

**Prioritering i kommunane. Må vi gjera
noko annleis? Korleis gå vidare etter
NOU 2018:16 «Det viktigste først»?**

Geir Sverre Braut

Helse Stavanger HF / Høgskulen på Vestlandet

Haugesund, 30. august 2019

Kvifor prioriteringar?

- Har vi ikkje nok av pengar og folk?
- Er ikkje prioriteringar uetisk?
- Prioriteringar handlar om bruken av tilgjengelege ressursar.
- «Seia nei» eller «Ordna køen» ?
- Det første toler ikkje folk (eller politikarane for den saks skuld); det andre er meir akseptabelt.

Prioriteringshistoria

- St. meld. nr. 9 (1974–74).
 - Om sykehusutbygging i et regionalisert helsevesen.
 - **LEON-prinsippet**
- Lønning I (NOU 1987:23)
 - Alvorsgrad
- Lønning II (NOU 1997:18)
 - Alvorsgrad
 - Nytte
 - Kostnadseffektivitet
 - *Dette blei etter kvart forskriftsfesta*

Verdigrunnlaget for den norske helsetenesta

- Ein samla gjennomgang (St. meld. nr. 26 (1999-2000)), og deretter visse nyanseringar i dei årlege statsbudsjetta



- Dette ser ut til å vera rimeleg trygt enno:
 - Menneskeverdet er ukrenkeleg
 - Fagleg forsvarlege tenester
 - Likeverdig fordeling av tenestene
 - Tenestene må vera opne for innsyn og føreseielege

Norheimutvalet

- NOU 2014:12 (12. november 2014)
 - Tydeleg på nei/ja!
 - Byggjer på tradisjonen frå Lønning
 - **Pasientmedverknad har kome til sidan då**
 - Fire prinsipp
 - Tre kriteria

Prinsipp og kriteria

- Flest mogeleg gode leveår for alle; **rettferdig fordelte**.
- Klåre kriteria.
- Systematisk, opne prosessar med pasientmedverknad.
- Heilskapleg sett med verkemiddel.

- Helsetap
- Ressursbruk
- Helsegevinst

Magnussenutvalet (2015)

- **Spesialisthelsetjenesten** skal prioritere pasienter med rett til nødvendig helsehjelp ut fra en **vurdering av alvorlighet**. En tilstands alvorlighet skal vurderes ut fra risiko for død eller funksjonstap, graden av fysisk og psykisk funksjonstap samt smerter, fysisk eller psykisk ubehag. Både nå-situasjonen, varighet og tap av framtidige leveår har betydning for graden av alvorlighet. Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med helsehjelp.

Den nye politikken

Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering (Meld. St. 34 (2015–2016))

- **Nytte, ressursbruk og alvorgrad: i hovudsak ei vidareutvikling av tidlegare kriteria.**
- Alder? *«Selv om alder ikke er et formelt prioriteringskriterium, kan alder likevel bli vektlagt når helsepersonell vurderer pasienter.»*
- Dyr behandling? *«Generelt vil det være slik at jo mer alvorlig en tilstand er eller jo større nytte et tiltak har, jo høyere ressursbruk kan aksepteres.»*

§ 3-1 i pas og br. rettsloven

- Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved **valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder**. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.
- Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud... ..

NOU 2018:16 Blankholmutv.

- Stor vekt på verdigrunnlaget for helsetenesta
- Byggjer på tidlegare utgreiingar om prioritering
- Finn at det er lite å henta internasjonalt!!
- Slår fast at kommunehelsetenesta har vide faglege mål, irekna førebyggjande tiltak overfor einskildpersonar
- Kunnskapsgrunnlaget er jamt over meir utydeleg enn i spesialisthelsetenesta
- Munnar likevel ut i dei same kriteria som Meld. St. 34 (2015-2016): **Nytte – Ressurs – Alvor**
- **Utvalet peikar gong på gong på behovet for meir kunnskap. Det bør departementet merka seg.**

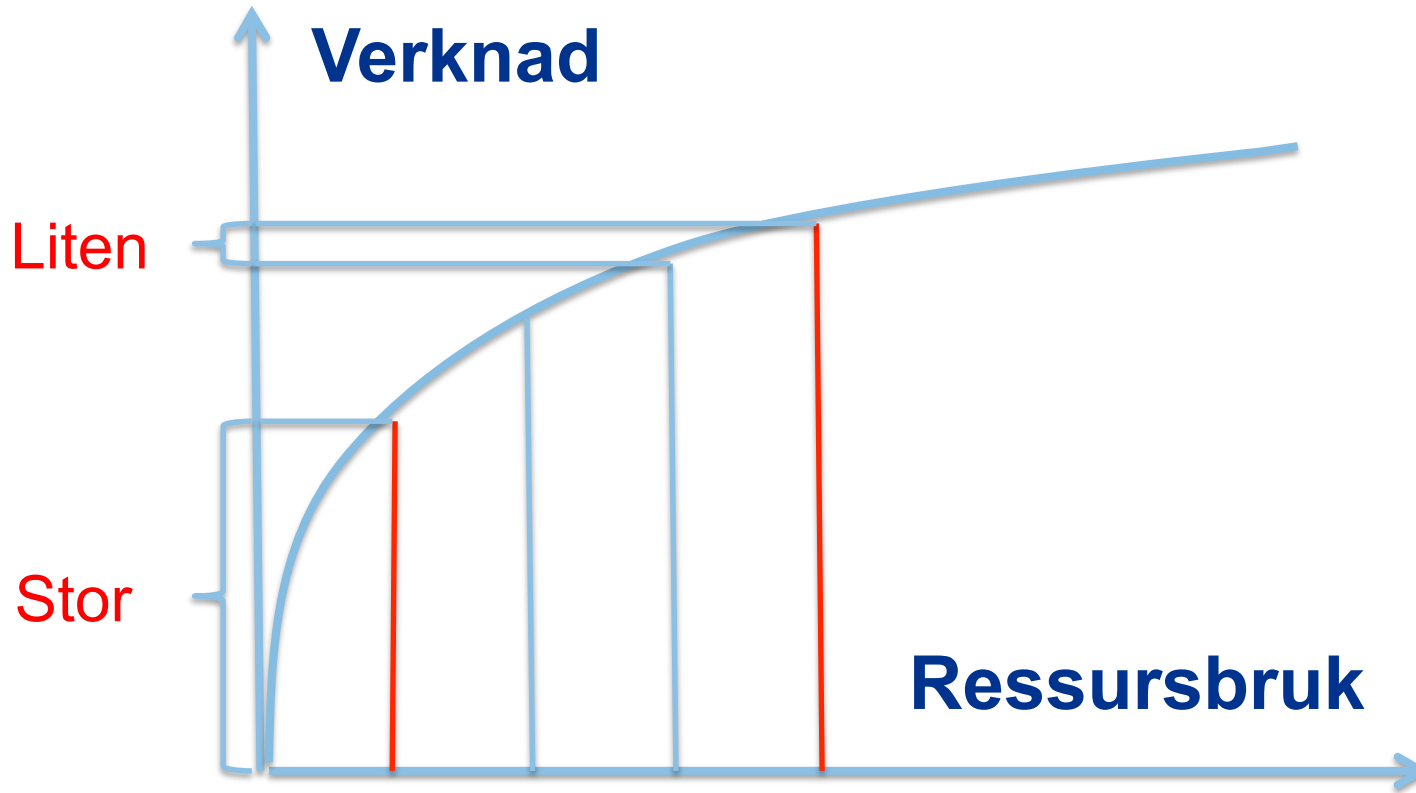
Stor vekt på kunnskap og metodevurderingar, men...

Vurderinger av kvalitet og usikkerhet ved dokumentasjon bør tas med i betraktning når det tas prioriteringsbeslutninger på gruppenivå. [...] **Stor usikkerhet knyttet til dokumentasjon og beregningsmetoder bør, alt annet likt, gi lavere prioritet.** [...] Et unntak fra dette er ved vurdering av tiltak som er rettet mot små pasientgrupper med alvorlig tilstand. For slike tiltak kan pasientgruppen ofte være for liten til at tradisjonelle kontrollerte studier av effekt kan gjennomføres.

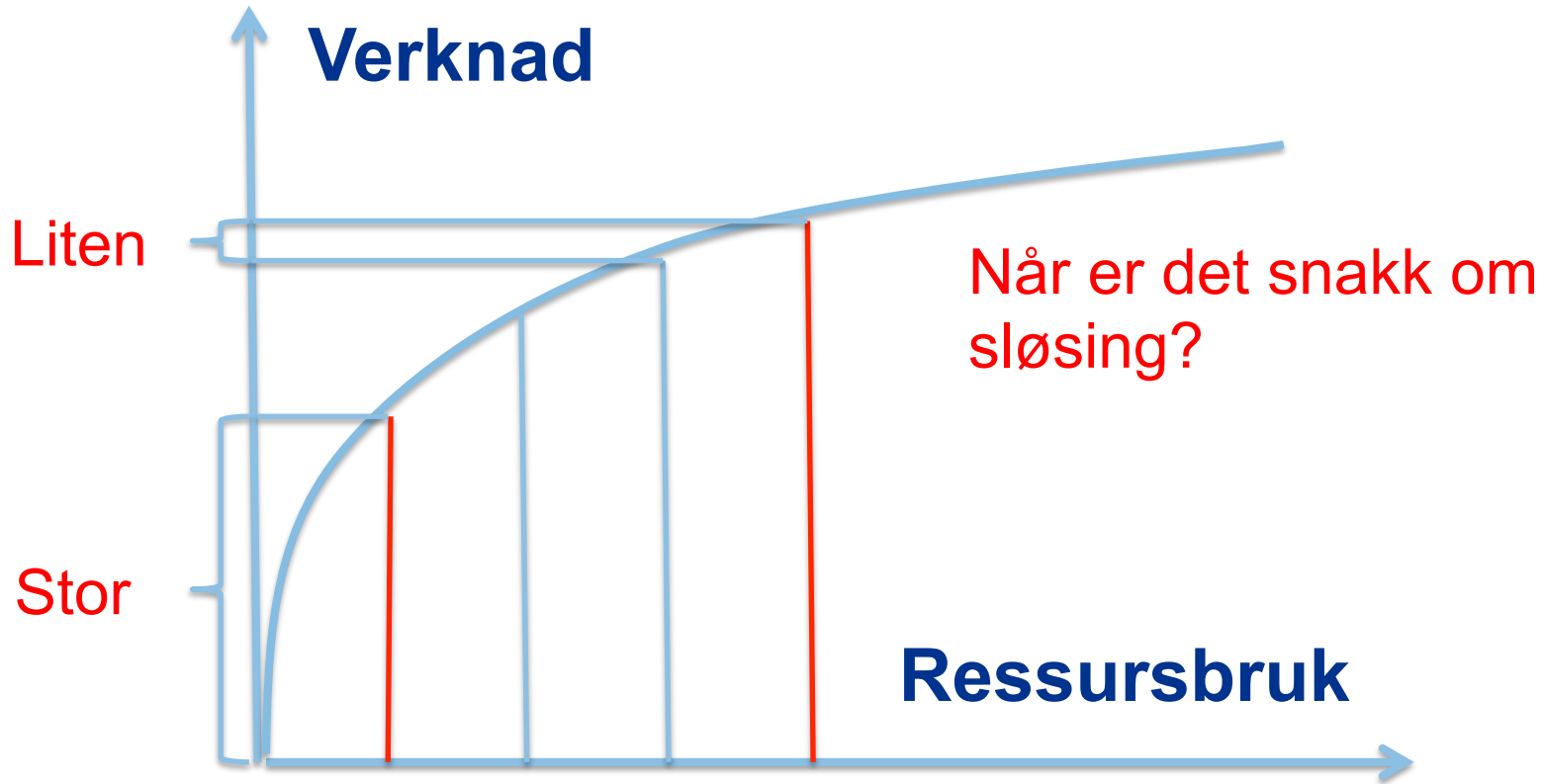
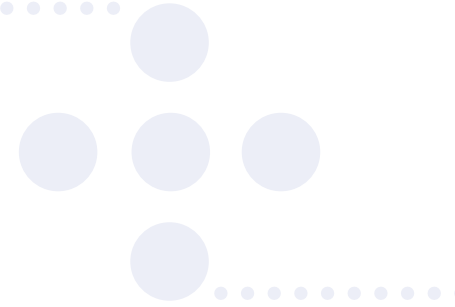
Finansieringsordninger og styringsverkemiddel

- «Plan»
 - Stat og kommune
 - Fagleg skjønn til grunn for ressursbruk
 - «Marknad»
 - Forsikringsordningar
 - Rettskrav som tilgangsnøkkel til tenester
- *Lovgjeving*
 - *Ressurstildeling*
 - *Mjuke verkemiddel*

Forsvarleg ressursbruk



Forsvarleg ressursbruk

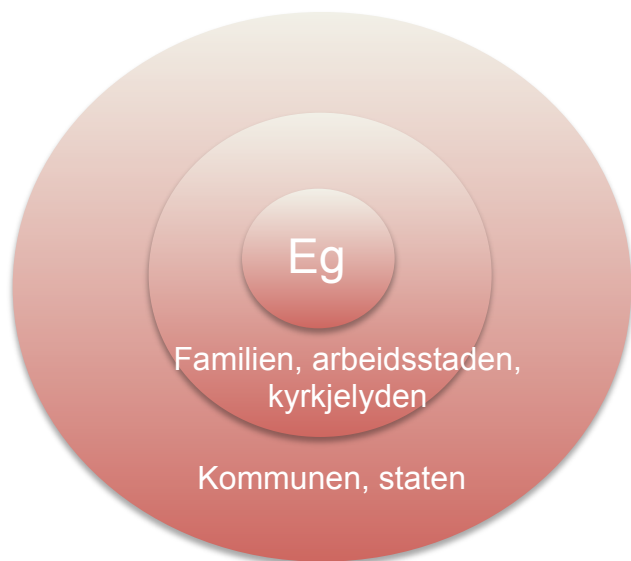


Kva er typisk for den norske modellen?

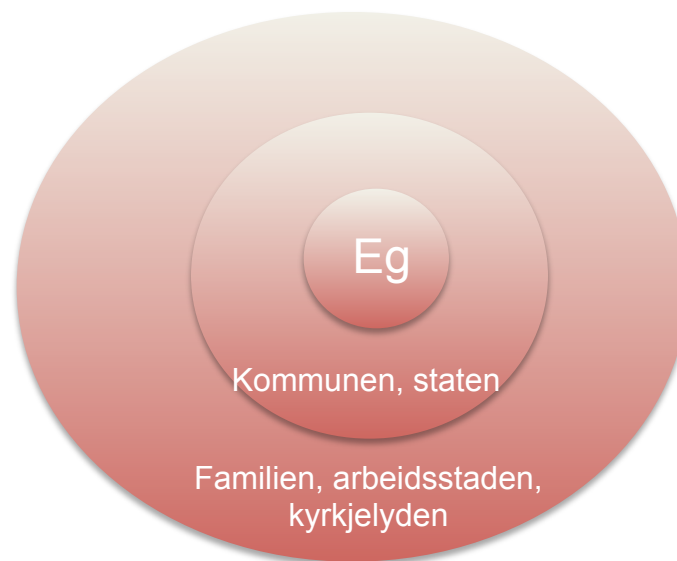
- Alle **innbyggjarane** er omfatta
- Ikkje heildekkjande (t.d. tannhelseteneste manglar dels)
- Skarpt skilje mellom primærhelsetenesta (kommunane) og spesialisthelsetenesta (helseføretaka)
- Sterkt **offentleg engasjement** både i finansiering og i tenesteyting
- **Lovstyrt** i stor grad
- Aukande mengd av «rettskrav» på tenester

Det idéhistoriske skillet mellom ulike velferdsstatsmodellar

Bismarck-modellen – store delar av Europa



Beveridge-modellen – Norden og Storbritannia



Kor mykje kostar det oss?

- Bruttonasjonalproduktet ca. 600.000 kroner/innbyggjar/år
- 60 % over snittet i EU-landa
- 30 % over snittet i Sverige og Danmark
- Vi brukar om lag 10 % til helse- og omsorgstenester, altså 60.000 kroner/innbyggjar/år i gjennomsnitt
- Er det **mykje, passe eller lite**?
- Er det **berekraftig**?
- Brukar vi ressursane på **rette måten**?

Strukturutfordringar

Torleiv Robberstad. Å spare på skillingen og la dalaren gå... Sjukehusforbruk, kommunale tenester og dei eldste i perioden 2010–15. Utposten, 2018; 47(1): 18-21.

Ein del av sjukehusinnleggingane er frå sjukeheimar. **Det er flest innleggingar frå kommunar med høg sjukeheimdekking, men dette paradokset kan ha å gjere at desse har så lite av korttids plassar, sjukeheimslege og heimetenester.** Dette høver med Graverholt sine funn frå Bergen: at sjukeheimane med færrest innleggingar hadde bare niandeparten så mange som dei med flest, men dei var større og kunne ha ei meir robust fagleg plattform. Vossius fann at sjukeheimane i Stavanger bare hadde to tredjedelar så mange sjukehusinnleggingar som grannekommunane, og tilskreiv dette god fagleg standard. **Både for fastlegar og sjukeheimar er nok god fagleg støtte viktig for vurdering av innleggingsbehov.**

Utfordringar

- Valfridom, tildeling etter kriteria eller skjønn?
 - Går desse tre tilnærmingane godt saman?
- Vil den kollektive modellen overleva?
 - Det vil i så fall krevja politisk vilje og medvít
- Fortsett leveårsauke?
 - Kva då med pensjonsalder?
- Teknologi og metodar blir billigare?
 - ... slik brukar ofte utviklinga å vera.

Gjera noko annleis?

- Bli tydelegare på **kor grensene går for det helsetenesta har rammer for og kompetanse til** å gjera noko med
 - Utvikling av «programteoriar» for kommunal tenesteyting, med optimalisering av tenestestrukturane (irekna fastlegane), er oppgåver for samfunnsmedisinen
- Øva seg i å **seia nei på ein sakleg måte** og med «stil»
 - Dette må ikkje minst allmenmedisinen ta seg av
 - Les: *Njål Flem Mæland. «Hvordan sier vi nei?» Utposten, 2019; 48(4):31-33.*

Gjera noko annleis?

- Bli tydelegare på **kor grensene går for det helsetenesta har rammer for og kompetanse til** å gjera noko med
 - Utvikling av «programteoriar» for kommunal tenesteyting, med optimalisering av tenestestrukturane (irekna fastlegane), er oppgåver for samfunnsmedisinen
- Øva seg i å **seia nei på ein sakleg måte** og med «stil»
 - Dette må ikkje minst allmenntillegningen ta seg av
 - Les: *Njål Flem Mæland. «Hvordan sier vi nei?» Utposten, 2019; 48(4):31-33.*
- ***Og så var det kommunestyret då!***