

Høringsnotat NOU 2018: 16 Det viktigste først

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

Hjernerådet kommenterer ikke prinsipper for prioritering innen tannhelsetjenesten.

Det er i NOU-en referert til at de tre viktigste store dødsårsaksgruppene er hjerte- og karsykdommer, kreft og nevrologiske sykdommer (da i hovedsak demens). Disse tre årsaksgruppene utgjør til sammen 71 prosent av alle dødsfall.

Det er i tillegg svært mange som overlever sykdom innen disse tre gruppene, da ofte med varierende grad av senskader/komplikasjoner.

Prinsippene for prioritering er basert på Helse-Omsorg 21: Strategiplan 2014. Hjernerådet mener utredningen tegner et godt bilde av dagens situasjon og utfordringer.

Det er en utfordring når spesialisthelsetjenesten overfører pasienter som har behov for omfattende og langvarige og mulige kostbare tiltak uten at kommunen har kapasitet eller midler til oppfølging. At kommunen i disse tilfellene opplever at de må innrette seg etter beslutninger de selv ikke er direkte involvert i, eller i liten grad har innflytelse på (s.89), er en utfordring som er viktig å sette fokus på. Kommunene bør involveres før pasienter overføres til deres ansvar, spesielt i tilfeller som krever at kommunene skal følge opp med tilbud som er svært kompetanse- og/eller ressurskrevende.

Mange av Hjernerådets medlemmer har behov for langvarig og/eller komplekse tjenester fra kommunen. Vi er her usikre på hvordan ressurskriteriet vil slå ut for våre medlemmer. I verste fall risikerer man at kommunale helse- og omsorgstjenester blir å nedprioritere brukere som har behov for langvarige, komplekse og kostnads-krevende ytelser til fordel for andre, mindre kostnads-krevende brukergrupper og tilbud.

Utredningen har også valgt å bruke følgende formulering om at «en hensiktsmessig prioritering også innebærer en vurdering av hvilke yrkesgrupper som på en best mulig kostnadseffektiv måte kan utføre de enkelte oppgavene» (s.110). Hjernerådet ønsker å påpeke at denne formuleringen kan brukes som bakgrunn for å redusere antallet helsepersonell med universitets- og høyskoleutdanning, og erstatte oppgavene de utfører med annet personell som er mindre kostnads-krevende, herunder ufaglært arbeidskraft. Da mange av brukerne med behov for tjenester fra kommunehelsetjenesten har komplekse og sammensatte behov, bør det heller tilstrebes en større tetthet av faglært personell som bedre kan ivareta behovene til brukerne.

Bakgrunn for drøfting vedrørende prioriteringer er omtalt i utredningen. Hjernerådet har mange medlemmer med omfattende og alvorlige funksjonsvansker og ønsker at det settes fokus på hvilke tiltak som må til for å skape morgendagens helsetjenester også for de med komplekse og langvarige behov relatert til kommunehelsetjenesten. Vi registrerer at prioriteringsbeslutninger skal ta hensyn til både pårørendeforhold og individuelle forhold

hos pasienten, og små pasientgrupper må tas hensyn til, i særdeleshet når anbefalinger foreligger fra spesialisthelsetjenesten.

Videre støtter Hjerneverdet opprettelse av et nasjonalt kompetansemiljø som et støtteorgan for praktisk prioriteringsarbeid (s.135).

Hjerneverdet støtter også utvalgets forslag om at det bør foretas en gjennomgang av på hvilken måte dagens finansieringsmodeller påvirker prioriteringsbeslutningene i helse- og omsorgstjenesten (s.128).

Til slutt har Hjerneverdet registrert at Blankholmutvalget viser til at det som en konsekvens av manglende nasjonale retningslinjer for tildeling av tjenester er store ulikheter fra kommune til kommune. Vi mener at det ikke problematiseres godt nok hvordan prioriteringsveiledere alene kan bidra til å utjevne forskjellene mellom kommunene.

Hogne Jensen og Einar Bryne

Hjerneverdet, 22.05.19