



Blankholmutvalget

Deres ref.:

Vår ref.: 18/1200

Dato: 13.4.2018

Legeforeningens innspill til Blankholmutvalget

Legeforeningen takker for muligheten til å gi innspill til utvalgets arbeid, og oversender noen overordnede vurderinger. Dette er ikke uttømmende for Legeforeningens synspunkter for prioriteringer i kommunehelsetjenesten. Legeforeningen kommer gjerne med mer utfyllende tilbakemeldinger til utvalget dersom det er ønskelig. Våre hovedinnspill er:

- Prioriteringskriteriene må være like
 - *ønske om overordnede felles prioriteringskriterier for hele helsetjenesten – men de må tilpasses*
- Folkehelsearbeidet må også vektlegges
 - *kommunenes ansvar for forebyggende og helsefremmende arbeid må vektlegges i prioriteringsarbeidet*
- Fastlegen – helsetjenestens inngangsport har stor betydning for prioriteringer
 - *sviktende rekruttering og stabilitet i fastlegeordningen kan få negative konsekvenser for prioritering og ressursfordeling i hele helsetjenesten*
- Fragmentering og søyleorganisering i kommunehelsetjenesten hindrer gode pasientforløp
 - *Gode prioriteringer handler også om god fordelingene av tjenestene og evne å se helheten i en pasients behov. Tette skott mellom tjenestene hindrer dette.*
- Kommunenes helse- og omsorgstjenester må ledes bedre
 - *En tydelig medisinsk linjeledelse vil bidra til en mer samordnet helsetjeneste, og at ressursene prioriteres riktigere for å gi mer kostnadseffektive og likeverdige tjenester.*

1. Alvorlighet, nytte og ressurskriteriet: Egner de seg til å bruke i

kommunehelsetjenesten? En åpen prioriteringsdebatt er nødvendig for tilliten til helsetjenesten, og for å sikre en riktig og rettferdig fordeling av helsetjenestens ressurser. En av dagens hovedutfordringer er at prioriteringsdebatten i alt for liten grad har berørt de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Arbeidet til utvalget vil bli viktig for at disse diskusjonene også løftes inn i kommunene.

En sentral del av utvalgets mandat er å vurdere om dagens kriterier: alvorlighet, ressurser og nytte også kan anvendes i kommunehelsetjenesten. Norheimutvalgets utgangspunktet var at det er pasientgrupper som i dag systematisk taper i kampen om helseressursene. De fremhevet kronikere, multisyke og psykiatripasienter, og foreslo nye kriterier som skulle ivareta disse pasientgruppene i større grad. Blant annet foreslo utvalget at et tiltaks prioritert skulle øke med forventet helsetap over livsløpet hos den eller de som får helsegevinst. [Legeforeningen støttet ikke dette forslaget](#), da vi mente dette brøt med et viktig prinsipp om at det er sykdommen du rammes av som skal være styrende for hvilken behandling du mottar, ikke din samlede sykdomshistorikk over et helt livsløp. I tillegg mente vi kriteriet var komplisert og vanskelig å bruke i den kliniske hverdagen. Det sentrale må være at kriteriene får en reell effekt for pasientene og for de som skal prioritere, og da må de være lette å forstå og bruke.

Legeforeningen roste samtidig Norheim-utvalget for at de løftet frem disse pasientgruppene, og vi mener mange av ideene til utvalget var svært verdifulle bidrag i prioriteringsdebatten. Norheimutvalgets arbeid viser også hvor vanskelig det er å lage nye prioriteringskriterier og få oppslutning og støtte til disse.

Norge har vært et foregangsland i å sette prioritering (i spesialisthelsetjenesten) på den helsepolitiske dagsordenen. Leger har alltid måttet prioritere og balansere hensynet til pasienten, hastegrad og sykdommens alvorlighet innenfor økonomiske og organisatoriske rammer. Legeforeningen har derfor i alle år ønsket å bidra til arbeidet for større åpenhet om og bedre grunnlag for prioritering, jfr for eksempel vår statusrapport fra 2007 "[Lang, lang rekke – hvem skal vente, hvem skal få?](#)". Vårt hovedbudskap den gang var at prioritering blir reell først når vi legger til grunn vurderinger av hele pasientforløpet – gjennom hele helsetjenesten. Dette taler for at vi trenger gjennomgående prioriteringskriterier i helsetjenesten, og da må de samme prioriteringskriteriene ligge til grunn for prioriteringer i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Legeforeningens anbefaling er derfor at man bør holde fast på de eksisterende prioriteringskriteriene.

Samtidig kan prioriteringsutfordringene ofte være svært ulike i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er en utfordring at alle beslutningstakere skal prioritere etter samme kriterier – all den tid prosessene er ulike. En mulighet kan derfor være å holde fast ved de samme overordnede kriteriene, men gjøre noen presiseringer slik at de treffer kommunene bedre. Dette var for eksempel Magnussens-utvalgets tilnærming til alvorlighetskriteriet. De mente at kriterier for prioritering på samfunnsnivå er annerledes enn kriterier på klinisk nivå. [Legeforeningen støttet Magnussengruppens forslag til oppdeling av alvorlighetskriteriet med to ulike formål, én versjon til bruk på samfunnsnivå og én annen versjon til bruk på klinisk nivå.](#) Vi tror denne tilnærmingen er riktig, og vil oppfordre utvalget til å finne tilpasninger og presiseringer av kriteriene som treffer kommunehelsetjenesten og de ulike nivåene prioriteringsbeslutningene skal fattes på. Mange av pasientene i primærhelsetjenesten er nettopp de gruppene Nordheim-utvalget løftet frem; kronikere, multisyke og mennesker med psykiske lidelser. For disse pasientgruppene, og ikke minst for sykehjemspasienter og terminale pasienter, vil viktige hensyn blant annet være å sikre pasientene mestring, inkludering og verdighet.

2. Hvordan prioritere forebygging og tiltak som ivaretar folkehelsen? Kommunene har ansvar for forebygging og folkehelsearbeidet. Et sentralt spørsmål er hvordan prioriteringsarbeidet og prioriteringskriteriene vil kunne sikre at dette arbeidet får økt oppmerksomhet. En av Legeforeningens formålsparagrafer er å jobbe for en god folkehelse, og vi er bekymret for økningen i de sosiale helseforskjellene. Selv om folkehelsen i Norge generelt er bra, er dette en voksende utfordring i Norge, senest vist i [Helsedirektoratets folkehelsepolitisk rapport](#). Gode prioriteringer må bidra til å redusere sosiale helseforskjeller.

Legeforeningen viser videre til høringsuttalelse til Kommunal- og moderniseringsdepartementet departementet 7. mars 2018 om regionreformen – desentralisering av oppgaver fra stat til kommunene. Rapporten reiser også spørsmål om overføring av oppgaver innen folkehelsearbeidet. Legeforeningen slutter seg ikke til forslaget om å overføre de økonomiske virkemidlene fra staten til fylkeskommunene. Legeforeningen har erfart at fylkeskommunen ikke har evnet å være noen kompetent støtte for det utøvende folkehelsearbeidet i kommunene. Tvert imot er det kommunene selv som har utviklet kompetanse på dette feltet og som har utført det meste av folkehelsearbeidet, på tross av at økonomien i stor grad har blitt liggende igjen i fylkeskommunene. Legeforeningen opplever at

rapporten i for liten grad legger vekt på kommunenes rolle i folkehelsearbeidet. I motsetning til det ekspertutvalget antyder, er det kommunene som har bidratt med kompetanse til fylkeskommunene innen det lokale arbeidet for bedre folkehelse. Utvalget skriver at kommunene mangler kapasitet og kompetanse til å utvikle folkehelsefeltet, og har behov for veiledning. Legeforeningen opplever i kontrast til dette at den samfunnsmedisinske kompetansen det er behov for i folkehelsearbeidet i stor grad befinner seg i kommunene. Det er sammen med denne fagkompetansen man bør satse videre innen folkehelsefeltet.

Helse skapes først og fremst i de sosiale fellesskap der mennesker lever og virker. Legeforeningen støtter Verdens helseorganisasjon (WHO) sine anbefalinger om at forebyggende og helsefremmende arbeid må inn i alle samfunnssektorer (Helse i alle politikk), som omtalt i [Legeforeningens statusrapport fra 2012 "Pulsen opp for bedre helse – Forebyggende og helsefremmende arbeid"](#). Levekår, trygge oppvekstmiljø, aktivitetsfremmende samfunn, utdanning og arbeidsmiljø er grunnpilaren for et helsefremmende samfunn. Derfor er det viktig at kommunene evner å se helheten i dette arbeidet. Et eksempel er at ikke miljø- og næringshensyn alene dominerer arealpolitikken. En boligarealpolitikk hvor helsehensyn i form av fokus på lys, luft, fravær av støy og annen forurensning sammen med nærhet til naturarealer for fysisk aktivitet utendørs vil bidra til kommunenes folkehelsearbeid. Det er et sentralt dilemma at de viktigste arenaene og virkemidlene for å skape en god folkehelse ligger utenfor helsesektoren, mens resultatene av mangelfull forebygging ofte havner på helsetjenestens bord. Kommunene må prioritere innsats for å skape gode oppvekstvilkår og hindre ensomhet og utstøting. Også her vil sentrale hensyn være å sikre innbyggerne mestring, inkludering og verdighet.

3. Fastlegene – helsetjenesten inngangsport. Fastlegene er i dag den viktigste inngangsporten til helsetjenesten. Vurderingene og beslutningene fastlegene tar, får store konsekvenser for ressursbruken i hele helsetjenesten. Derfor er Legeforeningen svært bekymret for den voksende rekrutteringskrisen i fastlegeordningen. VGs kartlegging i 2017 viste at halvparten av kommunene sliter med rekruttering, og de siste seks månedene er det flere av kommunene som varsler om en betydelig forverring. Uten en velfungerende fastlegeordning, vil konsekvensene for prioriteringene og ressursfordelingen i helsetjenesten i stort - og særlig spesialisthelsetjenesten - vokse dramatisk. Det vil også ha betydning for legevaktene og de øvrige legeopp gavene kommunene skal sikre innbyggerne sine.

Tilgjengeligheten i fastlegetjenesten påvirker også prioriteringer. Fastlegene har ansvar for alle pasientene på listen sin og står i et kontinuerlig prioriteringsvalg for hvem som skal få hvilke tjenester til enhver tid. Legeforeningen mener det er helt avgjørende at det er faglige og verdimessige hensyn som er styrende for prioriteringene og ikke økonomiske hensyn eller press på å gi tjenester som ikke er medisinsk begrunnet. For å lykkes med dette er det helt nødvendig å øke kapasiteten i ordningen. Helsedirektoratets tidsbruksundersøkelse¹ har tydelig vist at kapasiteten er på bristepunktet. For stort arbeidspress gjør det mer krevende å ivareta pasientene på en god måte, gjøre mer utredning og behandling, med andre ord etterleve LEON-prinsippet.

Parallelt med dette er det viktig å sikre at fastlegene prioriterer godt i møte med sine pasienter. Virkemidler som kan bidra til dette er blant annet:

¹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/fastlegers-tidsbruk/id2592992/>

- God beslutningsstøtte (IKT) Fastlegene trenger beslutningsstøtteverktøy som bygges inn i elektronisk journal for å underbygge portnerrollen og riktige prioriteringer. Dette vil bidra til at pasienter får riktig tilbud til riktig tid, og på riktig nivå. IKT-systemer som fungerer og snakker godt sammen er fortsatt en mangel i store deler av helsetjenesten. Med dette på plass vil man godt prioriteringsarbeid betydelig fasiliteres.
- SKIL, Senter for Kvalitet i Legekontor², er et selskap eid av Den norske legeforening med underforeninger. Grunnideen bak senteret er å få leger til å reflektere over egen praksis, og gjennom det få til forbedring og dermed bedre tjenester til pasientene. SKIL-metoden er et verktøy som skal gjøre fastlegene bevisste på egen praksis og egne prioriteringer. SKILs mål er å få med alle norske legekontor, der både leger og medarbeidere er med. For å lykkes med dette må SKIL inngå i et samarbeid med staten og kommunene.

For øvrig vil vi vise til rapporten vår "[Riktig diagnose, til rett tid](#)", som tar for seg fastlegenes portnerrolle.

4. Hvordan styrke samarbeidet internt i kommunehelsetjenesten? Et sentralt mål for kommunehelsetjenesten må være å gi et mer likeverdig og forutsigbart tilbud til innbyggerne. En utfordring er at kommunehelsetjenesten stadig blir mer kompleks og fragmentert. Gode prioriteringer handler også om god fordelingene av tjenestene og evne å se helheten i en pasients behov. I dag er det tette skott mellom tjenestene, og fastlegene blir i liten grad involvert i vurderinger som gjøres om pasienter i andre deler av kommunehelsetjenesten, eksempelvis vedtak om sykehjemsplass i kommunene. Legeforeningen mener det ligger et potensial i å bruke fastlegenes kjennskap til sine pasienter i prioriteringsbeslutninger. For å få til dette må helsepersonell samarbeide bedre når en pasient får et funksjonstap som utløser behov for mere helsetjenester. I vurderingen av om pasienter kan og bør prioriteres, er det nødvendig at helsepersonell trekker på hverandres erfaringer og kompetanse. En kommunehelsetjeneste der helsepersonell raskt finner sammen og jobber effektivt for å gi pasientene god behandling og oppfølging når behovene melder seg, vil gi bedre prioriteringer.

Bedre IKT-løsninger er et konkret tiltak for å få til dette. Samtidig er det også behov for å se på organisatoriske grep. Det finnes eksempler der man har klart å strukturere samarbeidet mellom helsetjenestene bedre. Et eksempel som har vist seg å bedre samarbeidet mellom fastleger og hjemmetjenesten er modellen fra læringsnettverkene til KS³. I denne modellen tilrettelegger kommunene for at fastlegene og hjemmetjenesten jobber strukturert sammen. Man har organisert hjemmesykepleien til bestemte legekontor, som både forenkler samarbeidet og sikrer at fagfolk blir bedre kjent. Norsk forening for allmennmedisin (NFA) og Norsk fysioterapeut forbund (NFF) har også utviklet en modell som skal sikre et mer strukturert samarbeid mellom fastleger og fysioterapeuter ([knutepunktmodellen](#)). Målet er at bedre samarbeid mellom leger og fysioterapeuter kan skape bedre faglige vurderinger og bedre prioriteringer.

5. Kommunene må lede sine medisinske tjenester. Som det tydelig beskrives i mandatet til utvalget, har prioriteringer i spesialisthelsetjenesten konsekvenser for ressursbruk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og motsatt. Dette understreker viktigheten av en medisinskfaglig ledelse i kommunene som evner å se helsetjenesten under ett. For å gjøre gode

² <https://www.skilnet.no/>

³ <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/eldre-og-kronisk-syke/>

overordnede prioriteringer, er det viktig å bringe medisinsk kompetanse inn i den sentrale ledelsen av kommunen. Legeforeningen mener betydningen av medisinskfaglig ledelse bør være en sentral del av utredningen. Legeforeningen mener kommunene må utvikle en ny helselederrolle for kommunens medisinske tjenester utover dagens tradisjonelle kommuneoverlegerolle som medisinskfaglig rådgiver. Denne helselederen må ha en formell lederrolle, være medlem av topplederarenaen i kommunen og ha høy medisinsk kompetanse. Vi mener at en tydelig medisinsk linjeledelse vil bidra til en mer samordnet helsetjeneste. I tillegg kan ressursene prioriteres riktigere for å gi mer kostnadseffektive og likeverdige tjenester. I sum vil dette styrke pasientens helsetjeneste. Mer om medisinskfaglig ledelse i kommunene, finnes i Legeforeningens rapport ["Pasientens primærhelsetjeneste må ledes"](#).