

Omsorgstjenestenes arbeidshverdag styres av ressursutfordringer og krevende faglige retningslinjer

Helge Magne Garåsen

Kommunaldirektør for helse og velferd i Trondheim kommune

helge.garasen@trondheim.kommune.no

Blankholmutvalget (NOU 2018:16) leverte i desember 2018 en utredning om prioriteringer i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Norge er et foregangsland i arbeidet med prioriteringer i helsetjenesten. Fra 1985 og frem til 2015 hadde fire offentlige utvalg og en ekspertgruppe utredet spørsmål om prioritering i helsetjenesten. Lønning II-utvalget (NOU 1997:18) konkluderte med tre kriterier som måtte være oppfylt for grunnleggende helsetjenester. Disse har siden ligget til grunn for prioriteringstenkingen, spesielt i spesialisthelsetjenesten:

- tiltakets nytte
- tiltakets kostnadseffektivitet
- tilstandens alvorlighet

I 2014 fulgte Norheimutvalget (NOU 2014:12) opp med et forslag til en mer helhetlig tilnærming. Men mange kommuner mente at det fortsatt manglet en del for å kunne ta i bruk disse prioriteringskriteriene i primærhelsetjenesten. I en påfølgende stortingsmelding, Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering, fulgte regjeringen opp med å peke på behovet for å utrede om de samme kriteriene også kunne benyttes for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Prioriteringer skjer hele tiden på ulike nivå også i kommunehelsetjenesten. Det er i kommunene stor forskjell på prioriteringer på faglig nivå/individnivå og på gruppenivå. På individnivå må helsepersonell daglig prioritere mellom ulike pasienter. Hvem bør prioriteres først på legevakt, hvem bør få ergoterapi først når det er ventetid på tjenesten, hvem bør få legetime først, hvem bør trygghetsalarmtjenesten rykke ut til først når flere benytter alarmen samtidig, hvilket omfang av tjenester trenger en pasient, og så videre. På gruppenivå (administrativt og politisk) skjer det hele tiden en fordeling av ressurser innad i helse- og omsorgstjenesten, men også mellom helse og omsorg og de øvrige sektorene som kommunen har ansvar for. Skal det primært satses på hjemmetjenester eller sykehjem, rehabilitering eller omsorgstjenester, forebygging eller tiltak rettet mot utskrivningsklare fra sykehus og generiske tilbud eller diagnosebaserte tilbud som i sykehus? Det er også viktig å ha i mente at mange ofte forekommende diagnoser og problemstillinger i sykehus kan opptre

nokså sjeldent i den enkelte kommune. Det er derfor mulig at det først og fremst er på politisk nivå at det er behov for å ha nye kriterier for gode prioriteringer med tanke på ressursfordelingen mellom sektorene. På utøvernivå vil uansett det faglige skjønnets i hverdagen veie tyngst. Nasjonalt vedtatte prioriteringer egner seg derimot godt for etiske refleksjoner i smågrupper på de ulike arbeidsplassene.

Blankholmutvalget foreslår at prinsippene som ligger til grunn for prioritering i spesialisthelsetjenesten, også bør ligge til grunn for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette begrunnes ved at pasientene ofte vil motta tjenester fra begge nivå i løpet av sitt sykdomsforløp og at verdigrunnlaget er likt på tvers av nivåene.

Det fremheves at både nå-situasjonen, varighet og tap av fremtidige gode leveår har betydning for prioriteringer, samt at graden av fremtidig alvorlighet får større betydning for å iverksette tidlige forebyggende tiltak. I tillegg foreslår utvalget at de etablerte kriteriene suppleres med en vurdering av om tiltaket vil bidra til økt *fysisk, psykisk eller sosial mestring*. Det er lett på prinsipielt grunnlag å være enig i forslaget om felles kriterier på tvers av nivåene i helsetjenesten, og mestringsaspektet er svært relevant i primærhelsetjenesten.

‘Det er med dagens kunnskap i prinsippet nærmest umulig å ha objektive mål for mestring’

Mennesker som mottar kommunale tjenester, har ofte flere diagnoser og problemstillinger som vil ha betydning for de prioriteringer som skal gjøres. Formålet med tjenestene er ofte å sette mennesket i stand til å leve med den sykdommen eller tilstanden man har. Dette betyr at kommunene har et primæransvar for å bistå innbyggerne til å kunne leve med sine helseutfordringer eller sin tilstand, som oftest i mange år. Det er derfor veldig bra at utvalget foreslår at kriteriet «*mestring*» trekkes inn som dimensjon for å ivareta dette. Men det er med dagens kunnskap i prinsippet nærmest umulig å ha objektive mål for mestring. Subjektive opplevelser av fysisk, psykisk eller sosial mestring bør derfor alltid vurderes sammen med de andre nyttekriteriene som kan måles mer objektivt, som for eksempel overlevelse eller redusert funksjonstap, fysisk eller psykisk funksjonsforbedring og smerte.

Det kan være at livskvalitetsmålinger er et brukbart instrument, men måling av livskvalitet er krevende og vanskelig å evaluere for fagfolk flest og neppe egnet på individnivå. Det er kanskje mulig at grad av selvhjelpenhet kan være et kriterium. I min egen forskning har jeg funnet overraskende store variasjoner på den enkeltes funksjonsnivå målt med ADL (*activities of daily living*) i forhold til behovet for bistand i eget hjem. Mange med svært dårlige skår i ADL klarer seg bra hjemme, gjerne med noe bistand fra ektefelle (Garåsen, Windspoll & Johnsen, 2008; Garåsen, Windspoll, Magnussen & Johnsen, 2008). Den enkelte pasients egne vurderinger av mestring og livskvalitet er meget sentralt i alle nyttevurderinger i møtet med enkeltindividet. Sannsynligvis er det derfor ikke alltid mulig å snakke om prioriteringer knyttet til full likhet på individnivå, da den enkeltes subjektive behov er så forskjellige. Dette gjelder spesielt i siste fase av livet hvor de fleste mennesker trenger bistand fra kommunene. I denne fasen vil andre nyttemål gjøre seg gjeldene, og begreper som verdighet og etikk blir sentrale. For mange strekker denne fasen seg over år.

Helsepersonell i kommunen er godt kjent med å prioritere ut fra hastegrad, spesielt øyeblikkelig hjelp. Det å skulle prioritere en pasient fremfor en annen av andre kriterier enn hastegrad, vil i mange tilfeller oppleves som svært utfordrende. Utredningen kunne med fordel drøftet nærmere slike utfordringer. Utredningen gir få føringer som kan hjelpe kom-

munene og helsepersonell i hverdagen. Helse og velferd i min egen kommune Trondheim har erfaringer med bruk av prioriteringskriterier til å sortere mellom hastegrad i henvendelser til alle kommunens helse- og omsorgstjenester. Enhetene bruker prioriteringsnøkler utviklet i fellesskap i ASSS-samarbeidet (de ti største kommunene i landet) for å vurdere hastegrad/alvorlighet på nye henvisninger (Bergen kommune, 2013). Dette gjør det enklere å prioritere på en likeverdig måte for personer med ansvar for mottak av henvendelser og bidrar til å sikre at personer med akutte og mer alvorlige tilstander mottar raskere hjelp. Slike nøkler må være enkle å forstå for både helsepersonell og brukere i tillegg til å være enkle å benytte. Dette innebærer at videreutviklingen av eventuelle prioriteringsnøkler må skje i nært samarbeid med utøvende personell i kommunene.

'I kommunene er det økonomisk vanskelig å prioritere forebyggende. I prioriteringsdiskusjon må dette i fremtiden løftes frem på en mye tydeligere måte'

En stor andel av sykdomsbildet i Norge i dag er preget av livsstilssykdommer. Dette er sykdommer som i varierende grad kan forebygges. Prioritering av ressursbruk til forebyggende tiltak sammenliknet med behandlingstiltak er et vanskelig område for kommunene. Mange behandlingstiltak er forankret i lovbaserte rettigheter for pasientene, mens retten til forebyggende tiltak er betydelig svakere forankret. Samtidig er effekten av ulike forebyggende tiltak som regel forholdsvis usikker og lite forskningsmessig dokumentert. I kommunene er det økonomisk vanskelig å prioritere forebyggende. I prioriteringsdiskusjon må dette i fremtiden løftes frem på en mye tydeligere måte.

Prioriteringer på administrativt og politisk nivå i en kommune omhandler alltid alle sektorer kommunen har ansvar for, til forskjell fra prioriteringer i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten kan som regel forholde seg til avgrensede problemstillinger og diagnoser. Behandling i sykehus har ofte som formål å gjøre en person frisk eller mest mulig symptomfri for en bestemt diagnose. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten må derimot forholde seg til «hele mennesket», dets livssituasjon og et bredere sett av behov fra bolig, vei, kultur og helsetjenester. Ved brukerundersøkelser i Trondheim fremheves viktigheten av tilpassede kultur- og fritidstilbud for å motvirke isolasjon og ensomhet. Dette uavhengig av alder, funksjon og diagnose.

Utvalgets anbefalinger med forslag til virkemidler, og særskilt betydningen av gjennomgang av finansieringsmodellene i helse- og omsorgstjenestene for å gi insentiver til å forsterke forebyggende helsearbeid, er viktige. Samtidig er det en særskilt utfordring for interne prioriteringer i kommunene at effekten ofte ikke har positiv betydning for kommuneøkonomien, men for sykehusøkonomien slik som det tydelig fremkom i mitt eget doktorgradsarbeid om intermediaærenheten på Søbstad helsehus, der tiltak i kommunen gav kortere liggetid og færre reinnleggelser (Garåsen, Windspoll & Johnsen, 2008; Garåsen, Windspoll, Magnussen & Johnsen, 2008).

'For mye av prioriteringene i dag skjer derfor gjennom disse retningslinjene og fylkesmennesenes forståelse av dem'

Utvalget drøfter i liten grad konsekvensene av at nasjonale retningslinjer, forskrifter og lovverk over tid har redusert det lokale handlingsrommet for tydelige og langsiktige prioriteringer i den enkelte kommune. Særlig på politisk nivå kan det føre til redusert bevissthet og engasjement for lokale prioriteringer. I realiteten er kommunens muligheter for egne prioriteringer allerede sterkt begrenset på grunn av et stort antall detaljerte nasjonale faglige retningslinjer som fylkesmennene i stor grad benytter som normgivende. For mye av prioriteringene i dag skjer derfor gjennom disse retningslinjene og fylkesmennes forståelse av dem. I fremtiden bør fagfolk med bred erfaring fra førstelinjetjenesten involveres i enda større grad ved utarbeidelsen av slike retningslinjer.

I utredningen fremheves det at den forskningsbaserte kunnskapen, som grunnlag for prioriteringer i kommunene, ofte er mangelfull og lite entydig. I primærhelsetjenesten er det store kunnskapshull om effekten av de tiltak som gjennomføres, spesielt med hensyn til hva som fremmer egenmestring og livskvalitet. Det er derfor viktig å opprette et nasjonalt kompetansemiljø som kan bidra til et bedre faktagrunnlag for kommunene i prioriteringsarbeidet. Dette kompetansemiljøet bør legges til et allerede etablert nasjonalt kompetansesenter i stedet for å opprette et nytt for å bygge videre på allerede etablert kompetanse. Likeledes må det legges bedre til rette for å styre eller øremerke forskningsmidler til kommunene for å evaluere effekten av helse- og omsorgstjenester. Det er de siste årene igangsatt en rekke tiltak som skal bedre kunnskapsgrunnlaget om den kommunale helse- og omsorgstjenesten. *HelseOmsorg 21* skal legge til rette for en målrettet, helhetlig og koordinert nasjonal innsats for forskning, utvikling og innovasjon innenfor helse og omsorg. Det gjenstår å se om dette vil ha noen effekt.

Alle helse- og omsorgstjenester påvirker hverandre i stor grad, og omprioriteringer i spesialisthelsetjenesten kan lede til økt bruk av kommunale tjenester, og omvendt. Prioriteringer påvirker også direkte den enkelte pasient i hverdagen. Det gjenstår å se om det er mulig å utvikle klare nok retningslinjer for prioriteringer i og av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Definisjon på prioritering

Å prioritere betyr å sette noe fremfor noe annet. Beslutningstakere i helse- og omsorgssektoren må ofte ta vanskelige beslutninger som handler om å prioritere mellom ulike tjenesteområder, brukere og pasienter. Ressurser må fordeles til ulike formål som forebygging, sykehjemsplasser eller rehabiliteringsplasser. De ansatte må disponere arbeidsdagen til det beste for pasienter og brukere. Prinsipper for prioritering gir kjøreregler for disse valgene. Det er med andre ord ikke et spørsmål om man skal prioritere, men hvilke prinsipper som skal ligge til grunn for de beslutningene som tas (NOU 2018:16)

Referanser

Bergen kommune (2013). *Prioriteringsnøkkel for fysioterapi og ergoterapitjenesten i Bergen kommune*.

Hentet fra http://www3.bergen.kommune.no/BKSAK_filer/bksak%5C0%5CVEDLEGG%5C2014070429-4377252.pdf

Garåsen, H., Windspoll, R. & Johnsen, R. (2008). Long-term patients' outcomes after intermediate care at a community hospital for elderly patients: 12-month follow-up of a randomized controlled trial.

Scand J Public Health, 36(2), 197–204. <https://doi.org/10.1177%2F1403494808089685>

Garåsen, H., Magnussen, J., Windspoll, R. & Johnsen, R. (2008). Eldre pasienter i sykehus eller i

- intermediæravdeling i sykehjem. En kostnadsanalyse. Tidsskr Nor Legeforen, 128(3), 283–285. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2008/01/originalartikkel/eldre-pasienter-i-sykehus-eller-i-intermediaeravdeling-i-sykehjem-en>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016). Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering. (Meld. St. nr. 34 (2015–2016)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/sec20>
- NOU 1997: 18. (1997). *Prioritering på ny — Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-18/id140956/>
- NOU 2014: 12. (2014). *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/NOU-2014-12/id2076730/>
- NOU 2018: 16. (2018). *Det viktigste først*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2018-16/id2622153/>

Les flere kommentarartikler om prioritering fra Tidsskrift for omsorgsforskning her:

- [Uunnværlig prioritering](#)
- [Hvem må ut? Intervju med Ragnhild Hellesø](#)
- [Antall kroniske sykdommer og persontilpasning bør ligge til grunn for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester](#)
- [Prioriteringer i pleie- og omsorgssektoren](#)
- [Styringstiltak og rettferdighet i helse- og omsorgstjenesten: samspill og spenninger](#)