

# Uunnværlig prioritering

Av Oddvar Førland

Redaktør, Tidsskrift for omsorgsforskning,  
Forsker, Senter for omsorgsforskning, Høgskolen på Vestlandet og  
førsteamanuensis ved VID vitenskapelige høgskole

✉ red-tfo@hvl.no



Prioritering handler om å gi noe forrang framfor noe annet. Man velger inn noe og velger bort noe annet. I en velferdsstatssammenheng innebærer det beslutninger om *fordeling, omfordeling og rasjonering* av tjenester og ressurser. Mye av innholdet i dette nummeret av TfO har relevans for prioriteringer i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Disse tjenestene disponerer store, men like fullt begrensede ressurser, og tjeneste-etterspørselen er vanligvis større enn tilbudet. Da oppstår prioriteringsutfordringer. Man tvinges til å rasjonere ut tjenestenes omfang og noen ganger også deres kvalitet. Man kunne gitt mer og bedre tjenester om man for eksempel hadde disponert høyere kompetanse og mer ressurser. Behovet for prioritering («rationing») oppstår ved mangel på ressurser og innebærer at noen pasienter får en ikke-optimal behandling eller tjeneste (Ubel & Goold, 1998). For eksempel oppgav 44 % av kommunene at de har personer på venteliste til langtidsopphold i sykehjem, til sammen 1420 personer (Helsedirektoratet, 2018). Disse personene oppfyller Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2a om at dette er det eneste tilbudet som kan sikre dem nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. I tillegg oppfyller de kommunens lokale kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem og som bygger på loven. Likevel bor de hjemme eller på kort-

tids plass i påvente av et bedre tilbud. I en virkelighet med begrensede ressurser står beslutningstakere (både klinikere, byråkrater og politikere) overfor vanskelige prioriteringer mellom brukere, brukergrupper og ulike typer av helse- og omsorgstjenester: Hvem skal få hjelp, til hva, hvor mye og hvor raskt? Hva er nødvendig hjelp? Hva er kommunens ansvar og hva er den enkeltes, familienes og sivilsamfunnets ansvar? Hva er rettferdig fordeling av fellesskapets ressurser? Hva er rimelig og hva er hensiktsmessig? Skal det kreves egenbetaling fra mottakerne? Hva tjener den enkelte mottaker best på kort og lang sikt? Hvilke prioriteringer er nødvendige for å sikre velferdsstatens bærekraft på kort og lang sikt?

Slike prioriteringsdilemmaer har vært sentrale og utfordrende så lenge kommunene har eksistert, og er det fortsatt, ikke minst hver høst når budsjettene skal vedtas. Nå er prinsipielle sider ved dette satt på dagsorden gjennom det regjeringsoppnevnte Blankholmutvalget (<http://www.blankholmutvalget.no/>) som skal avgi sin rapport innen utgangen av 2018. Flere tidligere offentlige prioriteringsutvalg har fremmet forslag om kriterier for prioriteringer i helsetjenesten, men med hovedvekt på spesialisthelsetjenesten. Det er nødvendig, og på tide, at helse- og omsorgstjenestene i kommu-

nene nå får sin egen utredning, som utgangspunkt for en etterfølgende høring og stortingsbehandling. Sektoren er like stor som spesialisthelsetjenesten i ressursbruk og omfatter betydningsfulle og langvarige tjenester for langt flere pasienter og familier.

Evne til å prioritere handler også om makt. Ulike aktører på ulike nivå har makt til å foreta valg for andre. En prioriteringsutredning bør derfor beskrive disse aktørene. For snart 20 år siden drev Vike, Bakken, Brinchmann, Haukelien & Kroken (2002) feltarbeid som resulterte i analyser av lokalpolitiske prosesser og profesjonenes roller i kommuner, som del av makt- og demokratiutredningen som da pågikk. Kanskje trenger vi en ny maktutredning for kommunal sektor nå?

### Det er forskjell på kommuner og sykehus

Gitt forståelsen om at prioritering innebærer rasjonering og at noen pasienter får dårligere, færre eller senere tjenester enn det mest gunstige, så reises det et legitimt spørsmål om det bør utarbeides prioriterings- eller rasjoneringskriterier også for kommunal sektor. Regjeringen fikk i 2016 tilslutning til tre hovedkriterier for prioritering: nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Det er store forskjeller mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten og det er derfor ikke gitt at de samme kriteriene, eller i hvert fall ikke den samme forståelsen av de tre kriteriene, bør gjøres likt gjeldende for begge sektorene. Kommunenes helse- og omsorgstjeneste er en *førstelinjetjeneste* og en *primærtjeneste* som gir tidlig og langvarig oppfølging, ofte uten at spesialisthelsetjenesten er koblet inn. Tjenestene gis i eller nært hjemmet og gjennom hele livsløpet, i noen perioder døgkontinuerlig, i andre perioder sjeldnere, men i de fleste tilfellene utgjør de førsteinstansen. Oppfølgingen retter seg ofte mot flere *samtidige* sykdommer og lidelser, men med færre faglige retningslinjer som støtte enn i spesialisthelsetjenester. Like mye som sykdommene i seg selv er det konsekvensene og utfordringene som sykdommene gir som er i fokus for kommunenes oppfølging. Det kan for eksempel være knyttet til hverdagsmestring, dagliglivets funksjoner og grunnleggende behov. Spesialisthelsetjenesten retter seg på sin side mot det spesialiserte og gjerne en sykdom om gangen, de ferdigbehandler og skriver pasienten ut; til videre oppfølging i kommunene.

### Balansepunktene

Det er flere balansepunkter som aktualiseres når offentlige midler skal fordeles. Ett av dem går på forholdet mellom helse- og omsorgssektoren og andre sektorer. Denne fordelingen bør ikke være støpt i stein, men følge demografiske og andre samfunnsmessige endringer. Det er for eksempel ikke urimelig at utgiftene til eldreomsorg øker når antall eldre øker, på samme måte som at utgiftene til skole øker i kommuner med vekst i barneantallet. Det er videre ofte sammen-

heng mellom kvalitet og kostnad. Kvalitativt gode tjenester koster mer enn minimumstjenester. Både i skole- og barnehagesektoren er det nå vedtatt bemanningsnormer som binder kommunene. Det har man ikke gjort i helse- og omsorgssektoren, for eksempel for bemanning på sykehjem. Helse- og omsorgstjenesten er kommunenes største enkeltsektor. Beslutningstakere står ikke bare overfor prioriteringsutfordringer innenfor, men også *mellom* denne og de andre kommunale sektorene.

Hjemmetjenester og sykehjem, med tjenester til eldre og yngre med behov for langvarige omsorgstjenester, er den klart største delen av helse- og omsorgssektoren i kommunene. En av fire kommunale kroner brukes her (Kjelvik & Mundal, 2013). Riktige prioriteringer er ikke bare viktig for brukerne med slike behov, men også for den økonomiske bærekraften i kommunene.

Det handler ofte ikke om å velge bort et etablert tiltak, men å finne den rette balansen mellom flere samtidig nødvendige tjenester. Ingen er uenig i at kommunene *både* må drive forebygging, behandling og rehabilitering, og samtidig gi langvarige kompenserende omsorgstjenester. Utfordringen er å finne det rette balansepunktet mellom disse hovedområdene, og om fordeling av ressurser mellom de ulike nivåene i den såkalte omsorgstrappen: Hvor mye ressurser bør brukes på «tidlig innsats» av forebyggende og helsefremmende art for å gjøre den enkelte bedre i stand til å ta vare på sin framtidige helse og funksjon, for eksempel ved å etablere forebyggende hjemmebesøk som tilbud til friske eldre? Hvor mye til ulike lavterskeltilbud, som for eksempel frisklivssentraler, eldresentre og frivillige organisasjoners tiltak? Hvor mye til kurative og rehabiliterende tjenester der man kan forvente helse- og funksjonsbedring? Hvor mye til langvarige habiliterende tjenester overfor personer med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse? Hvor mye til kompenserende hjelp på sykehjem og hjemmesykepleie til dem med langvarige og omfattende hjelpebehov der man ikke kan forvente bedring, for eksempel til omsorg i livets slutfase? Hvor mye til drift av sykehjem i forhold til hjemmebaserte tjenester? Hvor mye til ledelse og helse- og omsorgsbyråkratiet i forhold til tjenestene med direkte pasientkontakt?

### Forebygging, tidlig innsats og sosial investering

I Norge har vi tradisjon for å praktisere det såkalte LEON-prinsippet: laveste effektive omsorgsnivå, som innebærer at pasienten skal motta tilpassede tjenester, men ikke på et høyere og mer ressurskrevende nivå enn det som er nødvendig og faglig forsvarlig. La oss se nærmere på de laveste trinnene av omsorgstrappen. Samhandlingsreformen har stimulert kommunene til økt prioritering av forebygging, tidlig innsats, rehabilitering og aktiviserende omsorg innenfor eldreomsorgen og dette er fulgt opp gjennom flere etterfølgende stortingsmeldinger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013,

2015a, 2018). I regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020 står det at blant annet slik:

«De hjemmebaserte tjenestene møter ofte brukere og pårørende i tidlig fase av sykdomsutvikling, og kan bidra til at de kan leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfull hverdag i fellesskap med andre. En sterkere hjemmetjeneste kan også forebygge ytterligere funksjonssvikt og sykdomsutvikling og bidra til å utsette institusjonsinnleggelse eller gjøre institusjonsopphold unødvendig. Det er derfor behov for å øke satsing på hjemmetjenester og tidlig innsats» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b, s. 7).

Slike formuleringer er en del av en internasjonal trend innenfor omsorgstjenestene med slagord som «active ageing», «productive ageing», «healthy ageing» og «autonomous ageing» og med økt vekt på rehabiliterende tjenester, mestring og ressursfokus og verdier som selvstendighet og uavhengighet (Ervik & Lindén, 2013; Tremblay & Rochman, 2011; World Health Organization, 2015). Økte ressurser til forebyggende og aktiverende tiltak og tidlig innsats kan sees på som en investering med forventning om framtidig avkastning. I EU-sammenheng er slike strategier vektlagt i økende grad innenfor alle velferdssammenhenger, også i eldreomsorg og såkalt «long-term care», gjerne under uttrykket «social investment» (Knapp, 2017; Kvist, 2015; Lopes, 2017; Morel, Palier, & Palme, 2011). Dette er en tenkning der man forsøker å snu innsatsen fra et tradisjonelt fokus på å reparere og kompensere, til i økende grad å tilrettelegge og aktivere for enkeltpersoner og familier slik at de selv blir i stand til å forhindre, utsette og håndtere uhelse og funksjonssvikt.

### Mellom vekst- og vedlikeholdsomsorg

Det kan stilles spørsmålet om den nevnte utviklingen fører til at pasientgrupper med lite potensial for «investeringsavkastning» i form av økt mestring og selvhjelpenhet, blir eller står i fare for å bli, nedprioritert i kommunene. Det kan være grunn til å minne om Herdis Alvsvåg sine polemiske uttrykk tilbake på 1980-tallet: «resultatsikker» og «resultatløs» sykepleie. Resultatsikre tiltak er rettet mot dem som med stor sannsynlighet vil oppnå bedring fra sin sykdom eller skade, for eksempel dagens hverdagsrehabiliteringspasienter i kommunene. På den annen side finnes det «resultatløse» tiltak rettet mot dem ikke kan bli friske, selvstendige og uavhengige av hjelp, men som vil forbli sterkt hjelpetrengende livet ut. Hun advarte mot å prioritere de resultatsikre og økonomisk avkastningssikre pasientene framfor de resultatløse uten rehabiliteringspotensiale (Alvsvåg, 1981, s. 100-103). Dette er altså intet nytt prioriteringsdilemma.

Kari Martinsens uttrykk «vekstomsorg» og «vedlikeholdsomsorg» (Martinsen, 1989, s. 77-78) kan illustrere lignende prioriteringsdilemmaer. Mens vekstomsorg er uttrykk for tje-

nester rettet mot dem som med stor sannsynlighet vil bli bedre, er vedlikeholdsomsorg rettet mot personer man ikke kan forvente slik bedring hos. I et helsevesen preget av resultat- og nytteorientering kan vedlikeholdsomsorgen lett bli skadelidende. På den annen side kan det hevdes at prioritering av vekstorienterte tiltak, som for eksempel hverdagsrehabilitering, vil resultere i at flere eldre blir mer selvhjulpne og at dette vil spare kommunene for framtidig ressursinnsats som kan komme dem med langvarige omsorgsbehov til gode.

### Variasjon og prioriteringsprinsipper

En ting er å peke på prioriteringsdilemmaer i helse- og omsorgssektoren, slik jeg har gjort over, noe annet og mer krevende er å skissere kriterier som kan veilede prioriteringer i kommunene. Dette vil fordre både faglige innsikter, verdimessige avklaringer og politiske valg. Et sentralt spørsmål vil være hvor overordnede eller detaljerte kriteriene bør være. Noen forhold tilsier at de ikke bør være veldig detaljerte. Norge har lange tradisjoner for lokalt selvstyre som har gjort kommunene forskjellige og tilpassede, som et resultat av ulik historie, geografi, demografi og organisering. Variasjon kan også være et resultat av at det ikke bare finnes én tydelig type «beste praksis», men flere typer tiltak som kan tilbys og som alle faller innenfor forsvarlig praksis. Variasjon kan videre være et uttrykk for innovasjon og utvikling. Når innovative tiltak utvikles lokalt må det nødvendigvis resultere i større forskjeller mellom kommunene, i hvert fall i en overgangsfase. Variasjon mellom kommunene kan dermed være ønskelig og uttrykk for gunstig utvikling. Vi kan heller ikke se bort fra at pasienter med like medisinske tilstander rett og slett kan ha ulike preferanser i ulike kommuner på bakgrunn av kulturforskjeller. Dette er alle forhold som tilsier at de fleste prioriteringer bør gjøres lokalt, uten for detaljerte sentrale statlige kriterier. Prioriteringer må kontekstualiseres. Den vet best hvor skoen trykker, som har den på.

Hva så med lokale prioriteringskriterier? Mange kommuner, og særlig de store, har utviklet til dels detaljerte normer, forskrifter og styringssystemer i et forsøk på sikre lik tjenestetildeling og budsjettkontroll. Det synes imidlertid å være en økende bevisstgjøring om at detaljreguleringer har sine negative konsekvenser, særlig for helsepersonellens arbeidssituasjon og faglige engasjement. Ansatte har etterlyst åpne normer som gir større rom for brukerinvolvering, samskaping, faglig skjønnsutøvelse og selvstyrte team (Eide, Nilsen, Gullslett, Aaberge, & Eide, 2017; Førland, Fagertun, Hansen, & Kverndokk, 2017). Ulike varianter av fag- og tillitsreformer vokser nå fram i flere kommuner, med færre kontrollsystemer og større delegert myndighet til de faglig ansatte. Utfordringen for disse kommunene handler vel om å utvikle en god balanse mellom det å gi faglig frihet og tillit og det å skape konsensus omkring noen overordnede normer og kriterier. For felles normer vil man alltid trenge. De kan skape

trygghet både for ledere, ansatte og brukere. Men de må anvendes med skjønn, slik den danske filosof Knud E. Løgstrup malerisk uttrykte det:

«... at man under bundetheden til normerne samtidig bevarer en distance til dem, både for sit eget og for den andens vedkommende ... I mødet om normerne, om man selv lader være med at occupere dem og lader være med at bruke dem som en guiljotine til at henrette den anden med, har kærligheden sin chance» (Løgstrup, 1956, s. 53-54).

Løgstrup kan også gi oss et innspill til et overordnet prioriteringskriterium for et humant og solidarisk velferdssamfunn, når han skrev at «... den politiske orden bedømmes etter den stilling den tager til de svage, de uformuende og forfordelte i samfundet» (Løgstrup, 1982, s. 128). Lignende formuleringer kan utgjøre en prøvestein, et overordnet prioriteringskriterium, knyttet til alvorlighetskriteriet, som tilsier at i en samtidighetskonflikt så må de svakeste og skrøpeligste mellom oss prioriteres. For eksempel økte ressurser og kompetanse til omsorg for døende på sykehjem og i hjemmet. Like fullt kommer vi ikke utenom å måtte ha flere tanker i hodet samtidig. Selv om et slikt alvorlighetskriterium har første-rang må kommunene samtidig tenke forebyggende, langsiktig nytte og investere i tiltak som bidrar til gode livsvilkår og leveår som kan utsette skrøpeligheit og annen uhelse. Det er ansvarlig sosial investering og også del av en uunnværlig prioritering.

## LITTERATUR

- Alvsvåg, Herdis. (1981). *Har sykepleien en framtid? En kritikk av den teoretiske sykepleien*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eide, Tom, Nilsen, Eddy, Gullstett, Monika Knudsen, Aaberge, Amund H., & Eide, Hilde. (2017). Tillitsmodellen – erfaringer med mini-pilotering av selvstyrende team i tre bydelar i Oslo kommune: Høgskolen i Sørøst-Norge. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2446638>
- Ervik, Rune, & Lindén, Tord Skogedal. (2013). *The making of ageing policy : theory and practice in Europe*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Førland, Oddvar, Fagertun, Anette, Hansen, Roar, & Kvern-dokk, Snorre. (2017). *Normtider til besvær*. Senter for omsorgsforskning rapportserie nr. 4-2017. Bergen: Senter for omsorgsforskning. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2444232>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Meld.St. 29 (2012-2013). Morgendagens omsorg*. Oslo: Regjeringen.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015a). *Meld.St. 26 (2014-15). Fremtidens primærhelsetjeneste: nærhet og helhet*. Oslo: Regjeringen.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). *Omsorg 2020. Regjeringsplan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Oslo: Regjeringen.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste — Melding om prioritering. Meld. St. 34 (2015-2016)* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre*. Oslo: Regjeringen. Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>.
- Helsedirektoratet. (2018). Oversikt over personer på venteliste til sykehjem. Lastet ned 28.05.18 fra <https://helse-direktoratet.no/nyheter/oversikt-over-personer-pa-venteliste-til-sykehjem>
- Kjelvik, Julie, & Mundal, Anne. (2013). Utgifter til Eldres helse og omsorg. I Jorun Ramm (Red.), *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester* (s. 63-68). Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Knapp, Martin. (2017). Social protection investment in long-term care. Glossary of key terms. *SPRINT Working paper* [http://sprint-project.eu/wp-content/uploads/2015/12/SPRINT\\_D.2.2\\_Glossary.pdf](http://sprint-project.eu/wp-content/uploads/2015/12/SPRINT_D.2.2_Glossary.pdf)
- Kvist, Jon. (2015). A framework for social investment strategies: Integrating generational, life course and gender perspectives in the EU social investment strategy. *Comparative European Politics*, 13(1), 131-149. doi: 10.1057/cep.2014.45
- Lopes, Alexandra (2017). Social Protection Innovative Investment in Long-Term Care. Conceptual Report on Long-Term Care- HORIZON 2020 – Grant Agreement No 649565. Lastet ned fra <http://sprint-project.eu/>
- Løgstrup, K. E. (1956). *Den etiske fordring*. København: Gyldendal.
- Løgstrup, K. E. (1982). *System og symbol: essays*. København: Gyldendal.
- Martinsen, Kari. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. Oslo: TANO.
- Morel, Nathalie, Palier, Bruno, & Palme, Joakim. (2011). *Towards a social investment welfare state? Ideas, policies and challenges*. Bristol: The Policy Press.
- Tremblay, D.-G., & Rochman, J. (2011). Active Aging: Participatory and Empowering or Responsibilization? Community-University Research Alliance on work-life articulation over the life-course (CURA-WAROL). Research Note no 2011-11A.
- Ubel, P. A., & Goold, S. (1998). «Rationing» Health Care: Not All Definitions Are Created Equal. *Archives of Internal Medicine*, 158(3), 209-214. doi: 10.1001/archinte.158.3.209
- Vike, Halvard, Bakken, Runar, Brinchmann, Arne, Haukelien, Heidi, & Kroken, Randi. (2002). *Maktens samvittighet: om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- World Health Organization. (2015). *World Report on Ageing and Health*. Hentet fra [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1)