

# Prioriteringsutfordringer i helse- og omsorgstjenesten i kommunene under covid-19-pandemien

Anne Kari Tolo Heggestad

*Forsker/post doc, Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo*

[a.k.t.heggestad@medisin.uio.no](mailto:a.k.t.heggestad@medisin.uio.no)

Reidun Førde

*Professor, Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo*

[reidun.forde@medisin.uio.no](mailto:reidun.forde@medisin.uio.no)

Reidar Pedersen

*Professor, Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo*

[reidar.pedersen@medisin.uio.no](mailto:reidar.pedersen@medisin.uio.no)

Morten Magelssen

*Førsteamanuensis, Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo*

[morten.magelssen@medisin.uio.no](mailto:morten.magelssen@medisin.uio.no)

Et viktig prinsipp i velferdsstaten er lik rett og tilgang til nødvendige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av hvor man bor (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1; Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 3). Prinsippet utfordres ved ressursknapphet. Da blir det ekstra viktig å være bevisst på hvordan man prioriterer ressursene, for at fordelingen skal være så rettferdig som mulig. Å prioritere handler om at vi setter noe foran noe annet, for eksempel at vi anser en oppgave som viktigere enn en annen. For å hjelpe oss å prioritere best mulig, er det utarbeidet prioriteringskriterier for helsetjenesten. Prioriteringskriteriene for spesialisthelsetjenesten er kriteriene *nytte*, *alvorlighet* og *ressurser* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 12). I 2018 foreslo Blankholm-utvalget (NOU 2018:16) i *Det viktigste først* at de samme kriteriene, men med tillegg av hensynet til pasienters mestring, skulle gjelde også for kommunehelsetjenesten (NOU 2018: 16, s. 10–11).

Helse- og omsorgstjenesten i kommunene har i utgangspunktet vært presset på ressurser, og har de siste årene tatt over flere oppgaver som spesialisthelsetjenesten tidligere hadde ansvar for, uten at de ansatte opplever at det følger økte ressurser med oppgavene (Gautun & Syse, 2017). Belastningen av oppgaver er blitt ytterligere forsterket under covid-19-pandemien, ved at sykehusene har redusert sin sengekapasitet for andre lidelser enn covid-19 (Helsedirektoratet, 2020a). Kommunehelsetjenesten er bærebjelken i helsevesenet og skal avlaste spesialisthelsetjenesten slik at den har høyest mulig kapasitet til å håndtere alvorlig

syke covid-19-pasienter. Det betyr at kommunene i enda større grad enn før må ivareta de mest sårbare og syke pasientene, ensomme, psykisk syke og mennesker med rusproblemer. I forbindelse med koronapandemien er det tegn til at mange av disse pasientene har fått et redusert helsetilbud og risiko for forverret helse (Helsedirektoratet, 2020b).

Helsedirektoratet har utgitt egne prioriteringsveiledere for håndtering av spørsmål under pandemien (Helsedirektoratet, 2020a, 2020c). Her viser de til de gjeldende prioriteringskriteriene, og at helse- og omsorgstjenesten i kommunene skal bruke de samme tre hovedkriteriene som spesialisthelsetjenesten. Det forventes at man må prioritere når det gjelder omfang og type tjenester som skal tilbys pasienter i sykehjem og hjemmetjenester.

## Hvordan kan prioriteringskriteriene være til nytte for kommunehelsetjenesten?

Forskning viser at det å anvende prioriteringskriterier på klinisk nivå er utfordrende (Heggstad & Førde, 2019; Hofmann, 2020). Trolig er det ekstra krevende i kommunale helse- og omsorgstjenester, og mer nå i en enda mer presset tid. Kommunehelsetjenesten må nå både prioritere strengt innad i kommunene, i tillegg til at de konkurrerer med spesialisthelsetjenesten om oppmerksomhet og ressurser i form av kompetent personell. Kommunehelsetjenesten skiller seg fra spesialisthelsetjenesten på flere områder. Kommunene har for det første et bredere samfunnsoppdrag enn spesialisthelsetjenesten. Mens spesialisthelsetjenesten kan konsentrere seg om utredning og behandling av sykdom, skal tjenestene i kommunene tilpasses mange ulike pasientgrupper, ofte med svært sammensatte behov, som har behov for tjenester over lang tid (Bærøe, 2018; Tønnessen & Kassah, 2017).

### Nyttekriteriet, mestring og grunnleggende behov

Å forstå og anvende prioriteringskriteriene innenfor denne komplekse tjenesten i en krevende tid, er utfordrende. Hvordan skal man for eksempel anvende *nyttekriteriet* når man i utgangspunktet har lite forskning og kunnskap om hva som er nyttig? Under koronapandemien er denne usikkerheten enda større. I NOU 2018:16 *Det viktigste først* er mestring og funksjonsnivå foreslått tatt inn i vurderingen av nytte, men hvor realistisk er det at de eldste og sykeste skal kunne bedre sin funksjon? Dersom man skal anvende nyttekriteriet i møte med de eldste og dårligste pasientene, vil det å dekke basale behov og opprettholde verdighet og livskvalitet være viktigere enn økt funksjon eller mestring. Under pandemien vil det være ekstra viktig å ha fokus på pasientenes opplevelse av verdighet og livskvalitet, og at de får dekket sine grunnleggende behov på en god måte. Dersom pasientene får dekket sine grunnleggende behov og får en god og trygg behandling i kommunehelsetjenesten, kan det i tillegg forebygges innleggelse i sykehus. Å ivareta grunnleggende behov med vekt på individets verdighet er viktig også for pårørende og for tilliten til helsetjenesten og velferdsstaten.

I vår høringsuttalelse til Blankholmutvalget (Heggstad, Magelssen & Førde, 2019) problematiserte vi hvorvidt utvalgets nyttekriterium var tilstrekkelig dekkende for ivaretagelsen av grunnleggende behov. Vi påpekte der at:

En del svært ressurskrevende pleie (eksempelvis hjemmerespiratorpasienten der det trengs seks fulle stillinger for ivaretagelse døgnet rundt eller pasienter med kognitiv svikt med utagering som trenger 2:1-oppfølging) er strengt tatt ikke kostnadseffektive vurdert opp mot andre tjenester. Samtidig kan det være faglig og etisk uholdbart ikke å tilby slik pleie (Heggstad, Magelssen & Førde, 2019).

Vi foreslo videre at «ivaretagelse av grunnleggende behov og trygghet» kunne inkluderes som et eget, fjerde prioriteringskriterium – som en form for minstestandard som alle pasienter har krav på å få oppfylt.

### Alvorlighetskriteriet

Å anvende *alvorlighetskriteriet* er heller ikke så lett i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. I spesialisthelsetjenesten er alvorlighet gjerne knyttet til enkeltdiagnoser og forstås som prognosetap uten behandling. I kommunal helse- og omsorgstjeneste må man vurdere alvorlighet hos pasienter som er multimorbide. Her kan det være til hjelp dersom man tar inn «graden av omsorgsbehov» i vurderingen av alvorlighet. Når man vurderer alvorlighet, vil det være nærliggende å tenke alvorlighet knyttet til diagnose, og hva prognosen for denne er uten behandling. Det vil for eksempel bety at man prioriterer pasienter i hjemmetjenesten med de mest alvorlige lidelsene, de med dårlig regulert diabetes type 1, eller de med alvorlig KOLS eller hjertesvikt, hvor konsekvensene av ikke å få hjelp kan være store. Faren når vi skal prioritere ut fra denne forståelsen av alvorlighet, kan imidlertid være at man prioriterer de medisinske, mest målbare behovene, og at vel så betydningsfulle psykososiale behov og koordinering av helsehjelp ved sammensatte behov, blir nedprioritert. Dette ser vi også under mer normale omstendigheter (Førde, Pedersen, Nortvedt & Aasland, 2006; Heggstad & Førde, 2019; Tønnessen, Nortvedt & Førde, 2011). Behovet for koordinert hjelp er spesielt viktig for at de med sammensatte og store behov skal unngå både sykehusinnleggelse og smitte.

### Ressurskriteriet

*Ressurskriteriet* vil alltid spille inn i prioriteringer. Hos multimorbide pasienter med store omsorgsbehov og kort leveutsikt vil forholdet mellom nytte og ressursbruk fort føre til at disse pasientene kommer dårlig ut fordi helsehjelpen er ressurskrevende. Å dekke basale behov og opprettholde verdighet og livskvalitet har en nytteverdi som rettferdiggjør høy ressursbruk hos eldre syke og hos andre pasienter med store hjelpebehov i kommunehelsetjenesten. Ressurskriteriet må ikke brukes alene, men skal sees i sammenheng med de to andre prinsippene. Dersom en kun vektlegger ressurser, vil dette kunne bidra til større forskjeller mellom kommuner, der de som bor i kommuner med stram økonomi, ikke får tilbud om de samme tjenestene som innbyggere med samme behov i rikere kommuner.

### Alder

Det man er enige om, i alle prioriteringsføringer, er at *alder* ikke skal gjelde som eget kriterium. I kommunehelsetjenesten er det både yngre og eldre brukere. Dersom funksjon og mestring er det man skal måle nytte opp mot, kan det være en fare for at man for sterkt vil prioritere de yngre, som har mest mulig nytte av en tjeneste eller et tiltak, på bekostning av de eldres behov. Vi vet fra tidligere forskning at man innenfor helse- og omsorgstjenestene i kommunene allerede prioriterer yngre fremfor eldre (Gautun & Grødem, 2015). I forbindelse med koronapandemien har dette også blitt tydeligere. Ved Senter for medisinsk etikk har vi blant annet blitt kontaktet av pårørende som er bekymret fordi eldre er blitt spurt om å avstå fra livreddende og livsforlengende behandling. For mange vil sykehusinnleggelser og intensivbehandling være belastende og i svært mange tilfeller ikke til det beste for eldre svært syke mennesker, men det fordrer en individuell vurdering. Å møte relativt friske gamle med «krav» om å avstå fra behandling, vitner om mangel på respekt og manglende forståelse av hva en slik tilnærming utløser av utrygghet og følelse av mindreverd hos pasienten og hennes nærmeste.

*Pandemien har også minnet oss om at i møte med trussel om akutt ressursknapphet, er det lett å ty til bruk av alder som et eget prioriteringskriterium.*

## Hva kan vi lære av covid-19 når det kommer til prioriteringer

Tidligere forskning har vist at prioriteringer ofte styres av uforutsette «drivere». Slike drivere kan være sterke pårørende, sterke pasientorganisasjoner og media (Heggstad & Førde, 2019; Hofmann, 2020). Covid-19 har etter vårt syn forsterket ubalansen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. I forbindelse med koronapandemien har vi blant annet sett at media har vært en spesielt sterk driver for opprustning av akuttberedskap og intensivmedisinen. Fokuset har i stor grad vært på prioriteringsutfordringene i spesialisthelsetjenesten. Utfordringer i kommunehelsetjenesten, eldre som ikke får dekket grunnleggende behov, pasienter med demens som isoleres av smittevern hensyn og mangel på personell og slik får forsterket sin angst, og helsepersonell som arbeider under ekstremt press og med ufullstendig smittevern, går «under radaren». Pandemien har lært oss viktigheten av å tale de svakeste og minst synlige sin sak, og at prioriteringskriterier som gir mening i møte med akutt syke yngre, er vanskeligere å anvende i kommunehelsetjenesten. Pandemien har også minnet oss om at i møte med trussel om akutt ressursknapphet, er det lett å ty til bruk av alder som et eget prioriteringskriterium.

*Covid-19 har etter vårt syn forsterket ubalansen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.*

Det er også blitt tydelig at forebygging og smittevern i liten grad har blitt diskutert i det norske prioriteringsarbeidet til nå. Dette er spesielt viktig for en del av de mest sårbare pasientene i kommunehelsetjenesten. Mange av disse vil i liten grad kunne nyttiggjøre seg av respiratorbehandling mens forebygging og smittevern vil være særdeles viktig for dem. Den voldsomme omprioriteringen under koronapandemien for å sikre nok kapasitet på sykehus og spesielt intensivavdelingene kommer i mindre grad disse pasientene til gode. Og de har en mer alvorlig prognose ved covid-19, ikke bare på grunn av egen risiko, men også fordi de ikke er friske nok til å nyttiggjøre seg respiratorbehandling. Dette kan samlet sett tale for høyere prioritet til smittevern og annen helsehjelp som de kan nyttiggjøre seg.

Til slutt vil vi understreke at det ikke hjelper om vi har gode prioriteringskriterier, dersom de som skal anvende disse, ikke kjenner til dem, enten vi står overfor en pandemi eller ikke. Det er derfor helt avgjørende at ansatte i helsetjenesten blir gjort kjent med kriteriene, og veiledes i hvordan disse skal anvendes på de ulike nivåene.

## Referanser

- Bærøe, K. (2018). Styringstiltak og rettferdighet i helse- og omsorgstjenesten: samspill og spenninger. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(2), 114–116. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-02-06>
- Førde, R., Pedersen, R., Nortvedt, P. & Aasland, O. G. (2006). Får eldreomsorgen nok ressurser? *Tidsskrift for den norske legeforsking*, 126(15), 1913–1916. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2006/08/aktuelt/far-eldreomsorgen-nok-ressurser>
- Gautun, H. & Grødem, A. S. (2015). Prioritising care services: Do the oldest users lose out? *International Journal of Social Welfare*, 24(1), 73–80. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12116>
- Gautun, H. & Syse, A. (2017). Earlier hospital discharge: a challenge for Norwegian municipalities. *Nordic Journal of Social Research*, 8. <https://doi.org/10.7577/njsr.2204>
- Heggstad, A., Magelssen, M. & Førde, R. (22.05.2019). Høringsuttalelse – NOU 2018:16 *Det viktigste først*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing---nou-201816-det-viktigste->

- [forst/id2630061/?uid=11caf29f-92e9-4c9e-8945-312f882f71e7](https://doi.org/10.1111/scs.12792)
- Heggestad, A. K. & Førde, R. (2019). Is allocation of nursing home placement in Norway just? *Scandinavian journal of caring sciences*. <https://doi.org/10.1111/scs.12792>
- Helsedirektoratet (2020a). Prioriteringsnotat 25. mars 2020: Prioritering av helsehjelp i Norge under covid-19-pandemien. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/beredskap-og-krisehandtering/koronavirus/prioriteringsnotat-prioritering-av-helsehjelp-i-norge-under-covid-19-pandemien/verdigrunnlag-og-prioriteringskriterier>
- Helsedirektoratet (2020b). Prioritering av helsehjelp i Norge under covid-19 pandemien – oppdatering. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/kapasitet-i-helsetjenesten/prioritering-av-helsehjelp-i-norge-under-covid-19-pandemien>
- Helsedirektoratet (2020c). Prioritering i kommunale helse- og omsorgstjenester under covid-19 epidemien. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/beredskap-og-krisehandtering>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering* (Meld. St. 34(2015–2016)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/>
- Hofmann, B. (2020). Biases distorting priority setting. *Health policy*, 124(1), 52–60. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.11.010>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>
- NOU 2018:16. (2018). *Det viktigste først: prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2018-16/id2622153/>