

Prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten – fremtidens viktigste diskusjon?

Bakgrunn

Regjeringen satte 5. april 2017 ned et utvalg som skal se på hvordan vi best kan prioritere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Målet er å få en helhetlig drøfting av prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten. Utvalget skal levere sin NOU innen 31. desember 2018. For å forstå behovet for en offentlig utredning om prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, er det viktig å forstå hva betydningen av en felles offentlig forståelse av prioriteringer innebærer – og også hva en kommune og den kommunale helse- og omsorgstjenesten innebærer.

Så, hva betyr den kommunale helse- og omsorgstjenesten?

Kommunene i Norge har mange ulike og til dels motstridende formål og funksjoner, og det er derfor ikke alltid like enkelt å ha god oversikt over det kommunale forvaltningsnivået. Alle bor og lever i en kommune og kjenner derfor kommunen på sin egen personlige måte. Mange av kommunens tjenester og funksjoner tar man som innbygger kanskje som en selvfølge, for eksempel når noen henter bosset ditt, når barnet ditt får plass i en barnehage, eller når din aldrende mor får tilbud om plass på et sykehjem. Ved kommunevalget stemte du kanskje på det partiet som skulle prioritere kollek-

tivtransporten eller partiet som skal kjempe for en mer verdig eldreomsorg i din kommune. Kommunen er på samme tid både et territorium (der du bor), en tjenesteprodusent, en politisk arena og en del av den nasjonale politikken (Jacobsen, 2009).

Som tjenesteprodusent har kommunen mange oppgaver knyttet til å tilby innbyggerne individuelle goder og rettigheter. Som loven beskriver, gjelder dette tilbud om hjemmetjenester, avlastning eller sykehjemsplass, men også mye mer, som å forebygge sosiale problemer, sikre likeverdig tilbud – og best mulig utnyttelse av ressursene. I prioriteringssammenheng innebærer dette at kommunen har oppgaven med å spesifisere hva slags tjenester man skal yte – og ikke minst avgjøre hvilke kvalitetsnivå disse skal ligge på. På denne måten er det de folkevalgte politikerne i hver kommune som har siste ordet og til syvende og sist skal vurdere hva innbyggerne får igjen for pengene de bevilger til en tjeneste (Fimreite & Stenvoll, 1999).

Hvorfor et prioriteringsutvalg?

Bakteppet er den forventede økingen i antall eldre innbyggere og tiltakende press på omsorgstjenestene som beskrives i flere rapporter og meldinger. Både St. Meld. nr. 25 (2005-2006) om fremtidens omsorgsutfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006) og FNs rapport World Population Aging 1950-2050 (United Nations, 2013)

Benedicte Løseth
Seksjonssjef – Seksjon for Innovasjon, Helse, Barn og unge
Byrådsavd. for helse og omsorg Bergen kommune

✉ Benedicte.Loseth@bergen.kommune.no

Utvalgsmedlem i Blankholm-utvalget:
<http://www.blankholm-utvalget.no/>

beskriver dette som en stor global samfunnsutfordring knyttet til konsekvenser av en stadig økende eldrebefolkning parallelt med en synkende andel yrkesaktive. Den store demografiutfordringen forventes å legge press på hele helsevesenets bærekraft. Og i Meld. St. 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013) og Meld. St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) ber man særskilt kommunene om mer satsing på forebygging, etablering av lokale lavterskeltilbud og rehabilitering med tanke på egenmestring, i tillegg til satsing på innovasjon og økt bruk av teknologi. Noe av bakgrunnen for Samhandlingsreformen var en erkjennelse av at kommunene hadde større insentiver og mer ansvar for å forebygge og at Samhandlingsreformen derfor ville styrke det forebyggende perspektivet gjennom tidlig innsats nær der brukerne bor. Etter at Samhandlingsreformen har fått virke noen år, er det ikke denne effekten som har slått til. Snarere blir flere mer alvorlig syke pasienter fortere utskrevet fra sykehus til oppfølging i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette har medført et skifte i kommunehelsetjenestens karakter, i retning av mindre fokus på forebygging og mer innsats på behandling og pleie av mer spesialisert karakter (Abelsen, Gaski, Nødland & Stephansen, 2014).

Tall fra SSB viser at det i 2011 ble brukt 74 milliarder kroner i sykehus og andre somatiske institusjoner, og at en av tre sykehuskroner ble brukt på eldre. 83 milliarder blir brukt i kommunale pleie- og omsorgstjenester, hvorav to av tre kroner går til eldre tjenestemottakere (Ramm, 2013). Dette innebærer at den kommunale helse- og omsorgssektoren er større enn spesialisthelsetjenesten i økonomisk kostnad. I norsk politikk er derfor det store spørsmålet ikke knyttet til et ønske om å prioritere en fortsatt universell og inkluderende velferdspolitik, men om stat og kommunene kan klare å finansiere den – og om den enkelte innbygger er villig til å betale prisen det vil koste i form av økte skattebyrder.

Det har over tid vært en dreining i tjenestebruk fra institusjonsomsorg til mer bruk av kommunale hjemmetjenester. Det tradisjonelle aldershjemmet er så å si borte, og i dag er sykehjemmet et tilbud primært til eldre som har et så stort pleiebehov at de ikke klarer å bo hjemme. Hjemmesykepleie, bistand til daglige gjøremål og trygghetsalarm er de tjenestene som har størst utbredelse (Ramm, 2013). Norske kommuner opererer ofte i denne krevende grenseflaten mellom lokalt

finansierte tiltak og statlige krav om likeverdige tjenester gjennom lovfesting og regulering av kommunale velferdsordninger.

Staten har nedsatt (minst) tre offentlige utvalg som har fått i oppdrag å drøfte problemstillinger knyttet til prioritering i den norske helsetjenesten. I tillegg satte regjeringen i 2015 ned en arbeidsgruppe som skulle vurdere hvordan grad av alvorlighet skal vurderes i prioriteringsbeslutninger i helsetjenesten. Til tross for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten både er en viktig del av den helhetlige helsetjenesten og utgjør den største delen av helse- og omsorgstjenesten målt i økonomiske utgifter, har slike utredninger frem til nå ikke inkludert denne. Det nye utvalget som skal levere sin innstilling innen utgangen av 2018, skal blant annet vurdere om de foreslåtte prioriteringskriteriene *alvorlighet, nytte og ressurs* kan anvendes for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utvalgets arbeid skal også bidra til mer *kunnskap og åpenhet om prioritering* i helse- og omsorgstjenesten, og foreslå mulige prinsipper for prioritering.

Forebygging versus akutt helsehjelp – hva bør prioriteres?

Behandlerne og akutte helsetjenester er bare en liten del av den totale helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Mange innbyggere lever for eksempel med sykdom og redusert funksjonsnivå av ulik grad. For å kunne mestre livet med ulike funksjonsnedsettelse har noen behov for koordinert og langvarig bistand, mens andre har behov for tilbud om hverdagsrehabilitering i korte perioder.

I mange tilfeller vil forebygging av helseutfordringer kreve en kombinasjon av aktiviteter på ulike arenaer. Et enkelt eksempel er røyking, der man har tatt i bruk alt fra lovendring, avgifter, kontroll av tilgjengelighet, informasjons- og holdningskampanjer, røykesluttkurs og individuell oppfølging hos fastlege som tiltak. Her er det ikke ett tiltak alene som har ført til redusert røyking i befolkningen, men kombinasjonen av tiltak på ulike nivå. På samme måte gjelder dette for forebygging av psykiske plager eller tidlig innsats for barn og unge gjennom helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Der man i spesialisthelsetjenestene kan forebygge ved å utvikle en vaksine som forebygger en bestemt sykdom, vil virkemidlene være mye mer sammensatt i kommunene. Det er relevant for kommunen å legge til grunn nytteverdien i sine prioriteringer. Både for den enkelte innbygger og for kommunens samlede ressursinnsats vil

man være avhengig av å lene seg på dokumentert kunnskap om effekten av tiltakene og nytten for den enkelte. Det gjelder spesielt i tilfeller der påvirkningsfaktorene er mer sammensatte enn ved røykeeksempelet. Forebygging av sosiale ulikheter i helse og psykiske helseplager er eksempel på slike komplekse utfordringer. I kampen om knappe budsjettmidler vil ofte tiltak der resultater vises etter kort tid vinne fram framfor tiltak med usikker gevinst langt fram i tid. Likevel kan det være disse langsiktige helseutfordringene som det vil være mest helse-økonomisk å forebygge, både for å optimalisere livskvaliteten for den enkelte og for å legge til rette for flest mulig gode leveår¹. Det er derfor en viktig diskusjon å se nærmere på forståelse av begrepet alvorlighet. I dagligtale forstår man dette ofte som en gradering av skade, ulykke og sykdom². - *Jo mer alvorlige, desto mer haster det og krever at man foretar seg noe.*

Når det gjelder forebygging, så har dette begrepet mindre gjenklang knyttet til alvorlighet. Et viktig spørsmål er derfor *hvordan* begrepet kan fungere som et kriterium for kommunenes prioriteringer i spennet, og ofte spagaten, mellom *alvorlighet* der kommunen har plikt til gi nødvendig og snarlig tilfredsstillende helsehjelp, og *alvorlighet* i langsiktige konsekvenser for den enkelte. Hvordan bør vi forstå alvorlighet når den nåværende helse- og omsorgssituasjonen ikke er svært dårlig eller akutt, men nytten knyttet til å forebygge er stor – og det haster å komme i gang med tiltak for å forebygge. Jeg ønsker velkommen alvorlighet som begrep for prioritering også for forebygging, men for at dette skal fungere trenger vi en samlet offentlig forståelse av alvorligheten langs disse to dimensjonene. I et livsløpsperspektiv vil tiltak knyttet til forebygging med stor sannsynlighet kunne få større konsekvenser for livskvalitet og antall gode leveår. Et etisk svært vanskelig spørsmål er hvordan vi som samfunn skal forholde oss til nytte og alvorlighet knyttet til innsats i siste leveår på et sykehjem kontra innsats for å motvirke opphopning av risiko for helseplager – og påfølgende forventet økt hjelpebehov og redusert livskvalitet. Forebygging i den kommunale helse- og omsorgssektoren er kanskje det området som skiller seg mest fra prioriteringer som spesialisthelsetjenesten står overfor – men samtidig der nyttepotensialet kan være størst. Dette er ikke bare et økonomisk spørsmål, men også et etisk spørsmål om verdighet, både for den som ikke får sykehjemsplass, og den som ikke får det forebyggende til-

taket. Kommunen har et like stort ansvar for å legge til rette for helsefremming og mestring som å behandle sykdom og gi omsorg.

NOTER

1. Summen av livskvalitet og antall leveår.
2. Jf. Språkrådets beskrivelse av begrepet alvor og alvorlighet

REFERANSER

- Abelsen, B., Gaski, M., Nødland, S. I. & Stephansen, A. (2014). *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet* Vol. 2014/382. Rapport IRIS. Hentet fra <http://www.ks.no/contentassets/8c65ff133a34f02af6dbcec6751db13/rapport.pdf>
- Fimreite, A. L. & Stenvoll, D. (1999). *Privat tjeneste-produksjon i kommunesektoren. Tidsskrift for velferdsforskning*, 2(3) (1999), 161–175.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening: framtidens omsorgsutfordringer*. Oslo: Regjeringen. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/16e39820de5c485da382fd99165afaf7/no/pdfs/stm200520060025000ddd-pdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Meld.St. 29 (2012-2013). Morgendagens omsorg*. Oslo: Regjeringen. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000ddd-pdfs.pdf>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Meld.St. 26 (2014-15). Fremtidens primærhelsetjeneste: nærhet og helhet*. Oslo: Regjeringen. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/f17befe0cb4c48d68c744bce3673413d/no/pdfs/stm201020110016000dddpdfs.pdf>.
- Jacobsen, D. I. (2009). *Perspektiver på kommune-Norge: en innføring i kommunalkunnskap*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ramm, J. (2013). *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester*. Statistiske analyser 137. Rapport SSB Hentet fra https://www.ssb.no/helse/artikler-ogpublikasjoner/_attachment/125965?_ts=13f8b5b6898
- United Nations. (2013) *World population aging 1950-2050. Department of Economic and Social Affairs, Population Division*. Rapport UN. Hentet fra <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>.