.10.1, vil imidlertid kommunen kunne utøve skjønn i rommet mellom forsvarlighetskravets nedre grense og god praksis. Dersom det foreligger flere alternative forsvarlige tiltak vil den enkelte pasient eller bruker ha rett til å medvirke i valg av tiltak. Men kommunen vil innenfor rammene for forvaltningsskjønnet kunne bestemme hvilke tiltak som skal tilbys (se tekstboks 17.2).

18.2.2 Forslag til regulering av prioriteringsprinsipper for den offentlige tannhelsetjenesten

Den offentlige tannhelsetjenesten er regulert i tannhelsetjenesteloven. Det følger av loven at fylkeskommunen både har et befolkningsansvar og et ansvar rettet mot prioriterte grupper. Befolkningsansvaret innebærer blant annet et ansvar for forebyggende tiltak for hele befolkningen. Fylkeskommunen har i tillegg et ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til de prioriterte gruppene. Tannhelsetjenesteloven regulerer ikke nærmere hvordan tilbudet skal organiseres eller innholdet i tjenesten, men det fremgår av forarbeidene at tannhelsetjenesten skal holde en odontologisk forsvarlig standard (se kapittel 7.2.5).

Etter utvalgets mening er det også i den offentlige tannhelsetjenesten behov for et klart mandat til å prioritere i samsvar med prioriteringskriteriene. Utvalget mener derfor at fylkeskommunene i tannhelsetjenesteloven bør pålegges en plikt til å innrette tjenestetilbudet i den offentlige tannhelsetjenesten i tråd med prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet, og i tråd med prinsippene knyttet til innhold og anvendelse av kriteriene. En slik rettslig regulering vil innebære at den offentlige tannhelsetjenesten plikter å benytte prioriteringskriteriene i utformingen av forebyggende tiltak for hele befolkningen og i utformingen av tjenestetilbudet til de prioriterte pasientgruppene som følger av tannhelsetjenesteloven § 1-3.

18.2.3 Forslag til regulering av prioriteringsprinsipper for helse- og omsorgspersonell

Helse- og omsorgspersonell har plikt til å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helse- og omsorgspersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (helsepersonelloven § 4). Helse- og omsorgspersonell skal videre sørge for at helsehjelpen og omsorgstjenestene ikke påfører pasienter, brukere, institusjoner, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift (helsepersonelloven § 6). Virksomhetene har plikt til å legge forholdene til rette slik at personellet kan overholde sine lovpålagte plikter (helsepersonelloven § 16).

Helse- og omsorgspersonell er viktige prioriteringsaktører. Utvalget anbefaler derfor at de foreslåtte kriteriene for prioritering også tydeliggjøres i regelverk som regulerer helse- og omsorgspersonellens rettigheter og plikter.

18.2.4 Andre forslag

Utvalget vil peke på at regelverk som retter seg mot den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten, må utformes slik at det støtter opp om og ikke undergraver en prioritering i samsvar med prioriteringsprinsippene. Det innebærer blant annet at regelverket bør gi kommunene nødvendig handlingsrom for å kunne foreta prioriteringer i samsvar med prioriteringsprinsippene. Utvalget mener at det eksisterende regelverket bør gjennomgås, for å sikre dette.

Folketrygden yter stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege eller tannpleier for enkelte tilstander/tilfeller. Stønaden til dekning av utgifter ytes etter takster fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Folketrygdens stønad til dekning av tannhelsetjenester og hvem som har rett til stønad, omtales nærmere i kapittel 6.4. Utvalget mener det er behov for å gjennomgå de tilstander/tilfeller som i dag gir rett til stønad fra folketrygden, med utgangspunkt i prinsippene for prioritering. Utvalget har merket seg at Helsedirektoratet har lagt fram en rapport om kriterier for stønadsberettiget behandling til kjeveortopedi, hvor man har gjennomført en vurdering av dagens regelverk basert på gjeldende prioriteringskriterier for spesialisthelsetjenesten. I rapporten konkluderer direktoratet med at mindre bittavvik ikke lenger bør omfattes av folketrygdens stønadsordning (Helsedirektoratet

2017b). Dette er et eksempel på at dagens stønadsordning ikke er utformet i tråd med prinsippene for prioritering.

Videre mener utvalget at det er behov for en gjennomgang av de gruppene som i dag har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Gjennomgangen bør være helhetlig og vurdere de to områdene samlet. Hensikten er å vurdere om de gruppene som i dag enten har rett til tannhelsetjenester fra den offentlige tannhelsetjenesten eller som mottar stønad fra folketrygden, er de gruppene eller tilstandene som bør prioriteres, gitt de foreslåtte prinsippene for prioritering og helsetjenestenes verdigrunnlag om å hjelpe dem som trenger det mest. Det bør også vurderes om det er grupper som i dag faller inn under den ene ordningen, som bør overføres til den andre. I en slik helhetlig gjennomgang bør det også vurderes om rettigheten til trygdestønad bør følge pasienten. I dag er det en forutsetning at man ikke har rettigheter etter annen lovgivning når man mottar stønad fra folketrygden.

I gjennomgangen bør det vurderes om dagens 15 innslagspunkter oppfyller folketrygdlovens formål om at stønaden skal gis til sykdom og skade.

Det bør også vurderes om fylkeskommunenes mulighet til å prioritere andre grupper i tannhelsetjenesteloven § 3-1 bokstav e gir utilsiktede ulikheter mellom fylkene også når det gjelder mulighetene til å få stønad etter folketrygden.

18.3 Økonomiske virkemidler

Rammestyring er hovedregelen for finansiering av kommunesektoren (se kapittel 6.1). I tillegg benyttes øremerkede tilskudd til nærmere bestemte helse- og omsorgsformål. Helse- og omsorgstjenesten finansieres også av pasientene/brukernes egenandeler og overføringer gjennom folketrygden. Innretning og omfang av egenandeler, stønadsordninger gjennom folketrygden og folketrygdens takstsystem kan ha betydning for hvilke tjenester som tilbys og etterspørres. Eksempelvis vil takstsystemet for leger kunne ha betydning for fastlegens prioriteringer (se kapittel 6.3.3). Innretningen på folketrygdens stønadsordninger til kjeveortopedisk behandling vil ha betydning for omfanget av slik behandling (se kapittel 6.4). Videre kan finansieringsordninger i spesialisthelsetjenesten, ulikheter i måten spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten er finansiert på, og finansieringsordninger knyttet til samhandlingen gi konsekvenser for helse- og omsorgstjenesten.

Det kan være krevende å prioritere på en helhetlig og faglig god måte når kostnadene ved et samlet behandlingsforløp skal dekkes av ulike budsjetter. De ulike finansieringssystemene for spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan gi noen prioriteringsmessige utfordringer. Finansieringen av spesialisthelsetjenesten er i hovedsak todelt og består av en aktivitetsuavhengig del (basisbevilgning) og en aktivitetsavhengig del (innsatsstyrt finansiering (ISF)). Et vesentlige unntak fra denne hovedregelen er at døgnbehandling innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er rammefinansiert, og inngår som en del av basisbevilgningene.

Mens kommunesektoren i hovedsak er rammefinansiert, har spesialisthelsetjenesten insentiver gjennom den innsatsstyrte finansieringen til å behandle flere pasienter og få pasientene raskere skrevet ut, for gjennom det å frigjøre plass til flere pasienter. Dette stiller krav til både organisering og kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Dagens finansieringsmodeller er i stor grad motivert ut fra et ønske om at de skal bidra til effektivitet og kvalitet, samt sikre nødvendig kontroll over samlede kostnader til helsetjenester. Det er liten tradisjon i Norge for å bruke finansieringsmodeller for å understøtte prioriteringskriteriene. Eksempelvis benytter man ikke de mulighetene som ligger i ordningen med innsatsstyrt finansiering til å gi sektoren insentiver til å øke aktiviteten innen høyt prioriterte områder. Man bruker heller ikke takstsystemet for fastlegene til å understøtte ønskede prioriteringer. Samtidig vil ethvert finansieringssystem ha konsekvenser for faktiske prioriteringer, disse kan være utilsiktede eller utilsiktede. I dag har vi liten systematisk kunnskap om hvordan finansieringssystemet påvirker prioriteringen innen og mellom tjenestenivåene.

Utvalget mener derfor at det bør foretas en gjennomgang av på hvilken måte dagens finansieringsmodeller påvirker prioriteringsbeslutningene i helse- og omsorgstjenesten. En slik gjennomgang bør inkludere så vel egenandeler som finansiering av fastlege og fysioterapeuter. Også forholdet mellom kommunenes valg mellom hjemmebaserte og institusjonsbaserte tjenester kan tenkes påvirket av finansieringsmodellene og bør inkluderes i en slik gjennomgang. Endelig bør den også omfatte finansieringsordninger i spesialisthelsetjenesten og finansieringsordninger knyttet til samhandlingen mellom nivåene (kommunenes betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter)

og hvordan de påvirker prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Utvalget mener videre at folketrygdens stønadsordninger til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege eller tannpleier bør gjennomgås (se kapittel 18.2.4).

18.3.1 Rammefinansiering og øremerkede tilskuddsordninger

Helse- og omsorgstjenestene finansieres i hovedsak gjennom kommunenes frie inntekter (skatteinntekter og rammetilskudd). Rammefinansiering er i utgangspunktet prioriteringsnøytralt ved at kommuner og fylkeskommuner selv bestemmer hvordan pengene skal brukes for å løse de samlede oppgavene. Prinsippet om rammefinansiering bunner i det helhetlige ansvaret som kommunene har for sentrale velferdstjenester. Kommunene har nærhet og kjennskap til innbyggerne og kan se utfordringene på ulike områder i sammenheng. Gjennom rammefinansiering kan kommunene fordele tilgjengelige ressurser til de områdene der de gjør størst nytte (Meld. St. 12 (2011–2012) *Stat og kommune – styring og samspel*). Muligheten kommunene har til selv å fordele midler mellom tjenester ut fra lokale behov, innebærer at prioritering gjennom budsjettmidler til ulike tiltak innenfor helse- og omsorgssektoren vil kunne variere mellom kommunene. På denne måten bidrar rammefinansiering til at det er lokale variasjoner i ulike tiltaks innhold og omfang.

Når det er et nasjonalt mål å bygge opp en tjeneste som har lav dekningsgrad på landsbasis, kan det være formålstjenlig å etablere øremerkede tilskudd til kommunene for å stimulere utbyggingen av tjenesten. Formålet med øremerking er å påvirke kommunenes lokale prioriteringer på en slik måte at kommunene produserer mer av tjenesten som øremerkes. I Riksrevisjonens undersøkelse av øremerkede tilskudd som virkemiddel for staten i styringen av kommunene, fremgår det at øremerkede tilskudd som hovedregel har virkning på tjenestetilbudet. Videre at øremerkede tilskudd kan ha positiv karakter ved at svake grupper får oppmerksomhet. Dette kan føre til ny og økt bevissthet om disse gruppene (Riksrevisjonen 1999).

Samtidig er det ulemper ved øremerkede tilskudd. Blant annet kan øremerkede tilskudd medføre uheldige vridninger av lokale prioriteringer. I stedet for at kommunene bruker ressursene der de lokale behovene er størst, kan øremerking medføre at kommunene bruker ressursene der det finnes statlige øremerkede tilskudd. Virknin-

ger for kommunens samlede prioritering er som oftest i liten grad utredet. Videre må kommunene som regel både søke om øremerkede tilskudd og rapportere om bruken av tilskuddene i ettertid. Dette medfører at øremerkede tilskudd gir vesentlig større administrative kostnader enn rammefinansiering, både for kommunene og staten. Finansiering gjennom øremerkede tilskudd vil avhenge av de årlige budsjettprosessene og bevilgningene fra Stortinget. For kommunen bidrar dette til usikkerhet knyttet til fremtidig finansiering.

De senere årene har det vært vanlig at en del av veksten i kommunesektorens frie inntekter er begrunnet med politiske satsinger innenfor ulike områder. Innenfor helse- og omsorgstjenesten er satsing på helsestasjons- og skolehelsetjeneste, habilitering- og rehabilitering og rus og psykisk helse slike områder. Selv om midlene knyttet til satsingene altså er frie midler, innebærer slike satsinger at det knyttes forventninger til kommunenes prioritering av et område. For kommunene vil det derfor kunne oppleves som om midlene i stor grad er bundet opp.

Utvalgets flertall mener at omfanget av øremerkede tilskuddsordninger i utgangspunktet bør begrenses.

Utvalgets medlem John Berg-Jensen mener at nasjonale satsinger finansiert gjennom kommunesektorens frie inntekter ikke følges opp av kommunen i tilstrekkelig grad. Øremerking bør derfor i større grad enn i dag benyttes som et virkemiddel på nasjonalt prioriterte områder.

Utvalget mener videre at det ved bruk av øremerkede ordninger bør utvises varsomhet i utformingen av ordningen, slik at den ikke medfører prioriteringer i strid med prinsippene for prioritering. Utvalget vil understreke at øremerkede ordninger bør være basert på kunnskap om tiltak som har intendert effekt. Utvalget vil understreke viktigheten av at finansieringsordninger ikke bør være til hinder for gode prioriteringer, men at de støtter opp om god prioriteringspraksis, samtidig som de gir kommunene rom til selv å innrette sine tjenester på en måte som ivaretar innbyggernes behov.

18.3.2 Bruk av egenandel som virkemiddel

Argumentene for egenbetaling for helse- og omsorgstjenester, handler dels om å begrense etterspørselen etter lavt prisede tjenester og dels om å bidra til finansiering av tjenester. Mens for eksempel egenandel hos fastlege kan begrunnes ut fra et ønske om å bidra til en terskel for bruk av

disse tjenestene, vil egenandeler for sykehjem være motivert ut fra kostnadsnivået på disse tjenestene. Et spørsmål blir om de samlede utgiftene til helse- og omsorgstjenester skal dekkes av egenbetaling, eller om alle skal være med på å dekke de økte utgiftene gjennom å justere det generelle skattenivået. For å sikre allmenn oppslutning om skattesystemet, kan det argumenteres for at det er nødvendig med noe egenbetaling. Samtidig er selve formålet med helse- og omsorgstjenesten å sikre tilgang til forsvarlige helse- og omsorgstjenester uavhengig av økonomisk evne.

Både egenandel og egenbetaling brukes som begrep om pasienter/brukeres betaling for helse- og omsorgstjenester. Egenbetaling vil i noen sammenhenger benyttes som et mer omfattende begrep enn egenandel. I det videre brukes begrepet egenbetaling når det vises til utredninger og dokumenter der dette begrepet er brukt. Utvalget velger å benytte begrepet egenandel. Med egenandeler forstås her pasienten eller brukerens andel av betaling for kommunale helse- og omsorgstjenester og egenandel for prioriterte grupper etter tannhelsetjenesteloven. Betaling fra pasienter som ikke har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, er ikke vurdert.

Kommunens adgang til å kreve egenandel er regulert i forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester. Bruk av egenandel varierer like fullt mellom de ulike tjenestene og mellom kommuner. I omsorgstjenestene er det til dels store ulikheter når det gjelder omfanget av egenandeler. Egenandel finansierer ca. 15 prosent av utgiftene til sykehjemsplass, men kun ca. 1 prosent av utgiftene til hjemmetjenester (se kapittel 6.3.2). Det er også ulikheter i hvilke tjenester kommunene velger å ta betaling for. Blant annet tar noen kommuner betalt for velferdsteknologi, som for eksempel elektroniske dørlåser, mens andre kommuner velger å ikke ta betaling for dette. For prioriterte grupper etter tannhelsetjenesteloven er det etter gjeldende regelverk begrenset adgang til å kreve egenandel (se kapittel 6.3.2)

Helseøkonomisk analyse ved Universitetet i Oslo har laget en utredning om egenbetaling og prioritering (Godager, Hagen og Iversen 2014) på oppdrag fra Norheim-utvalget. Utredningen skiller mellom ulike modeller for egenbetaling i Norge: generelle egenbetalingsordninger (ordninger med bredt fundament og lav betalings-sats), inntektsgradert egenbetaling (egenbetalingen varierer med pasientens inntekt) og nyttegradert egenbetaling (egenbetalingen varierer med

tjenestens nytteverdi). Det er særlig nyttegradert egenbetaling som kan påvirke prioritering mellom tjenester, og som derfor omtales nærmere under.

Når det gjelder kunnskap om effekter av egenbetaling hovedsakelig fra internasjonale studier, konkluderer utredningen blant annet med at studier av gradert egenbetaling tyder på at slike ordninger bidrar til å endre bruken av helsetjenester i ønsket retning.

Å benytte egenbetaling som et prioriteringsverktøy kan for eksempel innebære å øke egenbetalingen for tiltak som gir lav nytte og for lite alvorlige tilstander. På den måten kan man endre bruken av tjenester i den retningen man ønsker. På den annen side kan egenbetaling for velferdstjenester bidra til at den sosiale forsikringen blir svekket.

Nyttegradert egenbetaling innebærer at egenbetalingen varierer med tjenestens nytteverdi. Ved å legge stor egenbetaling på de tjenestene en ikke ønsker å prioritere og liten egenbetaling på de tjenestene en ønsker å prioritere, kan en vri etterspørselen etter tjenester i ønsket retning. Nyttegradert egenbetaling kan med andre ord bidra til å styre ressursbruken i helse- og omsorgssektoren ved at pasientene oppmuntres til å veie forventet helseforbedring mot kostnad, når ulike tiltak vurderes. Gradert egenbetaling kan dermed gi pasientene et økonomisk insitamert til å være tilbakeholdne med å etterspørre de tjenestene en ikke ønsker å prioritere.

I praksis er det likevel utfordringer knyttet til å innføre nyttegradert egenandel. For mange tjenester i den kommunale helse- og omsorgstjenesten mangler dokumentasjon av effekt. Samme tiltak vil videre kunne ha ulik effekt for ulike pasienter avhengig av blant annet generell helsetilstand og livsstil. Man kan derfor tenke seg at egenbetalingen kan variere på bakgrunn av individuelle vurderinger basert på prioriteringskriteriene. Men et system med gradert egenbetaling ut fra individuelle vurderinger vil være svært komplisert å administrere.

Alle som oppsøker fastlegen og avtalefysioterapeutene, betaler en egenandel. Denne egenandelen fastsettes av Stortinget i de årlige budsjettforhandlingene. Egenandeler kan føre til at enkelte lar være å oppsøke tjenesten selv om de ut fra prioriteringskriteriene bør gis et tilbud om tiltak. I enkelte europeiske land, blant annet Storbritannia, er det ingen egenandeler for konsultasjoner hos fastlegen. Argumentet er at et godt helse-tilbud bør være tilgjengelig for alle, uavhengig av økonomisk evne.

I rapporten fra Helseøkonomisk analyse (Godager m.fl. 2014), pekes det på at når andelen eller betalingen for en tjeneste øker og ansvaret for finansieringen i større grad legges på pasienten, kan det føre til redusert bruk av tjenesten. Tilsvarende må man anta at reduserte egenandeler kan føre til økt bruk. En studie fra 2010 viser at fjerning av egenandeler i aldersgruppen 12 til 16 år, førte til at antall legebeseøk hos fastlegen økte med 22 prosent for jentene og 14 prosent for guttene (Health Economics 2010). I artikkelen lanseres det to tolkninger av studien. Den første er at det var riktig å fjerne egenandelen, ungdommer som trenger legehjelp, har begynt å gå mer til fastlegen. Den andre tolkningen er at et slikt gratistilbud gjør det for lett å benytte seg av fastlegen unødvendig. Det er i tillegg lite sikker kunnskap når det gjelder utslaget for etterspørsel etter tjenester for henholdsvis lavinntektsgrupper og høyinntektsgrupper (Olsen og Melberg 2018).

En annen studie ser på etterspørselseffekten av at ungdom fra og med 16 år betaler egenandel for fastlegetjenester. Egenandel fører til en total reduksjon i etterspørselen på mellom 10–15 prosent fra det øyeblikket man fyller 16. Ulike pasientgrupper reagerer derimot ulikt på innføring av egenandel. Hos pasienter med akutte behov påvirkes etterspørselen i liten grad. Både hos pasienter med generelle plager og symptomer og hos pasienter med kroniske sykdommer og psykiske lidelser reduseres etterspørselen. Mens reduksjon i etterspørselen for den førstnevnte gruppen kan føre til mindre overforbruk, tyder mye på at reduksjon for den sistnevnte er uønsket. Begrensninger i datagrunnlaget gjør imidlertid at det ikke er mulig å konkludere entydig om forhold mellom nytte av tiltaket og prisfølsomhet (Landsem og Magnussen 2018).

Utvalget viser til at det er utfordringer knyttet til innføring av gradert egenandel i praksis, og vil ikke foreslå at egenandel aktivt brukes som et prioriteringsinstrument i helse- og omsorgstjenesten. Utvalget viser derimot til at det er usikkert hvorvidt innrettingen av eksisterende egenandeler, samt variasjonen i bruk av egenandeler mellom kommuner bidrar til gode prioriteringer. Utvalget mener derfor at regelverk knyttet til egenandeler, bør gjennomgås med sikte på å vurdere i hvilken grad bruk av egenandeler støtter opp om prioritering i henhold til kriteriene jf. forslaget om en gjennomgang av finansieringssystemets konsekvenser for prioriteringer i kapittel 18.3. I gjennomgangen bør også konsekvenser av å fjerne eller redusere egenandeler for enkelte grupper,

herunder grupper som ikke selv oppsøker tjenestene, vurderes. I utformingen av egenandeler må man være oppmerksom på utilsiktede prioriteringskonsekvenser.

18.3.3 Finansiering av allmennlegetjenester og fysioterapitjenester

Systemet for finansiering av allmennlegetjenester og fysioterapitjenester er nærmere beskrevet i kapittel 6.3.3. Videre er det ovenfor påpekt at systemet kan påvirke hvilke prioriteringer som gjøres.

Norheim-utvalget skriver om folketrygdens takstsystem for leger, psykologer og fysioterapeuter (NOU 2014: 12, s. 180):

Det er etter utvalgets vurdering behov for mer prinsipielle vurderinger av hvordan takstsystemet virker og mer inkluderende og åpne prosesser knyttet til utviklingen av takstsystemene fremover. Til grunn for slike åpne prosesser er det behov for mer kunnskap om i hvilken grad takstsystemet leder til beslutninger som er i samsvar med overordnede prioriteringsretninglinjer.

Utvalget slutter seg til Norheim-utvalgets vurderinger knyttet til folketrygdens takstsystem og mener det bør utredes nærmere hvorvidt takstsystemet leder til beslutninger i samsvar med kriteriene. Videre viser utvalget til at trepartssamarbeidet mellom KS/Oslo kommune, Legeforeningen og staten (ved Helse- og omsorgsdepartementet) er reetablert. Målet med samarbeidet er at de tre partene skal få tettere dialog om fastlegeordningen, og regelmessig kunne drøfte ulike problemstillinger. Det inkluderer blant annet rekruttering, utdanning og finansiering.

Utvalget har registrert at det er igangsatt et arbeid som ser på finansiering av fastleger. En arbeidsgruppe ledet av Helsedirektoratet med representanter fra KS/Oslo kommune, Legeforeningen og Helsedirektoratet vil utrede alternative finansieringsmodeller for fastlegeordningen. Utredningen skal ferdigstilles innen 1. september 2019. Målet med arbeidet er å vurdere hvordan finansieringsmodellene kan bidra til bedre ledelse og kvalitet i tjenestene, tjenesteutvikling og innovasjon, god rekruttering, stabilisering og støtte opp om helhetlige, koordinerte og trygge tjenester. Utvalget mener at det i dette arbeidet også bør vurderes hvorvidt finansieringen av fastleger bidrar til prioriteringer i tråd med prinsippene.

18.4 Pedagogiske virkemidler

Pedagogiske virkemidler brukes ofte som samlebetegnelse på ulike skriftlige publikasjoner. Denne typen virkemidler omfatter rundskriv, handlingsplaner og strategier, faglige retningslinjer og veiledere og dokumenter som stortingsmeldinger og statsbudsjett. Disse publikasjonene er ikke i seg selv juridisk bindende, men ofte tas det utgangspunkt i lover og forskrifter når slike publikasjoner utarbeides. Pedagogiske virkemidler vil videre kunne være viktige når regelverk skal implementeres.

Hensynet til det kommunale selvstyret tilsier at staten ikke skal gripe inn i det kommunale selvstyret mer enn det som er nødvendig for å ivareta målene ved et tiltak. Dette innebærer at ulike pedagogiske virkemidler ofte benyttes som alternativer til sterkere statlige styringsvirkemidler som lovfesting og øremerking. En Difi-rapport viser at staten i økende grad legger vekt på bruk av pedagogiske virkemidler (Difi-rapport 2015: 19).

I en NIBR-rapport fra 2016 undersøkte man hvordan statlige juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler påvirker prioriteringene i den kommunale omsorgssektoren. Lokalpolitikere, ledere i ulike deler av kommunen samt profesjonsutøvere ble intervjuet. I tillegg ble det brukt data fra blant annet Kostra. En problemstilling som blir belyst i rapporten, er i hvor stor grad ulike aktører i kommunene opplever den statlige bruken av juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler innenfor pleie- og omsorgssektoren som styrende for sin virksomhet. Oppsummert viser intervjuene at lover, forskrifter og pedagogiske styringsvirkemidler gir kommunene et opplevd handlingsrom, der de kan innrette tjenestene etter innbyggernes behov og lokale vurderinger. Videre viser studien at til tross for at landskapet av statlige virkemidler og signaler oppleves som uoversiktlig, rapporterer mange kommunale aktører at virkemidlene til sammen gir signaler om i hvilken retning den kommunale omsorgssektoren bør gå (Hanssen og Helgesen 2012, s. 7).

Utvalget vil understreke at det ikke ligger noen automatikk i at praksis endres i tråd med anbefalinger i retningslinjer og veiledere (Fretheim, Flottorp og Oxman 2015). Det er derfor viktig at man har en god plan for implementering. Dette er et lederansvar. Samtidig påhviler det et ansvar på det enkelte helse- og omsorgspersonell å holde seg faglig oppdatert.

18.4.1 Faglige retningslinjer og veiledere

Retningslinjer og veiledere skal blant annet bidra til å sikre at helse- og omsorgstjenestene gjør riktige prioriteringer og ikke har uønsket variasjon i tjenestetilbudet. Det finnes i dag en rekke faglige retningslinjer og veiledere på helse- og omsorgsområdet. Det er etter utvalgets mening viktig at kommunesektoren involveres i vurderingen av hvilke retningslinjer og veiledere som skal utarbeides. Nasjonale faglige retningslinjer inneholder systematisk utviklede faglige anbefalinger, med transparente og dokumenterbare prosesser, som etablerer en nasjonal standard for utredning, behandling og oppfølging av pasientgrupper, brukergrupper og diagnosegrupper. Sentrale fagmiljøer og tjenestemottakere er involvert i arbeidet og bidrar til å gi retningslinjene og veilederne legitimitet.

Utvalget anbefaler at det utarbeides nasjonale veiledere for tildeling av vedtaksbaserte kommunale tjenester. Slike veiledere kan for eksempel ta utgangspunkt i de opplysningene som kommunene allerede registrerer om brukerne gjennom IPLOS-systemet. En veileder for tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester vil ikke frata kommunene mulighet til å utøve skjønn, men gjøre det lettere å sikre konsistens i de beslutninger som fattes så vel innen som mellom kommuner. Det er viktig at kommunesektoren involveres i utarbeidelsen av veilederne.

I Meld. St. 34 (2015–2016) foreslo Helse- og omsorgsdepartementet å innrette nasjonale faglige retningslinjer i tråd med de foreslåtte prinsippene for prioritering. Utvalget støtter dette og mener man må legge prioriteringskriteriene til grunn når nasjonale faglige retningslinjer og veiledere utarbeides og revideres. Imidlertid er det viktig å være oppmerksom på at de faglige rådene i retningslinjer og veiledere blant annet må basere seg på kunnskap om effekten av tiltak. Økt kunnskap om effekter av tiltak vil derfor også ha stor relevans for utarbeidelsen av faglige retningslinjer og veiledere.

18.4.2 Henvisningsveiledere

Nesten alle planlagte utredninger og behandlinger som gjennomføres i spesialisthelsetjenesten, starter med en henvisning fra primærhelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å vurdere om en pasient har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten eller ikke. Denne vurderingen baseres vanligvis på en henvisning fra fastlegen. For å bidra til å sikre mest

mulig likebehandling i tilgang til helsetjenester, er spesialisthelsetjenesten avhengig av at den henvisningen de mottar, er av god kvalitet og inneholder all relevant informasjon (NOU 2014: 12, s. 174). God henvisningspraksis innebærer at allmennlegene identifiserer og henviser de pasientene som har behov for utredning og behandling til spesialisthelsetjenesten, og at de ikke henviser pasienter som vil ha minst like god effekt av et kommunalt tilbud. I en rapport påpeker Riksrevisjonen at god henvisningspraksis innebærer at henvisningsdokumentet har et innhold som bidrar til god og forsvarlig behandling og riktige prioriteringer i spesialisthelsetjenesten (Dok 3: 4 (2017–2018)).

Nasjonal veileder for henvisning til spesialisthelsetjenesten trådte i kraft 1. november 2015. Veilederen gir konkrete råd til de som henviser til spesialisthelsetjenesten om hvilke opplysninger som bør stå i henvisningen. Dette gjelder særlig fastlegene.

Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten (Dok 3: 4 (2017–2018)) viser at nesten halvannet år etter at veilederen trådte i kraft, kjenner kun halvparten av fastlegene til innholdet i den. Sykehuslegene opplever heller ikke at veilederen har bidratt til å gjøre det enklere å prioritere riktig.

Mer enn hver fjerde fastlege opplyser at de jevnlig henviser til spesialisthelsetjenesten, selv om de ikke forventer noen medisinsk nytte av utredningen/behandlingen. En del av disse henvisningene gjelder nødvendige spesialistklæringer uten medisinsk nytte. Videre tar sykehuslegene inn pasienter til utredning, til tross for at det fremgår av henvisningen at pasienten ikke burde vært henvist. Dette kan føre til at ressursene i helsetjenesten ikke utnyttes på en måte som gir best nytte for pasientene.

Videre påpekes det i rapporten at mange kommuner ikke har systematisk kunnskap om fastlegenes praksis. Det gjør at de ikke kan identifisere de fastlegene som over tid har et henvisningsmønster som skiller seg ut, og som kommunen kunne ha benyttet i en dialog med disse fastlegene. Det mangler med andre ord virkemidler til å skaffe seg en slik oversikt, samtidig som mange kommuner ikke fullt ut benytter de mulighetene som finnes til å skaffe seg en oversikt over fastlegenes praksis.

Utvalget registrerer at Riksrevisjonen i sin tilbakemelding til Helse- og omsorgsdepartementet anbefaler at man jobber videre med å integrere henvisningsveilederen i fastlegenes pasientjour-

nalsystemer. Utvalget støtter denne tilbakemeldingen og mener at gode henvisninger bidrar til riktige prioritering og bedre ressursbruk i hele helse- og omsorgstjenesten. Utvalget vil understreke at ansvaret for god informasjonsflyt mellom nivåene også påhviler spesialisthelsetjenesten, blant annet gjennom oversendelse av gode epikriser til fastlegen.

Riksrevisjonen anbefaler videre at kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) får en innretning som gjør at kommunene kan få praktisk hjelp og bistand til å følge opp fastlegene på en tilfredsstillende måte. I tillegg bør registreringen i Norsk pasientregister (NPR) bli bedre, slik at registeret kan gi et godt bilde av henvisningsomfang og hvordan antallet henvisninger varierer for hele landet. Utvalget støtter dette og vil understreke at et godt beslutningsgrunnlag er grunnleggende for riktig prioritering.

18.5 Kunnskap, kompetansemiljø og ledelse for riktige prioritering

I kapittel 16 peker utvalget på at kunnskapsutvikling om effekter av tiltak er grunnleggende for å kunne prioritere i tråd med kriteriene. Utvalget vil foreslå at det etableres et nasjonalt kompetansemiljø som kan bidra til å utvikle kunnskap som kommunene kan benytte i sine prioriteringsbeslutninger på administrativt og politisk nivå.

Gode prioriteringer krever også at helse- og omsorgspersonell og ledere av tjenesten har kunnskap om prioriteringsprinsippene, og har mulighet til å reflektere over hvilke formelle og uformelle mekanismer som spiller inn i prioriteringssituasjoner.

Ledere har en særlig viktig rolle i å legge til rette for gode prioriteringer, sørge for kompetanseheving hos sine ansatte og for å tilrettelegge for arenaer der refleksjoner om prioritering blir satt på agendaen.

18.5.1 Kunnskap om effekten av tiltak

Det er stor politisk oppmerksomhet på utviklingen av kunnskap om effekten av tiltak som igangsettes. Blant annet har en rekke stortingsmeldinger og strategier pekt på behovet for mer kunnskap og kompetanse om effekter av tiltak. Forskningsrådets program Helsevel har som mål å bidra til økt kvalitet, kompetanse og effektivitet i helse-, omsorgs- og velferdstjenestene. Programmet har en årlig budsjetttramme på om lag 200 millioner kroner. Programmet har blant annet bidratt

til finansiering av PriCare-prosjektet (se kapittel 16.3). Andre programmer og tiltak for å løfte kunnskapsnivået i de kommunale tjenestene er blant annet HelseOmsorg21, Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF), Kompetanseløft 2020, Omsorg 2020 og regjeringens handlingsplan *Sammen om kunnskapsløft for oral helse* (2017–2027).

Det finnes mange kilder til kunnskap om den kommunale helse- og omsorgstjenesten og offentlig finansierte tannhelsetjenester (kapittel 16). I tillegg er det utarbeidet beslutningsstøtteverktøy som veiledere og retningslinjer for ulike deler av tjenesten.

Forskning knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester er økende, og antallet vitenskapelige artikler er nær firedoblet i løpet av siste 10-års periode. Den største finansieringskilden for FoU-aktiviteter er Helse- og omsorgsdepartementet med underliggende etater, som Helsedirektoratet, mens kommunesektoren i liten grad finansierer FoU-aktiviteter knyttet til helse- og omsorgstjenester (Wiig, Rørstad og Børing 2016).

Til tross for økende oppmerksomhet om behovet for forskning og kunnskap om de kommunale tjenestene, er det fortsatt behov for mer kunnskap om nytten av tiltak. Utvalget registrerer at bare 10 prosent av dagens helseforskning omhandler den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Wiig, Rørstad og Børing 2016). Dette til tross for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten står for om lag 50 prosent av de totale utgiftene i helsesektoren. Videre er odontologi og tannhelse som forskningsfelt lite, målt som ressurser til FoU. I 2011 utgjorde totale utgifter til forskning på odontologi og tannhelse 180 millioner kroner. Som andeler av total FoU per sektor, utgjorde fagfeltet henholdsvis 1 prosent i universitets- og høyskolesektoren og bare 0,22 prosent i instituttsektoren (Rørstad, Gunnes og Wiig 2014).

Utvalget har merket seg at det er igangsatt flere forskningsprosjekter som skal se på prioriteringer i omsorgstjenesten (se kapittel 16). Utvalget ser fram til at kunnskapen fra disse forskningsprosjektene foreligger, og mener det vil være nyttig kunnskap for kommunene og myndighetene når tjenestetilbudet skal planlegges. Utvalget mener at det er viktig at man fortsetter arbeidet med å styrke forskningen på tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i tannhelsetjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet har etablert et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), som har som formål å gi data for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale

helse- og omsorgstjenester. Opplysningene skal også kunne brukes til kvalitetsforbedring, forebyggende arbeid, beredskap, analyser, forskning og nasjonal kjernejournal. Helsedirektoratet drifter registeret. Utvalget anbefaler at kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) får en innretning som gjør at kommunene kan benytte det i sitt arbeid med å gjøre prioriteringer i tråd med foreslåtte prinsipper for prioritering. Et godt beslutningsgrunnlag er en forutsetning for å få til en riktig prioritering.

18.5.2 Oppbygging av et nasjonalt kompetansemiljø

Selv om det er behov for mer kunnskap om effekten av tiltak, foreligger denne kunnskapen allerede i dag for noen tiltak. Men kunnskapen bør utnyttes bedre. Det er etter utvalgets vurdering behov for et nasjonalt system for å støtte systematiske og kriteriebaserte prioriteringsprosesser i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i den offentlige tannhelsetjenesten, delvis tilsvarende systemet for Nye metoder i spesialisthelsetjenesten (se boks 15.1). Et slikt system kan legge til rette for prioritering i kommunene både ved innhenting og vurdering av dokumentasjon, og ved opplæring i og støtte til prioriteringsprosessen i kommunene.

Utvalget diskuterer i kapittel 15.2 hvordan prioriteringskriteriene kan anvendes på administrativt og politisk nivå i kommunene. I spesialisthelsetjenesten skjer løpende prioriteringsbeslutninger på gruppenivå gjennom systemet for Nye metoder. Disse beslutningene fattes ut fra et kunnskapsgrunnlag hvor både Folkehelseinstituttet, Statens legemiddelverk og Helsedirektoratet er sentrale faglige premissleverandører. I tillegg har man gjennom flere år arbeidet systematisk med å utvikle prioriteringsveiledere. Det finnes ikke i dag tilsvarende strukturer rundt prioriteringsarbeidet verken i kommunene eller i den offentlige tannhelsetjenesten.

Utvalget mener at det vil være krevende for den enkelte kommune å ha kapasitet og kompetanse til å innhente, systematisere og analysere den informasjonen som er nødvendig for å kunne anvende prioriteringskriteriene på gruppenivå. Det er samtidig, etter utvalgets oppfatning, nødvendig at kommunene forholder seg til kriteriene, også på administrativt og politisk nivå. For tjenester som er et kommunalt eller fylkeskommunalt ansvar, er det imidlertid ikke naturlig å tenke seg et sentralt organ som fatter beslutninger om innføring av nye metoder, slik som Beslutningsforum

for nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Samtidig vil det ikke være naturlig at hver enkelt kommune selv skal bygge opp et miljø som kan gi faglig beslutningsstøtte i alle prioriterings spørsmål.

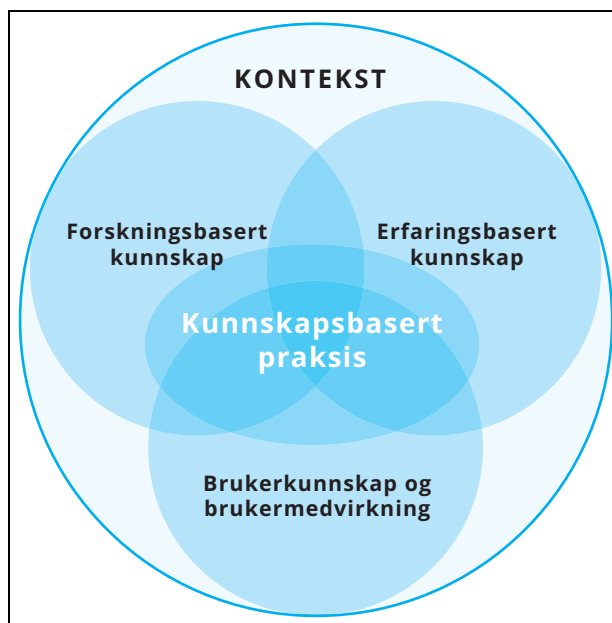
Utvalget mener derfor at det er behov for å etablere et nasjonalt system for prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten. Et slikt system bør ha som formål å understøtte de beslutningene som tas i tjenestene, gjennom å innhente, systematisere og vurdere eksisterende kunnskapsgrunnlag. Prioriteringer på administrativt og politisk nivå vil også kreve at kommunene vurderer hvordan man skal vektlegge kriteriene mot hverandre. Også her vil et nasjonalt system kunne gi beslutningsstøtte og bidra i informasjonsinnhenting og analyser.

Utvalget foreslår derfor at det etableres et nasjonalt kompetansemiljø som kommunene kan støtte seg til i praktisk prioriteringsarbeid. Omfang, organisering og plassering av et slikt miljø bør utredes nærmere. I et slikt utredningsarbeid vil det være naturlig å bygge på det arbeidet som allerede skjer i regi av Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) og Helse-Omsorg21. Utvalget foreslår at det iverksettes forsøk i enkeltkommuner som kan gi praktiske erfaringer både med metodikk og med systematisk prioriteringstenkning på administrativt og politisk nivå.

18.5.3 Utdanning og kompetanse

Helse- og omsorgspersonell

Kunnskap om prinsipper for prioritering berører utdanningene. Norheim-utvalget pekte på at det er store variasjoner i hvor systematisk opplæringen i prioriterings spørsmål i helsetjenesten er. I Meld. St. 34 (2015–2016) ber regjeringen om at man legger til grunn at innholdet i helsefaglige utdanninger reflekterer prinsippene for prioritering. Utvalget støtter dette og mener det er et mål at helse- og omsorgspersonell på alle nivåer får en bevissthet rundt sin rolle i prioriteringsarbeidet, samt kompetanse i å reflektere omkring helse- og omsorgstjenestens samfunnsoppdrag. Utvalget mener at det i grunnutdanningene for helse- og omsorgspersonell må tilrettelegges for undervisning og refleksjoner om prioritering. Forslaget må ses i sammenheng med utvalgets forslag om at prioriteringskriteriene innarbeides i relevant regelverk. Kunnskap om prioriteringskriteriene vil da inngå som en naturlig del av utdanningen på alle nivåer.



Figur 18.1 Modell for kunnskapsbasert praksis (Jamtvedt G.; Nasjonalt Kunnskapscenter for helsetjenesten)

Utvalget understreker at prioriteringskriteriene må være kjent for de som skal jobbe i tjenesten. Kommunene må legge til rette for at prinsippene for prioritering blir implementert på faglig nivå. Helse- og omsorgspersonell må ha kunnskap om hvilke tiltak som har effekt og hvilke tiltak som ikke bør iverksettes. Dette krever at helsepersonell holder seg faglig oppdatert og etterspør og har kompetanse til å benytte seg av forskningsbasert kunnskap når den foreligger. På overordnet nivå må kommunene ha eierskap til forskningen og bidra til evaluering av sine tjenestetilbud over tid. Det krever at de ansatte har kompetanse både til å nyttiggjøre seg kunnskapen og til selv å kunne drive kunnskapsinnhenting på en analytisk og systematisk måte.

Utvalget vil påpeke at forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap alene ikke er tilstrekkelig for å ta beslutninger i tråd med prioriteringsprinsippene. Også pasienten/brukerens behov og ønsker er viktige i utformingen av tjenestetilbudet. I tillegg må klinisk erfaring og etiske refleksjoner tillegges vekt når man skal ta beslutninger (Graverholt, Jamtvedt, Nordheim, Nortvedt og Reinart 2012).

Ledere

For å få til en prioritering i tråd med prinsippene, må ledere tilrettelegge for en god prioriteringskultur som gjennomsyrer organisasjonen. Ledere står ofte i spennet mellom politiske føringer, de

faglige vurderingene og krav fra pasienter, brukere og pårørende.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten utgjør bare en del av den kommunale sektoren, og tjenesten er dessuten kompleks. Den favner mange tjenesteområder, sammensatte behov hos brukerne, samhandling mellom tjenesteområder innen kommunen og samhandling med spesialisthelsetjenesten.

En viktig lederoppgave er å ha bevissthet omkring hva som er virksomhetens mål og verdier. De skal styre og prioritere etter dette, innenfor gitte ressurser, herunder både økonomiske rammer, varierende kunnskap om hvilken effekt ulike tiltak har, knapphet på personellressurser og varierende kompetanse og fagbakgrunn hos de ansatte.

En rapport fra Norsk Sykepleierforbund viser at ledere har stor innflytelse på hvilke tiltak som får ressurser, og har til dels stor innflytelse på hva som prioriteres (Andrews og Høgås 2017). For å foreta beslutninger i tråd med de overordnede prioriteringsprinsippene mener utvalget at lederne må ha kunnskap om og innsikt i konsekvenser av ulike tiltak, kvalitet, prosesser og prioriteringskriteriene.

Etter utvalgets mening, er dette forutsetninger for riktig prioritering:

- en struktur og kultur som understøtter prioritering i samsvar med prinsippene
- organisering, rekruttering, utvikling og tverrfaglig utfyllende kompetanse som kan møte pasientenes og brukernes behov
- tydelighet på roller og ansvar
- myndiggjorte medarbeidere
- robuste og kompetente fagmiljø hvor ansatte lykkes sammen

Lederfunksjonen på alle nivåer krever derfor ledere med høy lederkompetanse, som blant annet innebærer at de må sørge for velfungerende organisasjonsstrukturer som fremmer prioritering i tråd med prinsippene.

Ledere på alle nivåer må ha en klar forståelse av sitt ansvar for å innrette virksomheten i tråd med prinsippene for prioritering. Utvalget støtter satsingene på lederutdanning som er igangsatt og mener det må legges til rette for undervisning om prioritering i de etablerte utdanningene for ledere i helse- og omsorgstjenesten.

18.5.4 Arenaer for diskusjon, refleksjon og læring

Utvalget mener prioriteringsarbeid bør settes på dagsorden i eksisterende arenaer for læring og erfaringsdeling. Det finnes i dag en rekke slike arenaer, som nasjonale eller lokale kurs og konferanser, samt ulike lærings- og samarbeidsnettverk. Helsedirektoratet og/eller KS har ofte en sentral rolle som tilrettelegger for disse arenaene.

I den enkelte kommune er det videre viktig at ledere og administrasjon legger til rette for at medarbeidere får mulighet til å reflektere over sin egen praksis og drøfte prioriteringsdilemmaer med kolleger.

Klinisk etikk-komiteer (KEK) er tverrfaglige sammensatte komiteer med klinisk kompetanse og kompetanse i etikk (Førde og Pedersen 2011). Slike komiteer er først og fremst etablert i spesialisthelsetjenesten, men også enkelte kommuner og sykehjem har etablert KEK eller etisk råd for helse- og omsorgstjenestene.

Formålet til KEK er å være et hjelpemiddel når ansatte står overfor vanskelige etiske utfordringer i klinikken. Det kan bidra til systematiske drøftinger, til å fremme tverrfaglighet, og til å sikre at pasientenes, brukernes og pårørendes perspektiv blir tilstrekkelig belyst og vektlagt. Komiteenes hovedfokus er etiske utfordringer som oppstår i møtet mellom helse- og omsorgspersonell og pasient/bruker/pårørende. Komiteene har ingen sanksjons- eller instruksjonsmyndighet og er ikke noe klageorgan. Utvalget mener at arbeidet med etablering av klinisk etikk-komiteer og etisk rådgivning i kommunene bør prioriteres.

18.6 Data til beslutnings- og prioriteringsstøtte

Etter utvalgets mening tilrettelegger ikke dagens digitale løsninger i helse- og omsorgstjenesten for å utnytte data til kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring, prioritering og forskning. Mangel på tilgjengelige og standardiserte data av god kvalitet gjør det utfordrende å få et riktig bilde av tjenestens kvalitet og ytelse. Dette vanskeliggjør virksomhetsledere og helse- og omsorgspersonells oppgaver knyttet til å følge utviklingen og iverksette tiltak som kan heve kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene, samt måle effekt av behandlingsmetoder eller tiltak. Dataene er lite tilgjengelige som beslutningsstøtte for gode prioriteringer. Informasjonen er svært ofte samlet i

enkelstående programmer/siloer og de kommuniserer i liten grad med hverandre.

Utvalget mener det er viktig å tilrettelegge for deling av data som kan brukes som grunnlag for prioriteringsbeslutninger. Utvalget vil peke på at bruk av nye teknologiske løsninger for beslutnings- og prioriteringsstøtte vil kunne bidra til at kommunene prioriterer riktigere.

18.7 Utvalgets anbefalinger til virkemidler – oppsummert

Juridiske virkemidler

- Utvalget anbefaler at det i helse- og omsorgstjenesteloven og tannhelsetjenesteloven pålegges en plikt til å innrette tjenestetilbudet i tråd med prioriteringskriteriene, nytte, ressurs og alvorlighet og i tråd med prinsippene knyttet til innholdet og anvendelsen av kriteriene. Det anbefales også at kriteriene for prioritering tydeliggjøres i regelverk som regulerer helse- og omsorgspersonellens rettigheter og plikter.
- Utvalget mener at det i regelverket bør tydeliggjøres at pasienten eller brukeren må ha nytte av tiltaket og at ressursbruken må stå i et rimelig forhold til den forventede nytten av tiltaket, for at pasienten eller brukeren skal ha rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Utvalget mener også at det bør fremgå at pasienter og brukere skal prioriteres i tråd med de foreslåtte prioriteringsprinsippene.
- Regelverk som retter seg mot den kommunale helse- og omsorgstjenesten, bør etter utvalgets mening utformes slik at det støtter opp om en prioritering i samsvar med prioriteringsprinsippene. Utvalget anbefaler derfor at det foretas en gjennomgang av eksisterende regelverk som retter seg mot den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten for å sikre dette.
- I dag ytes det stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege eller tannpleier for enkelte tilstander/tilfeller. Utvalget mener at det med utgangspunkt i prinsippene for prioritering, bør foretas en gjennomgang av de tilstander/tilfeller som i dag gir rett til refusjon fra folketrygden. Utvalget mener at det også er behov for en gjennomgang av de gruppene som i dag har rettigheter etter tannhelseloven. Gjennomgangen bør være helhetlig og vurdere de to områdene samlet.

Økonomiske virkemidler

- Vi har i dag liten systematisk kunnskap om og eventuelt hvordan de ulike finansieringsordningene for helse- og omsorgstjenesten understøtter gode prioriteringer. Utvalget mener derfor det bør foretas en gjennomgang av hvorvidt finansieringsordningene støtter opp om prioritering i henhold til prinsippene. Regelverk knyttet til egenandeler bør inkluderes i gjennomgangen. Utvalget vil ikke anbefale at egenandeler brukes aktivt som et prioriteringsinstrument.
- Utvalgets medlemmer, unntatt medlem Berg-Jensen, mener at omfanget av øremerkede tilskuddsordninger i utgangspunktet bør begrenses.

Pedagogiske virkemidler

- Riktige prioriteringer forutsetter god beslutningsstøtte. Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere skal bidra til å sikre at helse- og omsorgstjenesten gjør riktige prioriteringer. Utvalget anbefaler at det utarbeides nasjonale prioriteringsveiledere for tildeling av vedtaksbaserte kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Utvalget mener man må legge prioriteringskriteriene til grunn når nasjonale faglige retningslinjer og veiledere utarbeides og revideres.

Kunnskap, kompetansemiljø og ledelse for riktigere prioritering

- Utvalget mener at det er viktig at man fortsetter arbeidet med å styrke forskningen på tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i tannhelsetjenesten.
- Utvalget anbefaler at kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) får en innretning som gjør at kommunene kan benytte det i sitt arbeid med å gjøre prioriteringer i tråd med foreslåtte prinsipper for prioritering.
- Utvalget foreslår at det etableres et nasjonalt kompetansemiljø som kommunene kan støtte seg til i praktisk prioriteringsarbeid. Et slikt system bør ha som formål å understøtte de beslutningene som tas i tjenestene, gjennom å innhente, systematisere og vurdere eksisterende kunnskapsgrunnlag. Utvalget foreslår at det iverksettes forsøk i enkeltkommuner som kan gi praktiske erfaringer både med hensyn på metodikk og med systematisk priori-

- teringstenkning på administrativt og politisk nivå.
- Utvalget mener at det i grunnutdanningene for helse- og omsorgspersonell må tilrettelegges for undervisning og refleksjoner om prioritering.
 - Utvalget mener det må legges til rette for undervisning om prioritering i de etablerte utdanningene for ledere i helse- og omsorgstjenesten.
 - Utvalget mener prioriteringsarbeid bør settes på dagsorden i eksisterende arenaer for læring og erfaringsdeling.

- Utvalget mener at arbeidet med etablering av klinisk etikk-komiteer (KEK) og etisk rådgivning i kommunene bør prioriteres.

Data til beslutnings- og prioriteringsstøtte

- Utvalget mener det er viktig å tilrettelegge for deling av data som kan brukes som grunnlag for prioriteringsbeslutninger. Utvalget vil peke på at bruk av nye teknologiske løsninger for beslutnings- og prioriteringsstøtte vil kunne bidra til at kommunene prioriterer riktigere.

Kapittel 19

Økonomiske og administrative konsekvenser

Utvalget har foreslått prinsipper for prioritering som skal gjelde for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester. Prinsippene er langt på vei de samme som i spesialisthelsetjenesten. Dette er et vesentlig poeng, fordi det, etter utvalgets vurdering, bidrar til mer helhetlig planlegging og gjennomføring av tjenester til pasienter og brukere.

For å bidra til ønsket prioritering må prinsippene reflekteres i relevante virkemidler. Utvalgets forslag til virkemidler er beskrevet i kapittel 18. Utvalget er i mandatet bedt om å utrede økonomiske, administrative og andre vesentlige konsekvenser av forslagene, jf. Utredningsinstruksen. Utvalgets forslag skal holdes innenfor dagens økonomiske rammer for kommunesektoren og spesialisthelsetjenesten. Utvalget forstår mandatet som at forslag skal holdes innenfor uendrede økonomiske rammer for både statlig sektor og kommunesektoren. Utvalget har foretatt en overordnet vurdering av konsekvensene av forslagene, og en nærmere utredning av virkningene av forslagene vil måtte følges opp i det videre arbeidet.

Utvalget anbefaler at kriteriene innarbeides i relevante lover og forskrifter. Det forventes ikke at innarbeiding av konkrete regelverksendringer i seg selv medfører vesentlige merutgifter for statlig forvaltning. Forslag til regulering av kriterier for prioritering for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, for den offentlige tannhelsetjenesten og for helse- og omsorgspersonells rettig-

heter 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. På den andre siden vil forslaget medføre at kommunesektoren får et klart mandat til å prioritere i samsvar med de foreslåtte prinsippene for prioritering. Dette vil kunne bidra til mer effektiv bruk av ressursene. Samlet sett forventes ikke forslaget å føre til endringer i det samlede ressursbehovet for kommunene eller fylkeskommunene.

Enkelte av utvalgets forslag til virkemidler vil kunne kreve ressurser. Dette gjelder forslagene om gjennomgang av eksisterende regelverk, gjennomgang av finansieringsordningene, etablering av et nasjonalt kompetansemiljø som kommunene kan støtte seg til i praktisk prioriteringsarbeid, forsøk i enkeltkommuner, forskning, utarbeidelse av nasjonale veiledere for arbeidet i helse- og omsorgstjenesten i kommunene og tilrettelegging for undervisning om prioritering i grunnutdanningene og i de etablerte utdanningene for ledere i helse- og omsorgstjenesten.

Virkninger for statlig, fylkeskommunal og kommunal forvaltning vil avhenge av innretning, omfang og organisering av de enkelte forslagene, og vil måtte utredes nærmere i det videre arbeidet.

Et eventuelt økt ressursbehov for statlig sektor vil måtte dekkes innenfor rammen av Helse- og omsorgsdepartementets budsjett.

Litteraturliste

- Aasen, Henriette Sinding, Berit Bringedal, Kristine Bærøe og Anne-Mette Magnussen (red.) (2018): *Prioritering, styring og likebehandling. Utfordringer i norsk helsetjeneste*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Abelsen, Birgit, Margrete Gaski, Svein Ingve Nødland og Anna Stephansen (2014): *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. International Research Institute of Stavanger (IRIS), rapport 2014/382
- Agenda Kaupang (2016): *Kommunal legetjeneste – kan den ledes?* Agenda Kaupang, rapport februar 2016
- Andrews, Therese og Joakim Høgås (2017): *Vilkår for ledelse. Om økonomi, kompetanse, ansvar og myndighet i norske helse- og omsorgstjenester*. NF-rapport 10/2017. Bodø: Nordlandsforskning
- Angell, M. (1993): «The doctor as double agent» i Kennedy Institute of Ethics Journal 3: 279–86
- Bernt, Jan Fridthjof og Alice Kjellvold (2000): «Velferdsstat, rettssikkerhet og kommunalt selvstyre» i Kjønstad, Asbjørn, Jan Fridthjof Bernt, Alice Kjellevold og Harald Hove (2000): *Sosial trygghet og rettssikkerhet – under sosialtjenesteloven og barneverntjenesten*. Bergen: Fagbokforlaget
- Bærøe, Kristine, Jasmeen Garcha Kaur og Kavary Radhakrishnan (2018): «Lik tilgang og likeverdige tjenester: hvordan styrke realiseringen av disse rettslige formålene?» i Aasen, Henriette Sinding, Berit Bringedal, Kristine Bærøe og Anne-Mette Magnussen (red.) (2018): *Prioritering, styring og likebehandling. Utfordringer i norsk helsetjeneste*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) (2015): *Statlig styring av kommunene En kartlegging av virkemiddelbruk og utviklingstrekk på tre sektorer i perioden 1999–2015*. Difi-Rapport 2015: 19
- Eckhoff, T og Eivind Smith (2010): *Forvaltningsrett*. Oslo: Universitetsforlaget
- Figenschou, Tine Ustad, Anna Grøndahl Larsen og Kjersti Thorbjørnsrud (2018): *Lokal helse og omsorg i mediene: Mediepåvirkning på nært hold*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning. Rapport 2018:9
- Finansdepartementet (2016): *Instruks om utredning av statlige tiltak (utredningsinstruksen)* Kommunal- og moderniseringsdepartementet
- Finnvold, Jon Erik (2009): *Likt for alle? Sosiale skilnader i bruk av helsetjenester*. Rapport utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet. IS-1738
- Folkehelseinstituttet (2018): *Helsetilstanden i Norge 2018*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Rapport 05/2018
- Fretheim, Atle, Signe A. Flottorp og Andy Oxman (2015): *Effekt av tiltak for implementering av kliniske retningslinjer*. Rapport fra Kunnskaps-senteret, nr. 10 2015
- Førde, Reidun og Reidar Pedersen (2011): «Clinical ethics committees in Norway: What do they do, and does it make a difference?» i Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 20: 389–95
- Førland, Oddvar (2018): «Uunnværlig prioritering» i Tidsskrift for omsorgsforskning, nr. 2 2018, ss. 95–98
- Godager, Geir, Terje Hagen og Tor Iversen (2014): *Effekter av egenbetaling som virkemiddel for prioritering*. Oslo: Helseøkonomisk Analyse AS
- Graverholt, Birgitte, Gro Jamtvedt, Lene Victoria Nordheim, Monica Wammen Nortvedt og Liv Merete Reinart (2012): *Jobb kunnskapsbasert. En arbeidsbok*. Cappelen Damm Akademisk
- Grimsmo, Anders (2015): Prosjekt 220553: Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen (SPIS). Sluttrapport EVASAM, Forskningsrådet september 2015
- Grimsmo, Anders (2017): «Utvikling og styrking av fastlegens portnerfunksjoner – et bidrag til en bedre helsetjeneste», i *Riktig diagnose til rett tid – fastlegen som helsetjenestens portner*. Den Norske Legeforening, rapport oktober 2017
- Grimsmo, Anders (2018): «Antall kroniske sykdommer og persontilpasning bør ligge til grunn for prioriteringer i kommunale helse-

- og omsorgstjenester» i Tidsskrift for omsorgsforskning, nr. 2 2018, ss. 102–106
- Hanssen, Gro Sandkjær og Marit K. Helgesen (2012): *Hvordan påvirker statlige juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler prioriteringene i den kommunale omsorgssektoren?* NIBR-rapport 2012:26
- Hatland, Aksel, Stein Kuhnle og Tor Inge Romøren (red.) (2013): *Den norske velferdsstaten*. Gyldendal
- Helsedirektoratet (2004a): *Veiledning i journalføring (dokumentasjon) i helsestasjons- og skolehelsetjeneste*. IS-2700. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Helsedirektoratet (2014b): *Analyse av stønadsutbetalingene til tannbehandling ved tilstander som omfattes av «forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom» punkt 8 – Bitt-anomalier*. IS-2280. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet (2017a): SAMDATA kommune. IS-2575. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet (2017b): *Kjeveortopedi – kriterier for stønadsberettiget behandling*. IS-2653. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet (2017c): *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. IS-2587. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet (2018a): *Utvikling i bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester*. Analysenotat i Samdata kommune. Nr. 1/2018. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet (2018b): *Folkehelsepolitisk rapport 2017*. IS-2698. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet (2018c): *Årsrapport 2017 for Omsorgsplan 2020*. IS-2722. Oslo: Helsedirektoratet
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013): *Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013–2017*
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017): *Handlingsplan. Sammen om kunnskapsløft for oral helse. Forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet (2017–2027)*
- Hjörleifsson, S., E. Hammer og E. Diaz (2018): «General practitioners' strategies in consultations with immigrants in Norway-practice-based shared reflections among participants in focus groups» i *Fam Pract.* 2018 Mar 27;35(2):216–221
- Hofmann, Bjørn (2013): «Priority setting in health care: trends and models from Scandinavian experiences» i *A European Journal*. 2013;16(3):349–356
- Innst. 57 S (2016–2017): Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering.
- Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse (2018): *Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen*. Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse, rapport
- Isaksen, Jørn, Gudmund Ågotnes og Anette Fagertun (2018): «Spenningsfeltet mellom standardisering, variasjon og prioritering i norske sykehjem» i Tidsskrift for omsorgsforskning, nr. 2 2018, ss. 143–153
- Kjellebold, Alice (2016): *Helse- og omsorgstjenesteloven med kommentarer*
- Kjønstad, Asbjørn, Aslak Syse og Morten Kjelland (2017): *Velferdsrett I – Grunnleggende rettigheter, rettssikkerhet og tvang*. Gyldendal
- Knudsen, A.K., M. C. Tollånes, Ø. A. Haaland, J.M. Kinge, V. Skirbekk og S. E. Vollset (2017): *Sykdomsbyrde i Norge 2015. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2015 (GBD 2015)*. Bergen/Oslo: Folkehelseinstituttet, rapport mai 2017
- Landsem, Mari Magnussen og Jon Magnussen (2018): «The effect of copayments on the utilization of the GP service in Norway» i *Social Science and Medicine*. Vol. 205, ss. 99–106
- Lie, Reidar K. og Lindsay M. Sabik (2008): «Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries» i *International Journal for Equity in Health*. 2008;7(1):4
- Løseth, Benedicte (2018): *Prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten – fremtidens viktigste diskusjon?* i Tidsskrift for omsorgsforskning, nr. 2 2018, ss. 111–113
- Magelssen, Morten (2018): «Er prioritering forenlig med helsepersonells profesjonsetikk?» i Aasen, Henriette Sinding, Berit Bringedal, Kristine Bærøe, og Anne-Mette Magnussen (red.) (2018): *Prioritering, styring og likebehandling. Utfordringer i norsk helsetjeneste*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Magnussen-gruppen (2015): *På ramme alvor – alvorlighet og prioritering*. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet
- Meld. St. 12 (2011–2012) *Stat og kommune – styring og samspel*. Kommunal- og regionaldepartementet
- Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal*. Helse- og omsorgsdepartementet
- Meld. St. 29 (2012–2013) *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet

- Meld. St. 19 (2014–2015) *Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter*. Helse- og omsorgsdepartementet
- Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet
- Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering*. Helse- og omsorgsdepartementet
- Meld. St. 29 (2016–2017) *Perspektivmeldingen 2017*. Finansdepartementet
- Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet
- NOU 1987: 23 *Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste*
- NOU 1997: 7 *Piller, prioritering og politikk. Hva slags refusjonsordning trenger pasienter og samfunn?*
- NOU 1997: 18 *Prioritering på ny: Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*
- NOU 2000: 22 *Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune*
- NOU 2004: 18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester*
- NOU 2005: 11 *Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet – Et godt tilbud til de som trenger det mest*
- NOU 2009: 15 *Skjult informasjon – åpen kontroll – Metodekontrollutvalgets evaluering av lovgivningen om politiets bruk av skjulte tvangsmidler og behandling av informasjon i straffesaker*
- NOU 2014: 12 *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten*
- NOU 2015: 17 *Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus*
- Olsen, Camilla Beck og Hans Olav Melberg (2018): «Did adolescents in Norway respond to the elimination of copayments for general practitioner services?» i *Health Economics* 2018 Jul;27(7):1120–1130
- Peersen, Per Olav, Anne Cathrine Hübert, Thomas Dokmo, Ragnhild Schou Lauvland og Erling Ytrehus: *Notat om fysioterapitjenesten. Med fokus på samarbeidet med avtalefysioterapeutene og deres rolle i kommunehelsetjenesten*. Kristiansand kommune
- Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet
- Prop. 71 L (2016–2017) *Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)*. Helse- og omsorgsdepartementet
- Prop. 46 L (2017–2018) *Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet
- Rebnord, Ingrid K., Ole Johan Eikeland, Steinar Hunskår og Tone Morken (2018): *Fastlegers tidsbruk*. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse
- Riksrevisjonen (1999): *Riksrevisjonens undersøkelse av øremerkede tilskudd som virkemiddel for staten i styringen av kommunene*. Dokument nr. 3: 5 (1999–2000). Oslo: Riksrevisjonen
- Riksrevisjonen (2018): *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten*. Dokument 3: 4 (2017–2018). Oslo: Riksrevisjonen
- Rørstad, Kristoffer, Hebe Gunnes og Ole Wiig (2014): *Kartlegging og analyse av tannhelse og odontologisk forskning i Norge*. NIFU-rapport 48/2014
- Rådet for psykisk helse (2007): *Psykisk helse i et flerkulturelt samfunn*
- Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) (2017): *Eldrehelsetatlas for Norge. En oversikt og analyse av somatiske helsetjenester for befolkningen 75 år og eldre for årene 2013–2015*. Tromsø: SKDE. Rapport nr 2, 2017
- Statistisk sentralbyrå (2016): *Levekårsundersøkelsen om helse 2015*. Dokumentasjonsrapport
- Statistisk sentralbyrå (2017a): *Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester. En kartlegging*. SSB-rapport 2017/16
- Statistisk sentralbyrå (2017b): *Framtidens eldre i by og bygd. Befolkningsframskrivninger, sosiodemografiske mønstre og helse*. SSB-rapport 2017/32
- Statistisk sentralbyrå (2017c): *Utgifter til behandling hos tannlege og tannpleier 2014–2016. En sosioøkonomisk analyse av voksne mottakere av Folketrygdrefusjoner*. SSB-rapport 2017/42
- St.meld. nr. 26 (1999–2000) *Om verdier for den norske helsetjenesten*. Sosial- og helsedepartementet
- St.meld. nr. 25 (2005–2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Helse- og omsorgsdepartementet
- St.meld. nr. 35 (2006–2007) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – Framtidas tannhelsetjenester*. Helse- og omsorgsdepartementet

- St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet
- Straiton, Melanie L og Sonja Myhre (2017): «Learning to navigate the healthcare system in a new country: a qualitative study» i *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2017 Dec; 35(4):352–359
- Sørhus, Grete Skeie (2013): *Pårørendes erfaringer når deres nærmeste ønsker å dø hjemme*. Masteroppgave i klinisk helsearbeid, Høgskolen i Buskerud, fakultet for helsevitenskap
- Tønnessen, Siri (2014): «Prioriteringer i hjemme-sykepleien – mot prioriteringskriterier i helse- og omsorgstjenestene», i Kassah, Bente L. L, Wivi-Ann Tingvoll, Alexander K. Kassah (red.). *Samhandlingsreformen under lupen*. Bergen: Fagbokforlaget
- Tønnessen, Siri (2016a): «Prioriteringer i sykepleie», i Brinchmann, Berit S. (red.): *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal
- Tønnessen, Siri (2016b): «Pårørende: Usynlige bærebjelker i velferdsstaten», i Vike, Halvard, Jonas Debesay og Heidi Haukelien (red.): *Tilbakeblikk på velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal
- Universitetet i Oslo (2014): *Menneskerettigheter i norske sykehjem*. Temarapport, Norsk senter for menneskerettigheter
- Wiig, Ole, Kristoffer Rørstad og Pål Børing (2016): *Forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester: kartlegging av ressursinnsats og resultater*. NIFU-rapport; 2016:32
- Winsvold, Marte, Siri Nørve, Sigrid Stokstad og Guri-Mette Vestby (2014): *Råd, regler og representasjon – Eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne*. NIBR-notat 2014: 101
-

Vedlegg 1

Utvalgets arbeidsform

Møter i utvalget

Utvalget hadde sitt første møte 16. juni 2017 i Oslo. Siste møte i utvalget ble avholdt 25. oktober 2018 på Gardermoen. Til sammen har det vært avholdt tretten møter med i alt nitten hele møtedager.

16. juni var det oppstartsmøte i Oslo. Møtet ble innledet av helse- og omsorgsminister Bent Høie. Møtet ble i hovedsak benyttet til å drøfte mandatet samt utvalgets arbeidsform.

Høsten 2017 ble det avholdt fire heldagsmøter i utvalget:

31. august, Gardermoen. Tre temaer ble belyst: «Verdigrunnlaget for den norske helsetjenesten», innlegg ved professor Reidun Førde, Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo, «Det juridiske rammeverket for prioritering», innlegg ved seniorrådgiver Atle Gøthesen, Helse- og omsorgsdepartementet og «Det juridiske rammeverket for tannhelsetjenesten», innlegg ved seniorrådgiver Hege Østlyngen, Helse- og omsorgsdepartementet. Utvalgets medlem Jon Magnussen holdt et innlegg om «Alvorlighet, nytte og ressurs – en innføring».

16. oktober, Bergen. Professor Ole Frithjof Norheim, Universitetet i Bergen, og leder av NOU 2014: 12 *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten*, foredro over temaet: «Passer dagens prioriteringskriterier i den kommunale helse- og omsorgstjenesten?» I tillegg ble det holdt innlegg av representanter fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten i Bergen kommune: Byrådsleder Harald Schjelderup; byråd for helse og omsorg Vigdis Gåskjenn; kommunaldirektør for helse og omsorg Nina Mevold; psykolog Bibi Schjødt; rådgiver i byrådsavdeling for helse og omsorg Annette Servan; ergoterapeut Eileen Langedal og sykepleier Inger Larsen.

16. november, Trondheim. Tema for møtet var samhandling mellom kommunale helse- og

omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Tor Åm, samhandlingsdirektør ved St. Olavs hospital og leder av Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen (2012–2016), og kommunaldirektør for helse- og velferd Trondheim kommune, Helge Garaasen, holdt innlegg sammen om «Utfordringer, muligheter og prioriteringer». Trond Hatling, faglig rådgiver i NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid) holdt innlegg med tittel: «Samhandling mellom det psykiske helsevernet og det kommunale helsearbeidet. Muligheter og utfordringer». Utvalgets medlem Petter Brelin holdt innlegg om fastlegenes portvokterrolle.

7. desember, Oslo. Tema for møtet var forebyggende helsetjenester. Områdedirektør ved Folkehelseinstituttet, Trygve Ottersen, holdt innlegg om «Bruk av prioriteringskriteriene for forebyggende tiltak i kommunene». Fylkestannlege i Hedmark Claes T. Næsheim holdt innlegg om forebyggende arbeid i tannhelsetjenesten. Utvalgets medlem Jon Magnussen holdt innlegg om alvorlighet- og nyttekriteriet og forebygging.

I 2018 ble det avholdt i alt åtte utvalgsmøter, hvorav seks gikk over to dager:

18. januar, Oslo. Tema for møtet var prioriteringskriterienes egnethet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten.

15.–16. februar, Oslo. Temaene for møtet var offentlig finansierte tannhelsetjenester, prioriteringskriterienes egnethet på individnivå samt en innføring i bruken av QALY. Innledere på tannhelsetjenesten var utvalgets medlem Helene Haver, tannlege og seniorrådgiver i Helsedirektoratet Per Lüdemann og tannlege og universitetslektor Carl Christian Blich fra Universitetet i Oslo. I tillegg holdt utvalgets sekretær Pia Grude en innføring om rettslige rammer for offentlig finansierte tannhelsetjenester. Liv Augestad, Universitetet i Oslo og Kim Rand, Ahus innledet om bruken av QALY.

14.–15. mars, Oslo. Temaene for møtet var bruk av prioriteringskriterier på hhv individ- og gruppenivå og helse- og omsorgstjenestens verdigrunnlag. Forsker Morten Magelssen, Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo, innledet om hvorvidt inndelingen i individ- og gruppenivå er appliserbar og hensiktsmessig i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten.

25.–26. april, Stavanger. Temaene for møtet var virkemidler for prioritering, begrepene ubehag og uhelse og pårørendes rolle. Professor Geir Sverre Braut ved Stavanger universitetssykehus/ Høgskulen på Vestlandet innledet om begrepene ubehag og uhelse. Unn Birkeland ved Pårørendesenteret i Stavanger innledet om pårørendes rolle.

6.–7. juni, Oslo. Utvalget diskuterte i dette møtet prioriteringskriterier, herunder forholdet mellom grunnleggende behov, rett til nødvendig helsehjelp, forsvarlige tjenester og prioritering. Videre ble virkemidler for prioritering drøftet. Direktør ved Oslo universitetssykehus Bjørn Erikstein og avdelingsdirektør Are Forbord i Helse- og omsorgsdepartementet innledet om bruk av prioriteringskriteriene i spesialisthelsetjenesten. Professor Jostein Grytten ved odontologisk fakultet, Universitetet i Oslo, innledet om prioritering og fordeling i tannhelsetjenesten.

23.–24. august, Oslo. Utvalget gjennomgikk i dette møtet utkast til NOU.

20.–21. september, Oslo. Utvalget gjennomgikk i dette møtet utkast til NOU.

25. oktober, Gardermoen. Utvalget gjennomgikk i dette møtet utkast til NOU.

Møter med pasient-, bruker- og profesjonsorganisasjoner samt KS

I mandatet står det at utvalget skal sørge for bred dialog med pasient-, bruker- og profesjonsorganisasjoner og involvere KS. Det har vært gjennomført møter med ulike pasient-, bruker- og profesjonsorganisasjoner underveis i prosessen.

Innspillsmøte med pasient-, bruker- og profesjonsorganisasjoner

18. april 2018 gjennomførte utvalget et innspillsmøte med pasient-, bruker- og profesjonsor-

ganisasjoner. Organisasjonene fikk tildelt 15 minutter hver til å gi innspill på:

- hvilke prioriteringsutfordringer den gruppen de representerer står i
- hvorvidt de mener dagens prioriteringskriterier, nytte, ressurs og alvorlighet, er relevante i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og/eller offentlig finansiert tannhelsetjeneste

23 organisasjoner ble invitert, 19 takket ja og 17 deltok på møtet (se vedlegg 2 for hvilke organisasjoner som deltok på møtet).

Møter med profesjonsorganisasjoner

27. juni 2017 møtte utvalgets leder og sekretariatet Norsk psykologforening ved fagsjef Andreas Høstmælingen for å diskutere prioriteringsutfordringer på psykisk helsefeltet.

28. juni 2017 møtte utvalgets medlem Helene Haver, utvalgets leder og sekretariatet Den norske tannlegeforening ved presidenten i Tannlegeforeningen Camilla Hansen Steinum, visepresident Gunnar Amundsen, generalsekretær Morten Rolstad og fagsjef Øyvind Asmyhr, for å diskutere prioriteringsutfordringer på tannhelsefeltet.

14. august 2017 møtte utvalgets leder, utvalgets medlem Helene Haver og sekretariatet, lederen av Landsgruppen av helsesøstre i NSF, Kristin Sofie Waldum-Grevbo, for å diskutere prioriteringsutfordringer i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

28. november 2017 møtte utvalgets leder og leder av sekretariatet, forbundsstyret i Norsk Sykepleierforbund.

28. februar 2018 møtte utvalgets sekretariat Apotekerforeningen v/ administrerende direktør Per T. Lund og seniorrådgiver Hilde Ariansen.

16. april 2018 møtte utvalgets leder, utvalgets medlem Unni Hembre og leder av sekretariatet lederen av Landsgruppen av helsesøstre i NSF, Kristin Sofie Waldum-Grevbo med flere for å diskutere prioriteringsutfordringer i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

20. august 2018 møtte utvalgets leder og sekretariatet Norsk kiropraktorforening v/ styreleder Jakob Lothe og generalsekretær Hans Otto Engvold.

Møter med KS

24. mai 2017 møtte utvalgets sekretariat KS ved fagleder Anne Gamme, fagleder Sigrid Askum og seniorrådgiver Trond Hjelmervik Hansen for å få innspill til hvordan utvalget kunne gå fram for å hente informasjon fra ulike kommuner, og for å få en oversikt over eksisterende kunnskap om hva kommunene gjør med hensyn på prioriteringer i helse- og omsorgstjenestene.

22. mai 2018 møtte utvalget KS ved ordførere, rådmannsutvalget, kommunaldirektører, kommunale ledere og KS sentralt.

Utvalgets nettside

Utvalget har opprettet egen nettside med blant annet informasjon om utvalgets mandat, medlemmer og møtevirksomhet. Det har vært mulig å sende innspill til utvalget både for enkeltpersoner, virksomheter og organisasjoner. Totalt kom det inn 38 innspill som fortløpende er publisert på nettsiden og presentert for utvalget. Dette inkluderer også innleggene fra innspillsmøtet 18. april 2018.

Møter med kommuner og bydeler

Utvalgets sekretariatet og enkelte utvalgsmedlemmer har hatt møter med ulike aktører i kommuner og bydeler som har gitt innspill til problemkomplekset utvalget skulle belyse. KS ga innspill til aktuelle kommuner. Møtene ble referatført og sendt til hele utvalget i etterkant. Møtene ble holdt i kommunens/bydelens lokaler. Følgende kommuner og bydeler har vært besøkt: Hamar kommune, Ullensaker kommune, Askøy kommune, Alta kommune, Kautokeino kommune, Kristiansand kommune, Bydel Gamle Oslo, Bydel St. Hanshaugen og Bydel Nordre Aker.

Tilstede på møtene var rådmenn/bydelsdirektører, ledere på ulike nivåer i kommune-/bydelsadministrasjonen, ledere av tjenestene (hjemmebaserte tjenester, tildelingskontor, Nav, helsestasjons- og skolehelsetjenesten) fagsjefer, kommune-/bydelsoverleger, fastleger, helsesøstre og saksbehandlere.

Møtene ble gjennomført høsten 2017 og våren 2018.

Deltagelse på ulike arenaer

Utvalgets leder, medlemmer av utvalget og sekretariatet har deltatt på ulike arenaer.

7. september 2017 var utvalgsleder og sekretariat invitert av fylkesmannen i Hedmark og Trysil kommune til å holde innlegg på konferanse om «*ledelse, kvalitet og prioriteringer – hvordan får en det til*». Målgruppen var ledere av helse- og omsorgstjenestene, kommuneoverleger, rådmenn og politikere i Hedmark. Utvalgets medlem, Vigdis Galaaen, deltok også som leder av helse- og omsorgstjenesten i Hamar kommune.

18.–19. september 2017 holdt utvalgets leder innlegg om utvalgets mandat på lederkonferanse for fysioterapiledere og fagledere i kommunehelsetjenesten, ved Norsk fysioterapeutforbund.

19.–21. september 2017 holdt utvalgets medlem Helene Haver innlegg på møte for fylkestannlegene og ledere av regionale odontologiske kompetansesentre i Molde. Tema for innlegget var «Prioriteringsutvalgets mandat og dialog med lederne om prioriteringsutfordringer i tannhelsetjenesten».

26. oktober 2017 holdt utvalgets medlem Helene Haver innlegg på Rogaland tannlegeforenings generalforsamling i Stavanger. Tema for innlegget var «Prioriteringsutvalgets mandat og prioriteringsutfordringer i tannhelsetjenesten».

29. oktober 2017 holdt utvalgets medlem Helene Haver innlegg på samling for dobbelkompetansekandidater i odontologi og deres veiledere, i Bergen. Tema for innlegget var «Prioriteringsutvalgets mandat og prioriteringsutfordringer i tannhelsetjenesten».

30. november 2017 holdt utvalgets leder innlegg for Nasjonalt råd for prioritering i helse- og omsorgstjenesten.

22. mars 2018 holdt utvalgets medlem Benedicte Løseth innlegg for forskningsgruppen «prioriteringer i helsetjenesten» som er et samarbeid mellom Høgskulen på Vestlandet og Universitetet i Bergen.

24. april 2018 holdt utvalgets leder en orientering om utvalgets arbeid for ASSS (aggregerte styringsdata for samarbeidende kommuner) – Nettverket Kommunehelse. Nettverket består av de 10 største kommunene: Bergen, Bærum, Drammen, Fredrikstad, Kristiansand, Oslo, Sandnes, Trondheim og Tromsø. Deltagerne på samlingen var 65 ledere fra virksomhetsområdene rehabilitering,

allmennlegetjenester, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, samt rådmenn.

15. mai 2018 holdt utvalgets medlem Vigdis Galaaen innlegg på Sykepleierforbundets lederkonferanse i Hedmark og Oppland. Tema var ledelse, fag og prioriteringer. Deltagere på konferansen var i hovedsak ledere og tillitsvalgte.

Innlegg og artikler

Utvalgets medlem Benedicte Løseth publiserte i august 2018 en kommentarartikkel: *Prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten – fremtidens viktigste diskusjon?* i Tidsskrift for omsorgsforskning, nr. 2 2018, ss. 111–113.

Møter med ressurspersoner og fagmiljøer

25. august 2017 hadde utvalgets leder og leder av sekretariatet møte med professor Ole Frithjof Norheim, Universitetet i Bergen.

15. november 2017 møtte utvalgets leder og sekretariat seniorrådgiver Kjartan Sælensminde fra avdeling finansiering i Helsedirektoratet.

11. januar 2018 hadde utvalgets leder, utvalgets medlem Petter Brelin og sekretariatet møte med professor Ragnhild Hellesø, førsteamanuensis Maren Sogstad og Jørn Isaksen på Senter for omsorgsforskning på Gjøvik, NTNU.

17. januar 2018 hadde utvalgets leder, utvalgets medlem Helene Haver og sekretariatet møte med fylkestannlegen arbeidsutvalg (FAU).

17. april 2018 hadde utvalgets leder og utvalgets medlem Helene Haver møte med ledere på Avdeling for pedodonti og atferdsfag, Institutt for klinisk odontologi ved Universitetet i Oslo og tannlege fra Norsk forening for odontofobi (NOFOBI).

17. april 2018 hadde utvalgets medlem Helene Haver møte med leder av TAKO-senteret; nasjonalt kompetansesenter for oral helse ved sjeldne diagnoser.

24. april 2018 hadde utvalgets medlemmer Alice Kjellevold og Helene Haver møte med ledere på ulike nivå i tannhelsetjenesten.

11. juni 2018 hadde utvalgets medlem Alice Kjellevold og sekretariatet møte med professor Anne-Mette Magnussen ved Høgskulen på Vestlandet, Institutt for velferd og deltaking, doktorgradsstipendiat Maren Beate Holck Ekenes og doktorgradsstipendiat Irene Aase Kvåle. Magnussen har ledet et større prioriteringsprosjekt Prioritering av helsetjenester, i årene 2013–2017.

Kunnskapsinnhenting

Utvalget har fått utarbeidet følgende rapporter/notater:

Oversikt over prioriteringsføringer i Norden, Storbritannia, Nederland og Tyskland.

Utarbeidet av professor Reidun Førde og post doc Anne Kari Tolo Heggstad ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo (digitalt vedlegg 1).

Uhelse og ubehag – nyttige i prioriteringsdebattar?

Notat utarbeidet av professor Geir Sverre Braut, Høgskulen på Vestlandet og Stavanger universitetssjukehus (digitalt vedlegg 2).

Lokal helse og omsorg i mediene. Mediepåvirkning på nært hold.

Rapport utarbeidet av professor Tine Ustad Figenschou, OsloMet; stipendiat Anna Grøndahl Larsen, OsloMet og forsker Kjersti Thorbjørnsrud ved Institutt for samfunnsforskning (digitalt vedlegg 3).

Notat om Multicriteria Decision analysis (MCDA).

Rapport utarbeidet av stipendiat Eirik Joakim Tranvåg, Institutt for global helse og samfunnsmedisin Universitetet i Bergen; seniorforsker/professor Signe Agnes Flottorp, Folkehelseinstituttet; fagdirektør/professor Atle Fretheim, Folkehelseinstituttet; områdedirektør Trygve Ottersen, Folkehelseinstituttet og forskningsleder Andy Oxman, Folkehelseinstituttet (digitalt vedlegg 4).

QALYs i den kommunale helse- og omsorgssektoren.

Notat til Blankholmutvalget utarbeidet av førsteamanuensis Liv A. Augestad, Avdeling for Helse og Samfunn (HELSAM), Universitetet i Oslo og seniorforsker Kim Rand, HØKH, Ahus (digitalt vedlegg 5).

Vedlegg 2

Liste over deltakere på innspillsmøte 18. april 2018

- Den norske legeforening
 - Norsk Tannpleierforening
 - Den norske tannlegeforening
 - Norsk psykologforening
 - Norsk Fysioterapeutforbund
 - Norsk Ergoterapeutforbund
 - Fagforbundet
 - Fellesorganisasjonen
 - Mental Helse Ungdom (forfall)
 - Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon
 - Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO)
 - Pensjonistforbundet
 - Kreftforeningen
 - Nasjonalforeningen for folkehelsen
 - Pårørendealliansen
 - Diabetesforbundet
 - Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon
 - Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse (NAKMI) (forfall)
 - Norsk Sykepleierforbund
-
-

Norges offentlige utredninger 2017

Arbeids- og sosialdepartementet:

NOU 2017: 3 Folketrygdens ytelser til etterlatte
NOU 2017: 10 Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2017

Barne- og likestillingsdepartementet:

NOU 2017: 6 Offentlig støtte til barnefamiliene
NOU 2017: 8 Særdomstoler på nye områder?
NOU 2017: 12 Svikt og svik

Finansdepartementet:

NOU 2017: 1 Markeder for finansielle instrumenter
NOU 2017: 4 Delingsøkonomien
NOU 2017: 13 Ny sentralbanklov. Organisering av
Norges Bank og Statens pensjonsfond utland
NOU 2017: 14 Nye regler om markedsmissbruk
– sanksjoner og straff
NOU 2017: 15 Revisorloven

Helse- og omsorgsdepartementet:

NOU 2017: 16 På liv og død

Justis- og beredskapsdepartementet:

NOU 2017: 2 Integrasjon og tillit
NOU 2017: 5 En påtalemyndighet for fremtiden
NOU 2017: 8 Særdomstoler på nye områder?
NOU 2017: 9 Politi og bevæpning
NOU 2017: 11 Bedre bistand. Bedre beredskap

Kulturdepartementet:

NOU 2017: 7 Det norske mediemangfoldet
NOU 2017: 17 På ein søndag?

Bestilling av publikasjoner

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
www.publikasjoner.dep.no
Telefon: 22 24 00 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på
www.regjeringen.no

Omslagsillustrasjon: Jørgen Nordlie, Kord AS

Trykk: 07 Media AS – 12/2018



