



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

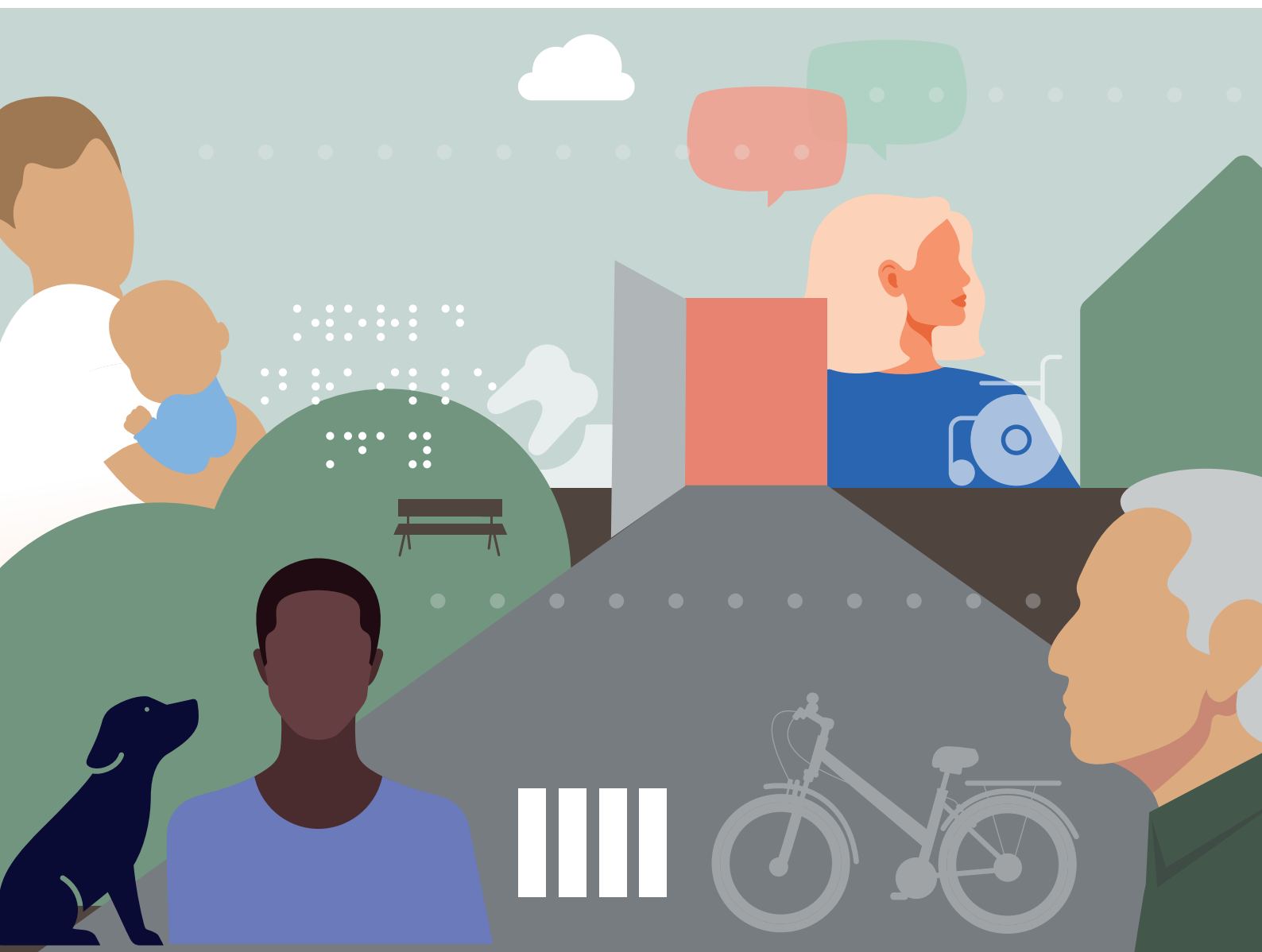
Meld. St. 38

(2020–2021)

Melding til Stortinget

Nytte, ressurs og alvorlighet

Prioritering i helse- og omsorgstjenesten





DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 38

(2020–2021)

Melding til Stortinget

Nytte, ressurs og alvorlighet

Prioritering i helse- og omsorgstjenesten

Innhold

1	Sammendrag	6	6.3	Oppfølgingen av Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste	26
1.1	Bakgrunn og utgangspunkt	6			
1.2	Prioriteringskriterier i helse- og omsorgstjenesten	7			
1.3	Meldingens oppbygging	8	7	Forskjeller mellom tjenestenivåene	27
2	Innledning	9	7.1	Overordnede forskjeller mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester	28
2.1	Sentrale begreper i meldingen	10			
3	Bakgrunn	12			
3.1	Milepæler i prioriteringsdebatten fram til år 2000	13	7.1.1	Forskjeller i statlig styring	28
3.2	Norheim-utvalget, Magnussen-gruppen og Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste	13	7.1.2 7.1.3 7.2	Tilgangen til tjenestene	28
3.3	Blankholm-utvalgets mandat og avgrensning	14	7.2	Innholdet i tjenestene	30
3.3.1	Utvalgets avgrensning og presisering av mandatet	14	7.2.1	Forskjeller som gir konsekvenser for innretningen av prioriteringskriteriene	30
4	Verdigrunnlaget i helse- og omsorgstjenesten	16	8	Kunnskapsgrunnlaget for prioriteringsbeslutninger	32
5	Rammene for prioriteringsbeslutninger	18	8.1	Høringsinstansenes syn	33
5.1	Lønning II-utvalgets forslag til beslutningsnivåer	19	8.2	Pågående arbeid	33
5.2	Norheim-utvalget, Magnussen-gruppen og Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helse- tjenestes forslag til beslutningsnivåer	19	8.3	Departementets vurdering	37
5.3	Blankholm-utvalgets forslag til beslutningsnivåer	21	8.3.1	Utviklingen av et kunnskapsstøttesystem for kommunale helse- og omsorgstjenester	37
5.3.1	Beslutninger på faglig nivå	21	9	Prinsipper for prioritering i helse- og omsorgstjenesten	40
5.3.2	Beslutninger på administrativt nivå	21	9.1	Felles prinsipper for prioritering	40
5.3.3	Beslutninger på politisk nivå	21	9.1.1	Utvalgets forslag	40
5.3.4	Beslutninger i tannhelse- tjenesten	22	9.1.2	Høringsinstansenes syn	41
5.4	Departementets vurdering	22	9.1.3	Departementets vurdering	42
6	Gjeldende prinsipper for prioritering	23	9.2	Mestring som del av prioriteringskriteriene	42
6.1	Hva er dagens prinsipper for prioritering?	23	9.2.1	Innledning	42
6.2	Hvordan anvendes prinsippene for prioritering i dag?	25	9.2.2	Utvalgets forslag	43
			9.2.3	Høringsinstansenes syn	44
			9.2.4	Departementets vurdering	45
			9.3	Forslag til felles prioriteringskriterier	49
			9.3.1	Blankholm-utvalgets øvrige forslag til endringer i prioriteringskriteriene	49
			9.3.2	Departementets forslag til tydeliggjøring av nyttekriteriet	50

9.4	Forslag til prioriteringskriterier i helse- og omsorgstjenesten	50	13	Åpenhet og bruker- medvirkning	76
9.5	Hvilken ressursbruk og nytte skal telles med	51	13.1	Brukermedvirkning i praksis	77
9.6	Anvendelse av kriteriene på de ulike beslutningsnivåene	53	13.2	Pårørendes rolle	79
9.6.1	Klinisk nivå	54	14	Virkemidler for å understøtte prioritering	80
9.6.2	Gruppenivå	55	14.1	Juridiske virkemidler for den kommunale helse- og omsorgstjenesten	81
9.6.3	Administrativt nivå	56	14.1.1	Utvalgets forslag	82
9.6.4	Politisk nivå	57	14.1.2	Høringsinstansenes syn	82
9.6.5	Oppsummering	58	14.1.3	Departementets vurdering	83
9.7	Hvordan måle gode leveår?	58	14.2	Juridiske virkemidler for tannhelsetjenesten	83
9.7.1	Utvalgets forslag	58	14.2.1	Departementets vurdering	83
9.7.2	Høringsinstansenes syn	59	14.3	Juridiske virkemidler for spesialisthelsetjenesten og for legemidler finansiert over folketrygden	83
9.7.3	Departementets vurdering	59	14.4	Pedagogiske virkemidler	84
9.8	Prinsipper for prioritering i helse- og omsorgstjenesten	60	14.4.1	Departementets vurdering	84
10	Særskilt om alvorlighet og forebygging	62	14.5	Økonomiske virkemidler	84
10.1	Blankholm-utvalgets forslag	62	14.5.1	Høringsinstansenes syn	84
10.2	Høringsinstansenes syn	63	14.5.2	Departementets vurdering	85
10.3	Departementets vurdering	64	14.6	Utvikling av forskning og kunnskap	85
10.4	Diskontering	65	14.6.1	Høringsinstansenes syn	85
10.4.1	Departementets vurdering	65	14.6.2	Departementets vurdering	85
11	Hvor går grensen?	67	14.7	Data til beslutnings- og prioriteringsstøtte	85
11.1	Vurdering av kostnadsgrenser i Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste	67	14.7.1	Utviklingen av kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)	85
11.2	Blankholm-utvalgets forslag	68	14.8	Opplæring av helsepersonell og tilrettelegging for refleksjon	85
11.3	Høringsinstansenes syn	69	14.8.1	Om profesjonsetikk og prioritering	85
11.4	Departementets vurdering	70	14.9	Oppsummering	87
11.5	Skjønnsmessige vurderinger i en totalvurdering på gruppenivå	72	15	Økonomiske og administrative konsekvenser	88
12	Prinsipper for prioritering i tannhelsetjenesten	74			
12.1	Utvalgets forslag	74			
12.2	Høringsinstansenes syn	75			
12.3	Departementets vurdering	75			



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 38

(2020–2021)

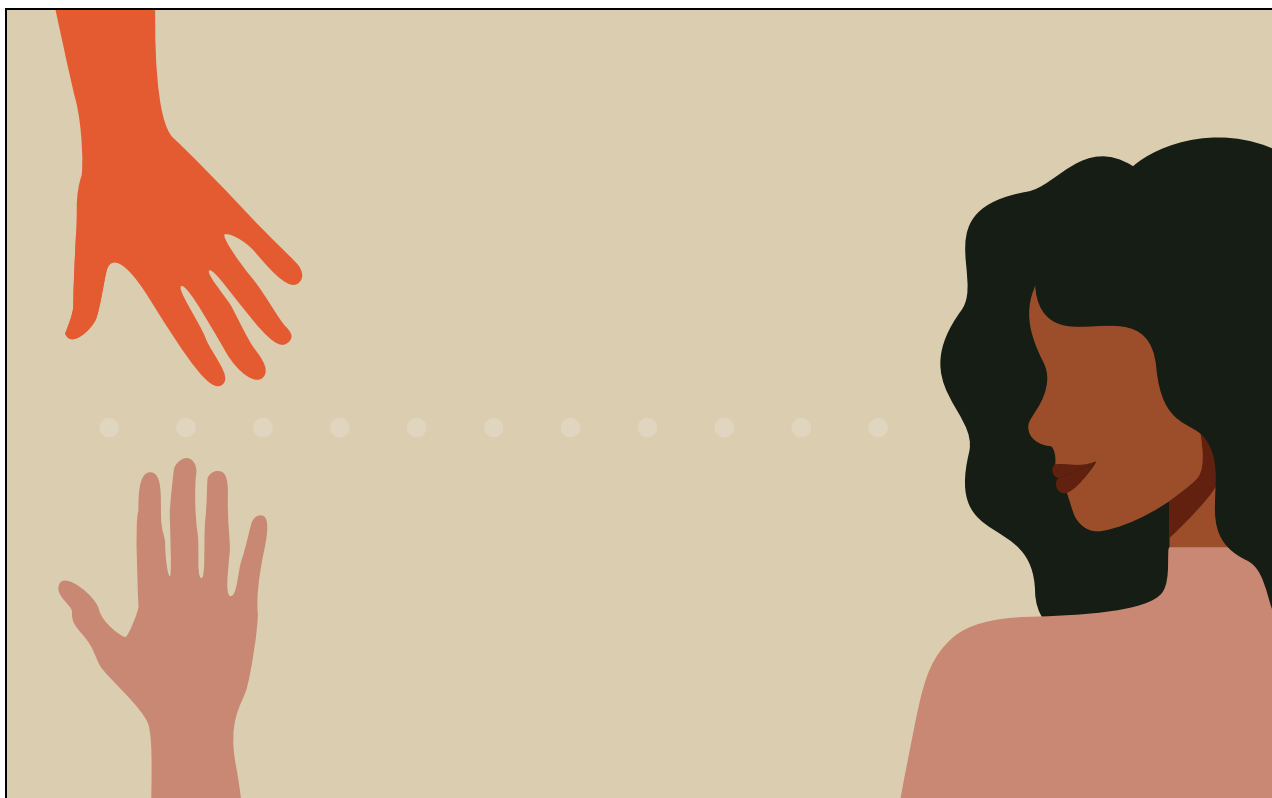
Melding til Stortinget

Nytte, ressurs og alvorlighet

Prioritering i helse- og omsorgstjenesten

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 18. juni 2021,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Solberg)*

1 Sammendrag



Figur 1.1

Hver dag tas det prioriteringsbeslutninger i helse- og omsorgstjenesten. Helsepersonell, ledere og politikere må ta beslutninger om hvem som skal få og hvem som må vente, hvilke tjenester som skal prioriteres, hva som skal prioriteres ned eller tiltak som kanskje ikke skal prioriteres i det hele tatt.

Å prioritere betyr å sette noe fremfor noe annet. I helse- og omsorgstjenesten kan man skille mellom to typer situasjoner hvor det prioriteres: Den første dreier seg om å ordne køen; alle får, men noen må vente. Den andre situasjonen handler om at noen får, mens andre ikke får. Dette kan både handle om begrensninger i kapasitet i tjenestene eller at tiltakets nytte ikke står i forhold til kostnaden.

En grunnleggende utfordring i helse- og omsorgstjenesten er at mulighetene og ønskene overstiger ressursene. Vi kan derfor ikke velge

om det skal prioriteres, prioriteringene skjer uansett hvilke intensjoner vi har. Men vi kan velge hvilket verdigrunnlag og hvilke prinsipper som skal legges til grunn når vi tar disse beslutningene.

Uten tydelige prinsipper for prioritering, vil fordelingen av helse- og omsorgstjenestene bli mer tilfeldig, og målet om likeverdig tilgang vil være vanskeligere å oppnå. Prinsipper for prioritering skal bidra til at ressursene brukes der de gir størst nytte og på dem som trenger det mest. Målet er åpne og etterprøvbare prosesser.

1.1 Bakgrunn og utgangspunkt

Et regjeringsoppnevnt utvalg (Blankholm-utvalget) la i desember 2018 fram utredningen NOU 2018: 16 *Det viktigste først. Prinsipper for priorite-*

ring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester. Utvalget fikk som mandat å ta utgangspunkt i prinsippene for prioritering som Stortinget sluttet seg til i behandlingen av Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste*, og vurdere i hvilken grad disse var egnet eller burde justeres/suppleres for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for tannhelsetjenesten.

Utvalget konkluderer med at behovet for systematisk tenkning rundt prioritering er like stort for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og offentlig finansierte tannhelsetjenester, som for spesialisthelsetjenesten. Utvalget anbefaler at kriteriene som er etablert i spesialisthelsetjenesten – nytte, ressurs og alvorlighet – bør være gjennomgående i hele helse- og omsorgstjenesten, og viser blant annet til at mange pasienter og brukere, gjennom sitt sykdomsforløp, vil motta tjenester fra både den kommunale helse- og omsorgstjenesten, tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dersom kriteriene for hva som skulle prioriteres var vesentlig forskjellige mellom tjenesteområdene, ville dette virke ulogisk fra pasienter og brukeres samt helsepersonells synspunkt og neppe bidra til helhetlig planlegging og tenkning rundt ressursbruk.

Utvalget peker på særtrekk ved kommuner og fylkeskommuner som de mener vil få konsekvenser for prinsippene for prioritering.

Det første handler om kommunens brede samfunnsoppdrag. Når kommunens ledelse skal fatte beslutninger om ressursfordeling, må det også tas hensyn til andre sektorer enn helse- og omsorgstjenesten. I daglig drift og i planlegging av tjenestetilbudet må kommunen vurdere og prioritere ressursbruk på tvers av de ulike sektorene. Mens spesialisthelsetjenestens primære utfordring er å prioritere innen helsetjenesten, må kommunene både prioritere mellom sektorer og innen de enkelte områdene i helse- og omsorgstjenesten.

Det andre skillet, dreier seg om kommunens ansvar for at befolkningen skal kunne leve med sin tilstand. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil ofte måtte forholde seg til flere problemer eller diagnoser av gangen, og ha som mål at pasienten/brukeren settes i stand til å mestre sin tilstand og leve et godt liv med den sykdommen eller tilstanden man har. *Mestring* er med andre ord en sentral forutsetning for å kunne leve med en tilstand, og vil ha stor betydning for livskvaliteten til den enkelte. For mange av tiltakene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil derfor målet være at pasienten/brukeren skal

kunne mestre sin hverdag til tross for sykdom, smerter og/eller fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsnedsettelse.

Det tredje skillet er ulikhetene i forskningsgrunnlaget og systematisk dokumentasjon for tiltak som iverksettes i ulike deler av helse- og omsorgstjenesten. Utvalget argumenterer for at mangelfull kunnskap om effekten av tiltak, er en utfordring med tanke på å ta gode prioriteringsbeslutninger i tråd med prioriteringskriteriene.

Helse- og omsorgsdepartementet sendte NOU 2018: 16 *Det viktigste først*, på høring våren 2019. Det kom inn 125 høringssvar. Høringsinstansene støtter langt på vei prinsippene slik de er foreslått utformet av utvalget.

Denne meldingen bygger videre på utvalgets utredning og de mange uttalelsene som kom i høringsrunden samt Stortingets behandling av Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste*.

1.2 Prioriteringskriterier i helse- og omsorgstjenesten

Regjeringen deler Blankholm-utvalgets vurdering om at de samme kriteriene bør legges til grunn i hele helse- og omsorgstjenesten. Prinsippene for prioritering bygger på verdigrunnlaget for helse- og omsorgstjenesten. Det er bred enighet om dette verdigrunnlaget, og gjennom prinsippene for prioritering gir man verdiene i helse- og omsorgstjenesten et konkret uttrykk. Felles prinsipper for prioritering vil derfor være i tråd med det verdimessige grunnlaget for den samlede helse- og omsorgstjenesten.

Blankholm-utvalgets forslag om å inkludere mestring, reflekterer etter departementets syn den økte erkjennelsen av at pasienten og brukeres stemme er viktig, både i utviklingen av helse- og omsorgstjenesten og i møtet mellom den enkelte pasient/bruker og helsepersonellet. Denne erkjennelsen lå også til grunn i Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste*.

Regjeringen vil på denne bakgrunn legge kriteriene – nytte, ressurs og alvorlighet – til grunn for prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Kriteriene skal gjelde for kommunal helse- og omsorgstjeneste, offentlig finansierte tannhelsetjenester og spesialisthelsetjenesten. Departementet foreslår en justering av kriterienes utforming (se kapittel 9 Prinsipper for prioritering i helse- og omsorgstjenesten for videre drøfting av dette). Kriteriene foreslås formulert som følger:

Nyttekriteriet

Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at tiltaket kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for:

- overlevelse
- forbedring eller redusert tap av mestring og/eller fysisk eller psykisk funksjon
- reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag

Ressurskriteriet

Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på.

Alvorlighetskriteriet

Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra:

- risiko for død eller tap av mestring og/eller funksjon
- graden av tap av mestring og/eller fysisk eller psykisk funksjon
- smerter, fysisk eller psykisk ubehag

Både nå-situasjonen, varighet og tap av fremtidige leveår har betydning for graden av alvorlighet. Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med tiltaket.

1.3 Meldingens oppbygging

I kapitlene 3, 4 og 5 beskrives prioriteringsdebatten fra det første Lønning-utvalget i 1987 og fram til NOU 2018: 16 *Det viktigste først*, verdigrunnlaget i helse- og omsorgstjenesten samt rammene for prioriteringsbeslutninger.

Prinsippene for prioritering gjelder i dag for spesialisthelsetjenesten, for legemidler finansiert over folketrygden og når henvisninger fra primærhelsetjenesten vurderes i spesialisthelsetjenesten. I kapittel 6 redegjøres det for gjeldende prinsipper og deres virkeområde.

Blankholm-utvalget peker på forskjeller mellom tjenestenivåene som utvalget mener kan gi konsekvenser for prinsippene for prioritering: kommunens brede samfunnsoppdrag, ulike faglige målsettinger slik som mestring og fore-

bygging, og ulikheter i forskningsgrunnlaget. Disse forskjellene introduseres overordnet i kapittel 7 Forskjeller mellom tjenestenivåene.

I kapittel 8 redegjøres det for kunnskapsgrunnlaget for prioriteringsbeslutninger i kommunale helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenesten, samt departementets forslag om det videre arbeidet med å utvikle et system for kunnskapsstøtte til kommunale helse- og omsorgstjenester.

I kapittel 9 drøftes prinsipper for prioritering og inklusjon av mestring i prioriteringskriteriene samt anvendelse av kriteriene på de ulike beslutningsnivåene.

Et område Blankholm-utvalget er opptatt av og som flere høringsinstanser vier mye oppmerksomhet, er hvorvidt de foreslåtte prioriteringskriteriene understøtter prioritering av forebyggende tiltak, særlig alvorlighetskriteriets egnethet. Denne problemstillingen belyses i kapittel 10 Forebygging og alvorlighet.

Et av de mest krevende spørsmålene beslutningstakere i helse- og omsorgstjenesten må svare på, er hvor mye vi er villig til å betale for et tiltak i helse- og omsorgstjenesten. Spørsmålet om kostnadsgrenser drøftes i kapittel 11 Hvor går grensen?

Tannhelsetjenesten er omtalt gjennomgående i hele meldingen. I kapittel 12 Prinsipper for prioritering i tannhelsetjenesten, redegjøres det for Blankholm-utvalgets forslag og departementets vurdering med hensyn til anvendbarheten av prioriteringskriteriene for tannhelsetjenesten særskilt.

Åpenhet og brukermedvirkning er en grunnleggende forutsetning for gode og legitime prioriteringsbeslutninger. Tidligere arbeid har bidratt til større åpenhet om prioriteringsbeslutninger i spesialisthelsetjenesten. Arbeidet med NOU 2018: 16 *Det viktigste først*, og oppfølgingen av denne, vil, etter departementets vurdering bidra til mer åpenhet om prioriteringsbeslutninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i offentlig finansierte tannhelsetjenester. Åpenhet og brukermedvirkning drøftes nærmere i kapittel 13.

For å gjøre riktige prioriteringer i tråd med kriteriene, trengs det et sett med virkemidler. I kapittel 14 Virkemidler for å understøtte prioritering, skisseres aktuelle virkemidler og utviklingsprosesser for disse.

2 Innledning



Figur 2.1

Helse- og omsorgstjenesten står overfor store utfordringer i årene som kommer. Vi blir flere, og flere av oss blir eldre. Den medisinske utviklingen fører til at flere overlever alvorlig sykdom og flere lever lenge med kroniske sykdommer og/eller funksjonsnedsettelse. Dette er en ønsket utvikling, men vil øke antallet personer med langvarig behov for bistand av helse- og omsorgstjenestene. Mange vil ha behov for sammensatte tjenester, ofte fra flere tjenesteytere på ulike tjenestenivåer. Det kan medføre at begrensede ressurser vil sette tjenestene i større prioriteringsutfordringer.

I regjeringens kvalitetsreform for eldre *Leve hele livet* (Meld. St. 15 (2017–2018)) er flere gode leveår, der eldre beholder en god helse lenger, opplever at de har god livskvalitet og at de i større grad mestrer eget liv, samtidig som de får den helsehjelpen de trenger når de har behov for den, en målsetting.

I Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan* viste man til at en mer velstående, kompetent og informert befolkning vil ha økte forventninger til hva helse- og omsorgstjenesten skal levere. Utvikling av nye og ofte ressurskrevende behandlingsmetoder forsterker forventningene. En mer kunnskapsrik og kvalitetsbevisst befolkning er imidlertid også en ressurs, som tjenesten i større grad må dra nytte av. Samtidig er det en utfordring at det er stor variasjon i befolkningens helsekompetanse. I dette ligger det at deler av befolkningen har vanskeligheter med blant annet å finne fram til riktige tjenester i helsesystemet, kritisk vurdere helseinformasjon og vurdere for- og ulemper ved ulike behandlinger. For å imøtekomme dette må helse- og omsorgstjenestene tilrettelegge for å møte brukere med ulik helsekompetanse.

Den medisinske utviklingen fører videre til at en større del av behandlingen vil skje poliklinisk i spesialisthelsetjenesten og/eller i kommunale helse- og omsorgstjenester. Kommunene får dermed et stadig større ansvar for oppfølging før, under og etter behandling.

Spørsmålet blir hvordan begrensede helseressurser skal fordeles og disponeres på en rettferdig måte. Hvordan bruke ressursene der de gjør mest nytte og til de som trenger tilbudet mest? Vi kan skille mellom to typer situasjoner hvor det prioriteres i helse- og omsorgstjenesten. Den første situasjonen dreier seg om å ordne køen; alle får, men noen må vente. Den andre situasjonen handler om at noen får, mens andre ikke får. Dette kan både handle om begrensninger i kapasiteten i tjenestene eller at tiltaket ikke prioriteres fordi kostnaden ikke står i forhold til helsegevinsten. Å prioritere innebærer med andre ord å sette noe foran noe annet eller å velge bort noe som ikke har ønsket effekt.

I spesialisthelsetjenesten er det innført prinsipper for prioritering som sier noe om hvilke kriterier og avveininger skal ligge til grunn for prioriteringsbeslutninger på ulike nivåer. Også i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skjer det hele tiden prioriteringer: hos helsesykepleier og på sykehjemmet, hos fastlegen og hos fysioterapeuten, på kommunens vedtakskontor og når kommunens administrasjon og politikerne velger å bevilge ressurser til noe og ikke til noe annet. Det samme skjer i fylkeskommunenes administrasjon og i de fylkeskommunale tannklinikkenes. Vi kan med andre ord ikke velge om vi vil prioritere, men vi kan velge hvilke prinsipper som skal ligge til grunn for beslutningene. Prinsipper for prioritering bidrar til at prioriteringsbeslutningene blir mindre tilfeldige og at pasienter og brukere med likeartede behov får likeverdig behandling. Prinsipper for prioritering gir støtte og legitimitet når vanskelige beslutninger skal tas, og bidrar til å hindre at makt, tilfeldigheter, egenskaper hos pasienter og brukere og andre forhold fører til urettferdig fordeling.

2.1 Sentrale begreper i meldingen

Kriterier for prioritering

Tiltak i helse- og omsorgstjenesten skal vurderes ut fra tre prioriteringskriterier: nytte, ressurs og alvorlighet. De tre kriteriene inngår i de samlede prinsippene for prioritering.

Prinsipper for prioritering

Prinsippene for prioritering omfatter en beskrivelse av kriterier for prioritering, hvilken avveining det skal være mellom kriteriene og hvilke andre hensyn enn kriteriene det eventuelt er relevant å legge vekt på i prioriteringsbeslutninger.

Kommunale helse- og omsorgstjenester

Kommunale helse- og omsorgstjenester brukes i denne meldingen om helsehjelp og andre tjenester kommunen skal sørge for etter lov 2. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd skal kommunen blant annet tilby seks hovedgrupper av tjenester:

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, blant annet helsetjenester i skoler og helsestasjonstjenester
2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester
3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet legevakt, heldøgns medisinsk akuttberedskap, medisinsk nødmeldetjeneste, og psykososial beredskap og oppfølging
4. Utredning, diagnostisering og behandling, blant annet fastlegeordningen
5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
6. Andre helse- og omsorgstjenester, blant annet helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse og plass i institusjon

Den offentlige tannhelsetjenesten

Fylkeskommunen har ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten etter lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven) § 1-3. Fylkeskommunen organiserer tannhelsetjenester i egen regi eller inngår avtale med private.

De prioriterte gruppene etter § 1-3 første ledd bokstav a til e er:

- a) Barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år
- b) Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon
- c) Grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie
- d) Ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret
- e) Andre prioriterte grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere

Gruppene i første ledd andre punktum bokstav a til e er listet opp i prioritert rekkefølge. Hvis ressursene ikke er tilstrekkelige for tilbud til alle gruppene, skal denne prioriteringen følges. Forebyggende tiltak prioriteres foran behandling. I tillegg til de prioriterte oppgavene kan den offentlige tannhelsetjenesten yte tjenester til voksne pasienter mot betaling etter fylkeskommunens bestemmelser. Departementet kan gi forskrift om at fylkeskommunen skal sørge for å tilby slike tjenester i områder av fylket der det ikke foreligger annet tilstrekkelig tilbud, og om pliktens varighet og geografiske virkeområde. I tillegg gis noen grupper gratis tannhelsehjelp basert på Stortingets budsjettvedtak (personer utsatte for tortur/overgrep og med odontofobi, personer med rusavhengighet og innsatte i fengsler).

Offentlig finansierte tannhelsetjenester

En samlebetegnelse på den offentlige tannhelsetjenesten og stønad til tannbehandling som finansieres av folketrygden etter lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) § 5-6 og § 5-6 a. Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter årlig takstene for folketrygdens stønad til tannbehandling i egen forskrift og rundskriv.

Det ytes stønad til undersøkelse og behandling utført av tannlege ved følgende tilstander/tilfeller:

1. Sjelden medisinsk tilstand
2. Leppe-kjeve-ganespalte
3. Svulster i munnhulen, tilgrensende vev eller hoderegionen for øvrig

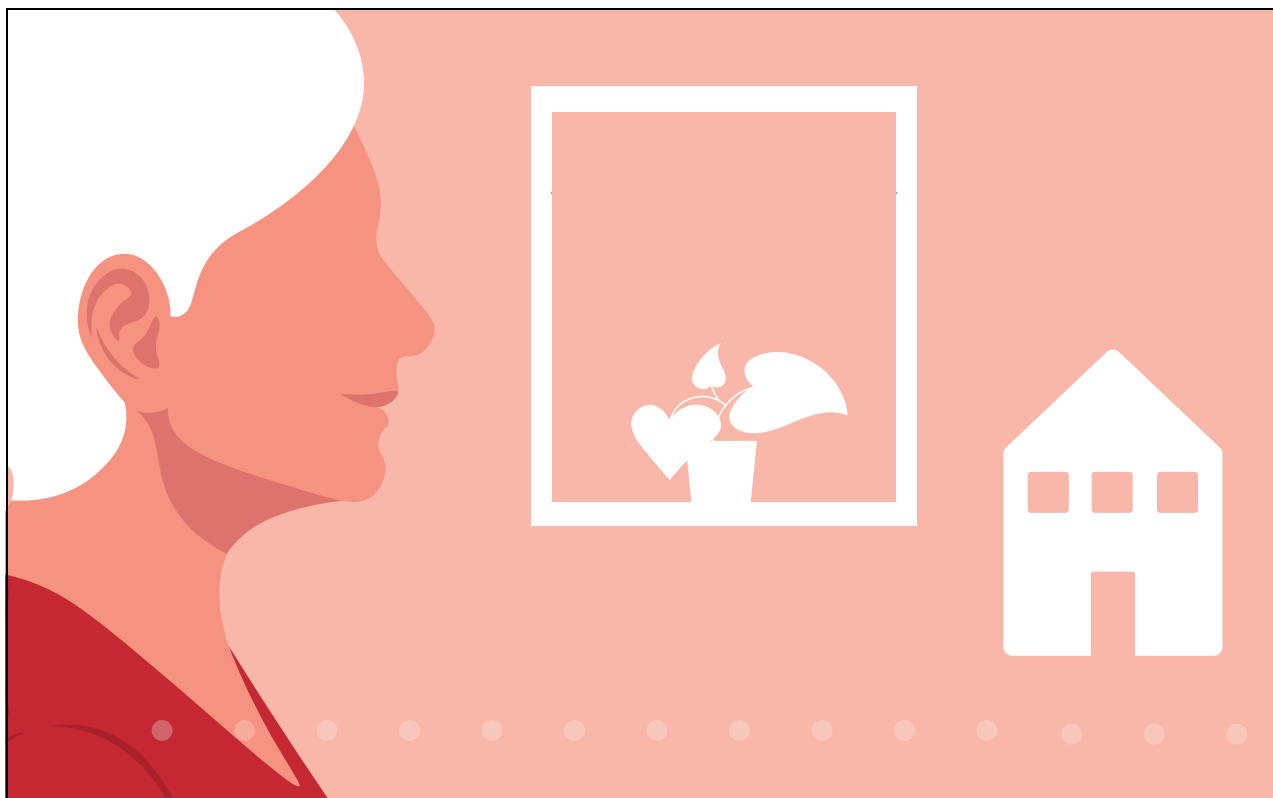
4. Infeksjonsforebyggende tannbehandling ved særlig medisinske tilstander
5. Sykdommer og anomalier i munn og kjeve
6. Periodontitt
7. Tannutviklingsforstyrrelser
8. Bittanomalier
9. Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon
10. Hyposalivasjon
11. Allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmaterialer
12. Tannskade ved godkjent yrkesskade
13. Tannskade ved ulykke som ikke er yrkesskade
14. Sterkt nedsatt evne til egenomsorg hos pasienter som har varig sykdom eller varig nedsatt funksjonsevne
15. Helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven

Det ytes også stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling av periodontitt utført av tannpleier for tilstander/tilfeller under punkt 1, 6 og 14.

Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten omfatter sykehus, distriktpsykiatriske sentre, opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, institusjoner for tverrfaglig spesialisert rusbehandling, prehospitale tjenester, privatpraktiserende spesialister og laboratorie- og røntgenvirksomhet. De fire helseregionene har ansvaret for å sikre befolkningen i regionen tilgang til nødvendige spesialisthelsetjenester.

3 Bakgrunn



Figur 3.1

Fra 1985 og fram til 2016 har fire offentlige utvalg, en ekspertgruppe og tre stortingsmeldinger utredet og vurdert spørsmål om prioritering i helse- og omsorgstjenesten:

- NOU 1987: 23 *Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste* (heretter omtalt som Lønning I-utvalget)
- NOU 1997: 18 *Prioritering på ny: Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste* (heretter omtalt som Lønning II-utvalget)
- NOU 1997: 7 *Piller, prioritering og politikk. Hva slags refusjonsordninger trenger pasienter og samfunn?* (heretter omtalt som Grund-utvalget)
- NOU 2014: 12 *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten* (heretter omtalt som Norheim-utvalget)
- *På ramme alvor. Alvorlighet og prioritering*, 2015 (heretter omtalt som Magnussen-gruppen)
- St.meld. nr. 50 (1993–94) *Samarbeid og styring – Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*
- St.meld. nr. 26 (1999–2000) *Om verdier for den norske helsetjenesta*
- Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering*

Det er med andre ord en lang tradisjon for å jobbe systematisk med prioriteringss spørsmål i Norge. Samtidig er det viktig å understreke at tidligere meldinger i all hovedsak har drøftet kriterier og prinsipper for prioritering i spesialisthelsetjenesten.

3.1 Milepæler i prioriteringsdebatten fram til år 2000

Da Lønning I-utvalget ble nedsatt av regjeringen Willoch i 1985, ble dette begrunnet med de voksende helsekøene og den raske medisinske utviklingen som stadig ga nye og bedre behandlingsmuligheter. Lønning I-utvalget pekte på alvorlighet som den viktigste dimensjonen når man skulle prioritere.

I Lønning I-utvalget kan vi lese (s. 73):

En sykdoms alvorlighetsgrad er den viktigste dimensjon som må avklares før man kan prioritere enkeltpasienter og pasientgrupper. Alvorlighetskriteriet har solide røtter i norsk medisin og opprettholdes stadig ved utdanning, rutiner etc. Kriteriet må benyttes i sammenheng med andre viktige kriterier, særlig effektivitetskriterier. Brukt på denne måte vil alvorlighetskriteriet eller nødvendighetskriteriet fortsatt måtte være det viktigste kriterium for prioritering i norsk medisin i årene fremover.

Lønning I-utvalgets kanskje viktigste bidrag var at man satte prioritering på den helsepolitiske dagsorden.

Ti år etter ble det nedsatt et nytt utvalg, også denne gangen ledet av professor Inge Lønning. Utvalgets mandat var å utarbeide retningslinjer for prioriteringer i helsetjenesten som en videreføring av Lønning I-utvalgets innstilling. Retningslinjene skulle utformes slik at de kunne være et egnet hjelpemiddel for å løse konkrete prioriteringsspørsmål, som «kunne brukes både av helsepersonell i den kliniske hverdag, helseadministratorer, lokale helsepolitikere og andre interesserte» (NOU 1997: 18, s. 9).

I St.meld. nr. 50 (1993–94) *Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*, kan vi lese at Lønning I-utvalget ble kritisert «for å tillegge alvorlighetsgrad for stor betydning, på bekostning av tiltakets nytte» (s. 52). Denne kritikken gjenspeiles i Lønning II-utvalgets mandat der det bes om at utvalget i tillegg til å ta hensyn til sykdommens alvorlighetsgrad, også skal vurdere behandlingens nytteverdi og retten til et likeverdig behandlingstilbud. Utvalget konkluderer med at de mener det er *tre* kriterier som alle er relevante i prioriteringssammenheng: *tilstandens alvorlighet, tiltakets nytte og tiltakets kostnadseffektivitet*. Utvalget skriver: «Sammenlignet med tidligere retningslinjer mener utvalget at tiltakets nytte og kostnadseffektivitet må tillegges større vekt» (s. 16).

Forslagene om tre prioriteringskriterier fra Lønning II-utvalget fikk tilslutning fra Stortinget i behandlingen av St.meld. nr. 26 (1999–2000) *Om verdier for den norske helsetenesta*, og har etter dette ligget til grunn for prioriteringstenkningen i den norske helsetjenesten.

3.2 Norheim-utvalget, Magnussen-gruppen og Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste*

Etter en debatt våren 2013 om dyre kreftlegemidler, satte regjeringen Stoltenberg ned et nytt prioriteringsutvalg, ledet av professor Ole Frithjof Norheim ved Universitetet i Bergen. Norheim-utvalget foreslo i sin utredning tre kriterier for prioritering:

- *Helsegevinstkriteriet*: Et tiltaks prioritet øker med forventet helsegevinst.
- *Ressurskriteriet*: Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på.
- *Helsetapskriteriet*: Et tiltaks prioritet øker med forventet helsetap over livsløpet hos den eller de som får helsegevinst.

Norheim-utvalgets forslag kan i hovedsak forstås som en presisering av forslagene fra Lønning II-utvalget. Et viktig unntak var utvalgets forslag til et helsetapskriterium. Norheim-utvalget foreslo i tillegg eksplisitte kostnadsgrenser for prioritering av tiltak. Rapporten fikk mye støtte, men utvalgets forslag om et helsetapskriterium høstet bred kritikk og det var blandede reaksjoner på forslaget om eksplisitte grenser.

Regjeringen Solberg valgte i juni 2015 å legge forslaget til et helsetapskriterium til side og satte ned en ekspertgruppe, Magnussen-gruppen, for å vurdere hvordan alvorlighet skal tas hensyn til i prioritering i helsetjenesten. Gruppen fremmet sitt forslag i november 2015 i rapporten *På ramme alvor – alvorlighet og prioritering*. Gruppens forslag fikk bred tilslutning i høringsrunden.

I oppfølgingen av Norheim-utvalgets utredning og Magnussen-gruppens rapport, la regjeringen fram Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering*. I meldingen konkluderte regjeringen med at tiltak i helsetjenesten skal vurderes ut fra tre prioriteringskriterier:

- *Nyttekriteriet*: Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket.
- *Ressurskriteriet*: Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på.

- *Alvorlighetskriteriet*: Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden.

De tre kriteriene er i all hovedsak en videreutvikling av kriteriene foreslått av Lønning II-utvalget, og i tråd med de forslagene fra Norheim-utvalget og Magnussen-gruppen som fikk bred tilslutning i høringsrunden. Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* ga også en beskrivelse av prinsippene for prioritering som omfatter, i tillegg til en beskrivelse av de tre prioriteringskriteriene, hvilken avveining det skal være mellom kriteriene og hvilke andre hensyn enn kriteriene det er relevant å legge vekt på i prioriteringsbeslutninger.

Regjeringen anbefalte at prioriteringskriteriene og prinsippene skulle gjelde for spesialisthelsetjenesten, for legemidler finansiert over folketrygden og for fastlegenes samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Et samlet Storting sluttet seg til meldingen jf. Innst. 57 S (2016–2017). Helse- og omsorgskomiteen påpekte at det alltid vil være et gap mellom hva samfunnet har av ressurser til å gjennomføre og hva som er medisinsk mulig. Komiteen var derfor opptatt av prinsipper for prioritering som sikrer likebehandling og som bygger på et verdigrunnlag som har bred legitimitet i befolkningen og i helsesektoren. I meldingen ble det slått fast at prinsippene for prioritering skal være grunnlaget for regelverk, faglige beslutningsstøtteverktøy og ha en etisk veiledende rolle.

I Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* ble det foreslått å sette ned et offentlig utvalg som skulle «belyse ulike prioriterings-situasjoner, prioriteringsutfordringer og prioriteringsprosesser, og vurdere hvilke prinsipper for prioritering som kan være relevante for de kommunale helse- og omsorgstjenestene» (s. 168). Stortinget sluttet seg til dette forslaget. Av komitéinnstillingen går det fram at arbeidet også skal omfatte tannhelse.

3.3 Blankholm-utvalgets mandat og avgrensning

I april 2017 satte regjeringen ned et utvalg, ledet av Aud Blankholm, som fikk som mandat å vurdere prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten. Utvalget var det første som skulle vurdere prinsipper for prioritering for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten.

Utvalget, heretter omtalt som Blankholm-utvalget, leverte sin NOU 2018: 16 *Det viktigste*

først. Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester, 18. desember 2018. Utredningen ble sendt på høring våren 2019 og det kom inn 125 høringssvar. I Granavolden-plattformen står det at regjeringen vil «legge frem en stortingsmelding om prioritering i primærhelsetjenesten basert på NOU 2018: 16 *Det viktigste først*».

Formålet med å sette ned et utvalg som skulle se på prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten, var å få en helhetlig drøfting av prioritering i denne delen av tjenesten. Utvalget skulle beskrive utfordringsbildet, herunder kartlegge og beskrive situasjoner der det tas prioriteringsbeslutninger.

Utvalget skulle videre beskrive de viktigste likhetene og forskjellene mellom prioriteringsutfordringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

Utvalget skulle drøfte og foreslå prinsipper for prioritering på ulike beslutningsnivåer i denne delen av helse- og omsorgstjenesten, med utgangspunkt i prinsippene for prioritering som Stortinget sluttet seg til gjennom behandlingen av Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste*, jf. Innst. 57 S (2016–2017), og vurdere i hvilken grad disse prinsippene var relevante eller burde justeres eller suppleres når de anvendes på den kommunale helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten.

Utvalget skulle også utrede og foreslå virkemidler for å understøtte prioriteringsbeslutningene på faglig, administrativt og politisk nivå. Forslag til prinsipper for prioritering skulle ha en klar forankring i verdigrunnlaget for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Et viktig formål med utvalgets arbeid er å bidra til mer kunnskap og åpenhet om prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

3.3.1 Utvalgets avgrensning og presisering av mandatet

Utvalget valgte å avgrense mandatet til å gjelde ansvarsområder som omfattes av lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven) og lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) §§ 5-6 og 5-6 a.

Utvalget vurderte prinsipper for prioritering knyttet til de tjenester og tiltak kommunene skal sørge for etter den kommunale helse- og

omsorgstjenesteloven. Utvalget vurderte videre prinsipper for prioritering knyttet til de tjenester som skal ytes etter tannhelsetjenesteloven og knyttet til prioritering av hvilke tilstander, sykdommer med videre på tannhelsefeltet som trygden yter stønad til.

Utvalget vurderte ikke konsekvensene av prinsippene med hensyn til hvilke persongrupper som bør ha rettigheter etter tannhelsetjenesteloven og hvilke tilstander og sykdommer som bør omfattes av folketrygdens stønadsordning på tannhelsefeltet.

4 Verdigrunnlaget i helse- og omsorgstjenesten



Figur 4.1

Regjeringens ambisjon for helse- og omsorgsfeltet er å skape pasientens helsetjeneste. Helse- og omsorgstjenesten må organiseres med utgangspunkt i pasientenes behov, og pasientene skal sikres et likeverdig tilbud av helse- og omsorgstjenester over hele landet.

Prinsippene for prioritering er tuftet på et verdimessig grunnlag som har legitimitet i befolkningen og blant helsepersonell. Gjennom prinsippene for prioritering gir man verdiene i helse- og omsorgstjenesten et konkret uttrykk. Prinsipper for prioritering gir regler og veiledning for fordeling av helse- og omsorgstjenestens ressurser. Verdiene er gjennomgående for hele helse- og omsorgstjenesten.

Det er bred enighet om verdigrunnlaget for den norske helse- og omsorgstjenesten.

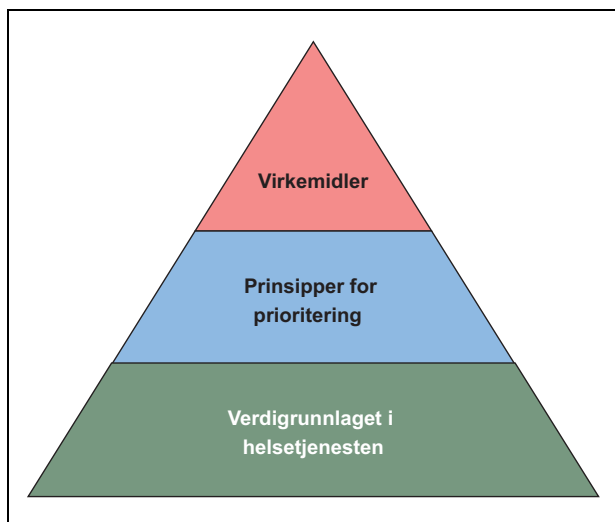
I St.meld. nr. 26 (1999–2000) *Om verdier for den norske helsetenesta* slås det fast at det ukrenke-

lige menneskeverdet er den grunnleggende verdien for tjenesten. Videre står likhet, rettferdighet, likeverdig tilgang til tjenester av god kvalitet, faglig forsvarlighet, menneskeverd og solidaritet med de svakest stilte sentralt.

I meldingen kan vi lese (s. 23):

Helsepolitikken skal bygge på respekt for menneskeverdet og leggje til grunn ei rettferdig fordeling av rettar og plikter, likeverd og lik tilgjenge til tenestene, og ei styrkja rettsstilling for den som treng tenestene.

I flere stortingsmeldinger de senere årene har det vært lagt særlig vekt på brukermedvirkning som en grunnleggende forutsetning for god helse og god omsorg. Pasienter, brukere og pårørende skal bli sett og hørt. Brukermedvirkning er en grunnleggende forutsetning i pasientens helse-



Figur 4.2 Verdigrunnlaget i helsetjenesten, prinsipper for prioritering og virkemidler for prioritering

tjeneste, der ingen beslutninger skal tas om deg uten deg. Det skal tas utgangspunkt i menneskets helhetlige behov, herunder fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle behov.

I Prop. 116 L (2020–2021) tydeliggjør regjeringen betydningen av at pasienter, brukere og pårørende har mulighet til å velge mellom ulike løsninger (s. 7):

Valgfrihet står også sentralt i regjeringens politiske plattform. Det er et mål at alle skal få bestemme mest mulig over sin egen hverdag. Valgfrihet gir mangfold og muligheter for pasienter, brukere og pårørende.

Også i lovverket finner vi verdiutsagn. I pasient- og brukerrettighetsloven kan vi lese:

Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten.

Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.

Helse- og omsorgstjenesteloven skal videre bidra til å fremme likeverd og likestilling, bedre levekår, bidra til selvstendighet, et meningsfylt og aktivt liv, sikre tjenestetilbudets kvalitet, samhandling og individuell tilpassing mv.

Spesialisthelsetjenesteloven skal fremme likeverdig tjenestetilbud, bidra til kvalitet og tilgjengelighet. Loven skal også bidra til at ressursene utnyttes best mulig og at tjenestetilbudet er tilpasset pasientenes behov.

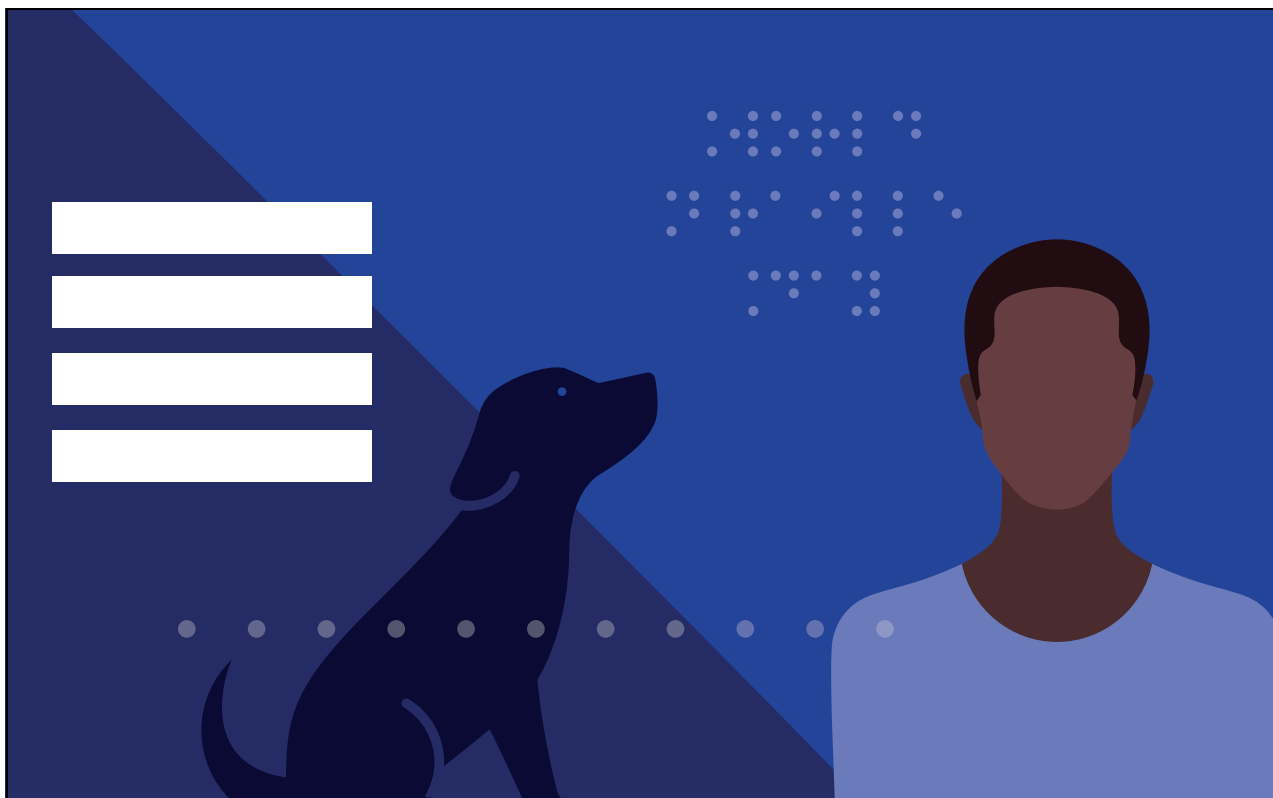
I Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* redegjøres det for det verdimeslige grunnlaget for prioritering. Regjeringen konkluderte i meldingen med at det verdimeslige grunnlaget for prinsipper for prioritering bygger på følgende grunnleggende perspektiv (s. 74):

Hvert enkelt menneske har en ukrenkelig egenverdi uavhengig av kjønn, religion, sosioøkonomisk status, funksjonsnivå, sivilstand, bosted og etnisk tilhørighet. Befolkningen skal ha likeverdig tilgang til helsetjenester. Like tilfeller skal behandles likt. En rettferdig fordeling innebærer i tillegg at samfunnet er villig til å prioritere høyere de som har størst behov for helsetjenester. Samtidig må dette sees i sammenheng med hva som gir mest mulig helse i befolkningen over tid. Helsetjenesten er videre del av en bred sosial forsikringsordning for befolkningen, og borgerne skal motta likeverdige tjenester etter behov, uavhengig av økonomi, sosial status, alder, kjønn, tidligere helse mv. Helsepersonell har en plikt til å hjelpe pasientene etter beste evne samtidig som de har et ansvar for helheten. Prioritering i helse- og omsorgstjenesten må praktiseres slik at den ivaretar relasjonen mellom helsepersonell og pasient, både til den kjente pasienten der og da og til den neste pasienten som trenger helse- og omsorgstjenester. Pasienter skal videre møtes på en verdig måte. Pasienter som har behov for pleie og omsorg skal få det selv om ikke helse- og omsorgstjenesten kan tilby virkningsfull behandling.

Utforming av prinsipper for prioritering må etter departementets vurdering være i samsvar med dette verdigrunnlaget. Departementet vil samtidig understreke at ikke bare prinsippene for prioritering, men også utformingen av beslutningsprosessene knyttet til prioritering må ha en klar forankring i verdigrunnlaget. I vurderingen av disse prosessene vil i tillegg åpenhet og brukermedvirkning være sentrale verdier.

Verdigrunnlaget, slik det vises til i tidligere arbeid, lovverket og i Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste*, ligger til grunn for videre drøftinger og konklusjoner i denne meldingen.

5 Rammene for prioriteringsbeslutninger



Figur 5.1

Hver dag prioriteres det i helse- og omsorgstjenesten. De som treffer beslutningene oppfatter ikke nødvendigvis alltid at de tar prioriteringsbeslutninger. Beslutningene vil imidlertid kunne ha som konsekvens at noen får et tilbud og andre ikke får, eller at noen får raskere tilgang til helsehjelp enn andre.

Det prioriteres på alle nivåer innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i offentlig finansierte tannhelsetjenester. For det første prioriteres det i møte mellom helsepersonell og den enkelte bruker eller mindre grupper av brukere. Prioriteringene skjer hos helsesykepleier, på fastlegens kontor, hos tannlegen og tannpleier, i triagering på legevakten, hos fysioterapeuten og på kommunens tildelingskontor. Beslutningstakere på dette nivået er helsepersonell, brukere, pasienter, pårørende og ansatte på tildelings-/vedtakskontor.

For det andre prioriteres det når kommunens ledelse fordeler ressurser innenfor de politisk gitte rammene, når det tas beslutninger om

Boks 5.1 Eksempel på prioriteringssituasjon i skolehelsetjenesten

Forebygging av psykiske helseplager er en viktig del av skolehelsetjenestens oppgave. Metodene er imidlertid mange og helsesykepleier må vurdere om hun enten skal gjennomføre gruppeundervisning på 8. trinn om psykisk helse, ha egne jente- og guttegrupper eller gjennomføre konsultasjoner med enkelt-elever som sliter med den psykiske helsa si.

Boks 5.2 Eksempel på prioriteringssituasjon – fastlegens tidsbruk

Tiden er en av helsepersonells viktigste ressurser, og hvordan tiden brukes på og fordeles mellom ulike pasienter og oppgaver representerer både faglige og prioriteringsmessige vurderinger og valg. Når konsultasjonen med en pasient trekker ut i tid, vil neste pasient få tilsvarende mindre tid.

løpende drift, fordeling av personell og budsjettmidler samt organisering, utvikling og innretning av tjenestene. Beslutningstakere på dette nivået er ledere på ulike nivåer, det vil si kommunaldirektør og ledere i helse- og omsorgssektoren.

Og for det tredje skjer det prioriteringer knyttet til politiske vedtak, som for eksempel budsjettvedtak eller vedtak om utvikling av stortingsmeldinger, strategier og handlingsplaner, samt vedtak om lover og forskrifter. Politiske beslutninger i kommunene kan deles inn i de som skjer på lokalt nivå (kommunestyret eller fylkestinget) og de som skjer på nasjonalt nivå (regjeringen eller Stortinget).

Tidligere utredninger har redegjort og drøftet prioriteringer på ulike nivåer av helse- og

Boks 5.3 Eksempel på prioriteringssituasjon på administrativt nivå

Befolkningsundersøkelser og statistikk i en kommune viser at kommunen har en raskt aldrende befolkning som i løpet av de neste 10–20 årene vil kreve store ressurser fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Undersøkelsene og statistikken viser samtidig at kommunen har en ungdomspopulasjon med utfordringer knyttet til psykisk helse og skolevegring som ligger over landsgjennomsnittet. Kommunen har frigjort midler og må bestemme seg for om de skal satse på forebyggende tjenester i hjemmet eller bruke ressurser på egne jente- og guttegrupper for samtaler om psykisk helse i skolehelse-tjenesten.

omsorgstjenesten og i det følgende redegjøres det for disse nivåene.

5.1 Lønning II-utvalgets forslag til beslutningsnivåer

Lønning II-utvalget brukte inndelingen første- og annenordensbeslutninger. Førsteordensbeslutninger ble definert som politiske beslutninger som kan skje på flere nivåer som statlig, fylkeskommunalt, kommunalt samt på avdelings- og/eller sektor-/tjenestenivå. Budsjettvedtak i Stortinget, fylkeskommuner og kommuner er typiske førsteordensbeslutninger. Førsteordensbeslutninger bestemmer mengden av et helsegode som tilbys, eller kapasiteten i tjenesten.

Annenordensbeslutninger omtaler Lønning-II som kliniske beslutninger, som handler om tildeeling av tjenester til konkrete individer. Det kliniske beslutningsnivået kan igjen deles i to: 1) det overordnede kliniske nivået som kan utvikle faglige standarder for valg av pasienter til riktig diagnostikk, utredning eller behandling, og 2) det praktisk-kliniske nivået, hvor det daglig tas beslutninger om enkeltpasienter: om de skal gis et tilbud, og hvilket tilbud de skal ha (NOU 1997: 18, s. 27).

Lønning II-utvalget begrunnet skillet mellom første- og annenordensbeslutninger med at beslutninger som fattes på de ulike nivåene ikke nødvendigvis har samme siktemål, og kan bygge på ulike avveininger. Det er for eksempel nødvendig at den som vedtar budsjetter tar helhetlige og overordnede hensyn. Samtidig vil det i konkrete situasjoner der man står foran den enkelte pasient og bruker, være etisk uforsvarlig ikke å legge vekt på særlige forhold hos den enkelte. Lønning II-utvalget understreket at beslutninger på de to nivåene ikke er uavhengig av hverandre.

5.2 Norheim-utvalget, Magnussen-gruppen og Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjenestes forslag til beslutningsnivåer*

Norheim-utvalget skriver at et hovedskille mellom ulike prioriteringssituasjoner er hvilket nivå de befinner seg på. De skriver videre at det mest grunnleggende skillet er mellom et ledelsesnivå, bredt definert, og et klinisk nivå (s. 113):

På ledelsesnivå styrer og administrerer ulike aktører helsetjenesten uten å møte den enkelte

pasient, og på dette nivået vil hver enkelt vurdering og hvert enkelt tiltak normalt gjelde grupper av individer. Prioriteringsvurderinger på ledelsesnivå har typisk følgende kjennetegn: hvert av de aktuelle tiltakene er rettet mot grupper; enkeltindividene som blir påvirket av tiltaket, er ukjent for beslutningstakeren; og tiltakene kan først iverksettes på noe lengre sikt. Ledelsesnivået kan deles inn på flere ulike måter. Man kan blant annet skille mellom et politisk og et administrativt nivå og mellom et nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. På ledelsesnivå finner vi enhetsledere på sykehus og i helseforetak og aktører med nasjonalt ansvar, som Helse- og omsorgsdepartementet, Helse- og omsorgsdirektoratet og Statens legemiddelverk. I det nasjonale systemet for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten tas det også beslutninger med nasjonalt gyldighetsområde.

På klinisk nivå møter helsepersonell den enkelte pasient, og på dette nivået er normalt hver enkelt vurdering og hvert tiltak hovedsakelig rettet mot et enkelt individ. Prioriteringsvurderinger på klinisk nivå har typisk følgende kjennetegn: minst ett av de aktuelle tiltakene er rettet mot et enkeltindivid, minst ett av individene er kjent for beslutningstakeren, og tiltakene kan iverksettes raskt.

Magnussen-gruppen foreslo tilsvarende en kategorisering på tre beslutningsnivåer (ss. 16–18):

- a. Klinisk praksis
- b. Administrative beslutninger i helsetjenesten. Magnussen-gruppen skiller her mellom to typer administrative beslutninger:
 - a. Beslutninger om ressursallokering på ulike nivåer i tjenesten gjennom budsjettprosesser og løpende virksomhetsstyring. Beslutningstakere er styrer og ledere på ulike nivåer i sykehusene og kommunene
 - b. Beslutninger i nasjonale beslutningssystemer for prioritering, dvs. system for innføring av nye metoder i de regionale helseforetakene (Beslutningsforum), og Legemiddelverkets vurdering av søknader om opptak av legemidler i blåreseptordningen
- c. Politiske vedtak. Prioritering gjennom politiske vedtak styrer fordelingen av ressurser mellom pasientgrupper. Beslutningstakere for disse prioriteringene er Stortinget, kommuner og Helse- og omsorgsdepartementet.

Departementet bygget i Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* videre på katego-

riseringen i rapporten fra Magnussen-gruppen. I meldingen foreslås det at prinsippene for prioritering drøftes ut i fra følgende beslutningssituasjoner:

1. beslutninger på klinisk nivå
2. beslutninger på gruppenivå
3. beslutninger på administrativt nivå
4. beslutninger på politisk nivå

Beslutninger på klinisk nivå ble beskrevet som beslutninger der helsepersonell møter den enkelte pasient. Beslutningssituasjonene er typisk kjennetegnet ved at tiltaket er rettet mot enkeltindivid, tiltakene kan iverksettes relativt raskt, individene er kjent for beslutningstakerne og beslutningstakeren kan ha mye informasjon om de berørte individene, som for eksempel tidligere sykdomshistorie og legemiddelbruk. I tillegg vil beslutningstakeren ofte ha informasjon om preferansene, ønskene og den sosiale eller familiære situasjonen til den aktuelle pasienten. Brukermedvirkning er et viktig hensyn i beslutningssituasjoner på klinisk nivå. Beslutningssituasjonene er videre kjennetegnet av at helsepersonellens valgmuligheter ofte er begrenset av eksisterende kapasitet.

Beslutningssituasjoner på gruppenivå ble definert som beslutninger som i hovedsak fattes i nasjonale beslutningssystemer. Eksempler på dette er Beslutningsforum for nye metoder og Statens legemiddelverks vedtak om opptak av legemidler i blåreseptordningen. Beslutningssituasjoner på gruppenivå kjennetegnes normalt av andre faktorer enn på klinisk nivå. Disse beslutningene handler om prioriteringer mellom pasientgrupper og sykdommer. Enkeltindividene som blir påvirket av beslutninger er som regel ukjent for beslutningstakeren. Prioriteringsbeslutninger på gruppenivå er ofte basert på total- og gjennomsnittsverdier for en pasientgruppe som helhet.

Administrative beslutninger om fordeling av ressurser ble i Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* beskrevet som prioriteringsbeslutninger som fattes på ulike nivåer i spesialisthelsetjenesten, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den sentrale helseforvaltningen. Beslutninger kan omfatte løpende drift, fordeling av budsjettammer og investeringer som betyr noe for tilbudet til ulike pasientgrupper. Typiske kjennetegn ved disse beslutningene er de samme som for beslutningssituasjoner på gruppenivå.

Politiske beslutninger om fordeling av ressurser vil særlig komme til uttrykk gjennom Stortingets budsjett- og lovvedtak, vedtak fattet av

kommunestyrene og gjennom innretningen av styringsdokumenter til helseregionene.

5.3 Blankholm-utvalgets forslag til beslutningsnivåer

Blankholm-utvalget ble i sitt mandat bedt om å redegjøre for hvor beslutninger treffes og hvem som foretar hvilke beslutninger. Inndelingen i Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helse-tjeneste* skulle legges til grunn.

Blankholm-utvalget støtter seg på inndelingen som gjøres i Magnussen-gruppen og i Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste*. Utvalget skriver (s. 78):

I den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan det tilsvarende skilles mellom ulike beslutningsnivåer, og utvalget mener, i tråd med Magnussen-gruppen og Meld. St. 34 (2015–2016) at prinsipper for prioritering for den kommunale helse- og omsorgstjenesten bør drøftes ut fra følgende beslutningsnivåer:

- faglig nivå
- administrativt nivå
- politisk nivå

5.3.1 Beslutninger på faglig nivå

Utvalget anbefaler å bruke faglig nivå fremfor klinisk nivå i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Argumentet er at faglig nivå tar hensyn til det sammensatte behovet brukerne i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ofte har, og omfatter derfor mer enn det rent kliniske/medisinske. Utvalget vurderer også begrepet «individuell» nivå, men argumenterer med at ikke alle beslutninger eller tiltak retter seg mot enkeltindivider.

Beslutningstakere på faglig nivå er helsepersonell i alle deler av helse- og omsorgstjenesten. På dette nivået møter helsepersonell både den enkelte pasient/bruker, for eksempel fastlegens møte med den enkelte pasienten og grupper av brukere, eller når helsesykepleier og tannpleier driver helseopplysning og veiledning for skoleklasser.

Beslutningene på dette nivået handler blant annet om hvorvidt det skal gis helsehjelp, hvilken type helsehjelp pasienten/brukeren bør få eller hvor lenge pasienten/brukeren kan vente før det igangsettes et tiltak. Videre handler det om prioriteringer mellom pasienter og brukere.

Utvalget anbefaler videre å sortere tildelings-/vedtakskontor inn under faglig nivå, fordi tildeling

av tjenester er «faglig begrunnede beslutninger som angår enkeltindivider».

Videre velger utvalget å føye til pårørende under faglig nivå: «Pårørende besitter ofte informasjon om pasient/bruker som kan være av betydning når det skal fattes vedtak eller besluttes om en behandling skal igangsettes eller avsluttes».

Blankholm-utvalget sorterte beslutningssituasjoner på faglig nivå inn i:

- når pasienten har akutt behov for hjelp
- vurderinger av om pasient og bruker skal ha vedtak om tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester
- vurderinger i helsepersonells møte med pasienter og brukere
 - prioritering på individuelt nivå
 - prioritering mellom pasienter og brukere

Det vises til kapittel 9.6.1 for nærmere omtale av beslutningssituasjoner på dette nivået.

5.3.2 Beslutninger på administrativt nivå

Utvalget omtaler administrative beslutninger slik (s. 79):

Administrative beslutninger er prioriteringsbeslutninger som fattes av ledere på ulike nivåer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Beslutninger kan omfatte løpende drift, fordeling av budsjettammer og ressurser, og vurdering av nye måter å levere tjenester på innen et område. Administrative beslutninger krever en faglig forståelse av tjenestens innhold, men vil alltid ha en grupperettet tilnærming hvor man må prioritere mellom forskjellige tiltak og målgrupper.

5.3.3 Beslutninger på politisk nivå

Politiske beslutninger i kommunen skjer på to nivåer: nasjonale politiske beslutninger og lokalpolitiske beslutninger. Beslutningstakere i nasjonale politiske beslutninger er regjering og Stortinget. Beslutningstakere i lokalpolitiske beslutninger er politikere i kommunestyret. Beslutninger fattet på nasjonalt politisk nivå vil legge rammer for prioriteringene i kommunene. Stortinget fastsetter rammebetingelser og fordeler midler til helse- og omsorgstjenesten og kommunene gjennom lovvedtak og bevilgninger. I kommunestyret fattes vedtak om strategiske valg og hvordan midler til de ulike sektorene i kommunen fordeles.

5.3.4 Beslutninger i tannhelsetjenesten

Blankholm-utvalget understreker at beskrivelsen av beslutningsnivåer også vil være gjeldende for den offentlige tannhelsetjenesten, der tannhelsepersonell, fylkeskommunale ledere, fylkesrådmann og fylkesting vil være beslutningstakere i fylkeskommunen.

5.4 Departementets vurdering

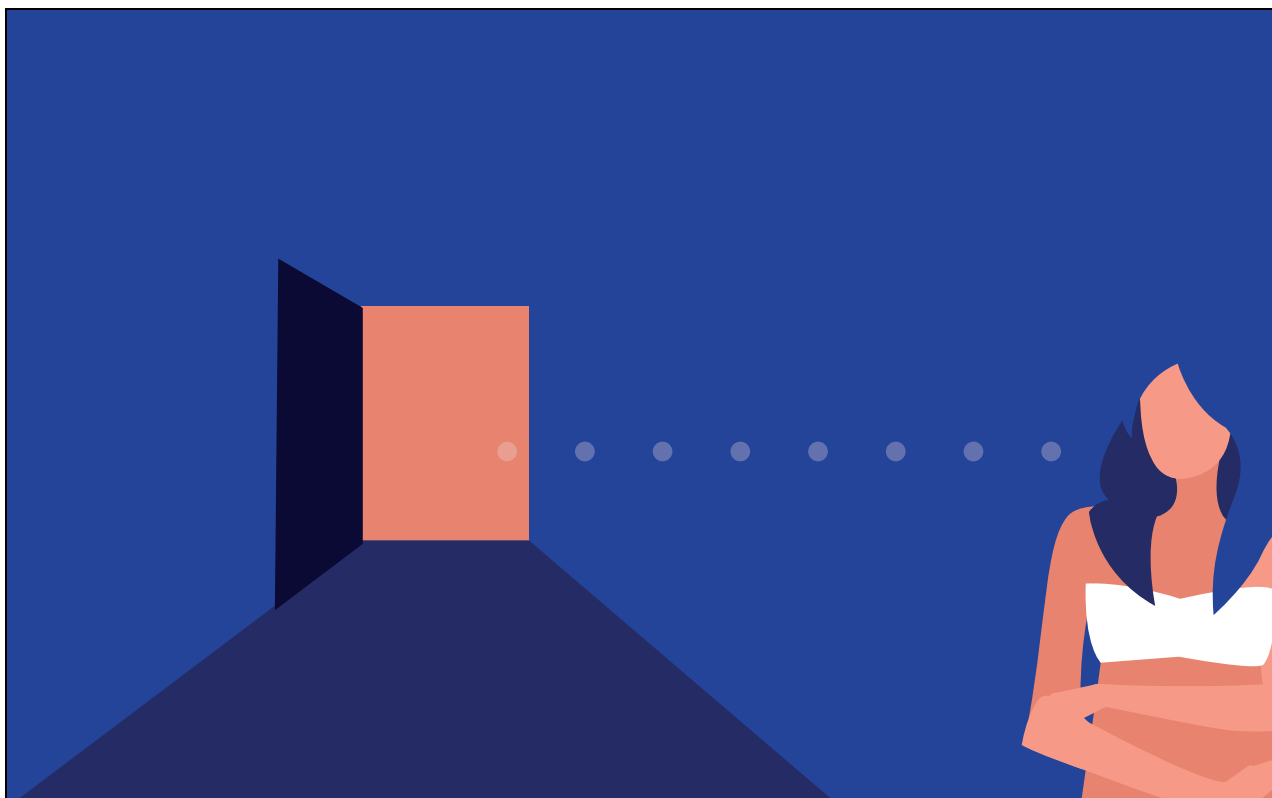
Departementet deler Blankholm-utvalgets vurdering om at den kommunale helse- og omsorgstjenesten må ta hensyn til de sammensatte behovene brukerne i denne delen av tjenesten ofte har. Dette er imidlertid, etter departementets syn, rommet av prioriteringer som gjøres på klinisk nivå. Departementet mener videre at begrepene må være gjennomgående i hele helse- og omsorgstjenesten. Departementet mener derfor at klinisk nivå skal brukes også for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester.

Departementet mener videre at begrepsbruken knyttet til beslutningsnivåene må være gjennomgående. Blankholm-utvalget peker ikke særskilt på gruppenivået som et nivå for prioritering i

den kommunale helse- og omsorgstjeneste eller tannhelsetjenesten. Gruppenivå er definert i Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helse-tjeneste*, som beslutninger som i hovedsak fattes i nasjonale beslutningssystemer. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten er det i dag ingen systematisk bruk av metodevurderinger og kunnskapsoppsummeringer som grunnlag for prioriteringsbeslutninger, slik som tilfellet er i spesialisthelsetjenesten. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil det derfor være den enkelte kommune som fatter beslutninger på gruppenivå (se kapittel 9.6 Anvendelse av kriteriene på de ulike tjenestenivåene for nærmere drøfting av dette).

Det er i dag ikke aktuelt å innføre nasjonale beslutningssystemer for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og offentlig finansierte tannhelsetjenester. I kapittel 8.3.1 redegjøres det for utviklingen av et kunnskapsstøttesystem for kommunale helse- og omsorgstjenester. Formålet med et kunnskapsstøttesystem for kommunale helse- og omsorgstjenester er å gi kommunene et bedre grunnlag for å kunne ta beslutninger i tråd med prioriteringskriteriene. Et mål om bedre beslutningsstøtte og kunnskapsgrunnlag, er samtidig ikke i konflikt med det kommunale selvstyret.

6 Gjeldende prinsipper for prioritering



Figur 6.1

Vurderinger og forslag i Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* og Stortingets behandling av denne, ligger til grunn for dagens prinsipper for prioritering i spesialisthelsetjenesten, for legemidler finansiert over folketrygden og når henvisninger fra primærhelsetjenesten vurderes i spesialisthelsetjenesten. Et viktig anliggende for stortingsmeldingen var å beskrive forholdet mellom verdigrunnlag, prinsipper og virkemidler for prioritering. Meldingen slo fast hvilke prinsipper som skal gjelde for prioritering i helsetjenesten og verdigrunnlaget disse prinsippene er tuftet på.

Stortinget sluttet seg til de tre foreslåtte prioriteringskriteriene i meldingen, samt prinsippene for hvordan disse skal anvendes, jf. Innst. 57 S (2016–2017). I behandlingen av stortingsmeldingen pekte helse- og omsorgskomiteen på at det alltid vil være et gap mellom hva samfunnet har

ressurser til å gjennomføre og hva som er medisinsk mulig. Komiteen var derfor opptatt av prinsipper for prioritering som sikret likebehandling og som bygget på et verdigrunnlag som hadde bred legitimitet i befolkningen og helsesektoren.

6.1 Hva er dagens prinsipper for prioritering?

Prinsippene for prioritering for spesialisthelsetjenesten, for legemidler finansiert over folketrygden og når henvisninger fra primærhelsetjenesten vurderes i spesialisthelsetjenesten omfatter de tre prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet. Prioriteringskriteriene er gitt en tekstlig beskrivelse til bruk i prioriteringsbeslutninger på klinisk nivå, og en kvantitativ form til bruk i metodevurderinger i prioriterings-

beslutninger på gruppenivå. De samlede prinsippene for prioritering omfatter videre en avgrensning av hvilken nytte og ressursbruk som skal vektlegges i prioriteringsbeslutninger og en beskrivelse av hvordan kriteriene skal veies sammen.

De samlede prinsippene for prioritering for spesialisthelsetjenesten, for legemidler finansiert over folketrygden og når henvisninger fra primærhelsetjenesten vurderes i spesialisthelsetjenesten er som følger:

Hovedkriterier for prioritering:

- Tiltak i helsetjenesten skal vurderes ut fra tre prioriteringskriterier: nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet. Nyttekriteriet og alvorlighetskriteriet gis en beskrivelse til bruk på klinisk nivå og en kvantitativ form til bruk i metodevurderinger på gruppenivå.

Kriteriene til bruk på klinisk nivå:

Nyttekriteriet

Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at helsehjelpen kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for:

- overlevelse eller redusert funksjonstap
- fysisk eller psykisk funksjonsforbedring
- reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag

Ressurskriteriet

Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på.

Alvorlighetskriteriet

Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra:

- risiko for død eller funksjonstap
- graden av fysisk og psykisk funksjonstap
- smerter, fysisk eller psykisk ubehag

Både nå-situasjonen, varighet og tap av framtidige leveår har betydning for graden av alvorlighet. Gradene av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med helsehjelp.

Kvantifisering av kriteriene til bruk i metodevurderinger på gruppenivå:

- Nytte skal måles som gode leveår.

- Alvorlighet skal kvantifiseres gjennom å måle hvor mange gode leveår som tapes ved fravær av den behandlingen som vurderes, dvs. absolutt prognosetap.
- Ved vurderinger av forebyggende tiltak skal alvorlighet som utgangspunkt beregnes for de som hadde fått sykdommen ved fravær av tiltaket.
- Kvalitetsjusterte leveår (QALY) skal i tråd med dagens praksis brukes som et uttrykk for gode leveår.

Avgrensning av hvilken nytte og ressursbruk som skal vektlegges i prioriteringsbeslutninger:

- Helseforbedringer for pårørende kan i relevante tilfeller telles med i beregning av nytte.
- Konsekvenser av helsehjelp for pasientens framtidige produktivitet skal ikke tillegges vekt.
- All relevant ressursbruk i helsetjenesten skal så langt som mulig tas hensyn til.
- Effekter på ressursbruk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten utløst av tiltak i spesialisthelsetjenesten skal tas hensyn til i metodevurderinger på gruppenivå.
- Pasientens tidsbruk knyttet til gjennomføring av helsehjelpen skal tas hensyn til.
- Konsekvenser av helsehjelp for pasienters framtidige forbruk av offentlige tjenester og mottak av stønader/pensjoner skal ikke tillegges vekt.

Sammenveining av kriteriene på gruppenivå:

- Prioriteringskriteriene skal vurderes samlet og veies mot hverandre. Jo mer alvorlig en tilstand er eller jo større nytte et tiltak har, jo høyere ressursbruk kan aksepteres. Lav alvorlighet og begrenset nytte av et tiltak kan bare forsvares hvis ressursbruken er lav.
- Norheim-utvalget og Magnussen-gruppens anslag på alternativkostnad legges til grunn for prioriteringsbeslutninger på gruppenivå, dvs. 275 000 kroner per gode leveår.
- Et tiltak skal vurderes opp mot tiltakets alternativkostnad, dvs. nytten for andre pasienter som ellers kunne ha vært realisert med de samme ressursene. Det skal i tråd med dagens praksis beregnes en kostnad-effektbrøk som vurderes opp mot alternativkostnaden.
- Kostnad-effektbrøken skal vektles med alvorligheten. For å bli tatt i bruk skal et tiltak tilføre mer nytte per krone, justert for alvorlighet, enn tiltaket fortrenger. Svært alvorlige tilstander

kan tillegges en høy vekt, moderat alvorlige tilstander en moderat vekt og lite alvorlige tilstander en lav vekt. Jo mer alvorlig en tilstand er, jo høyere kostnad-effektbrøk aksepteres. Dagens praksis gir et rimelig uttrykk for samfunnets vektlegging av høy alvorlighet i beslutninger på gruppenivå.

- Som grunnlag for prioriteringsbeslutninger på gruppenivå skal det gjennomføres en metodevurdering i tråd med prinsippene for prioritering.
- Basert på metodevurderinger skal skjønnsmessige vurderinger inngå i en totalvurdering av tiltak. Dette er særlig knyttet til vurderinger av:
 - kvalitet og usikkerhet ved dokumentasjon. Stor usikkerhet knyttet til dokumentasjon og beregningsmetoder skal, alt annet likt, gi lavere prioritet.
 - samlede budsjettkonsekvenser av et tiltak.
- Ved vurdering av tiltak rettet mot små pasientgrupper med alvorlig tilstand hvor det er vanskelig å gjennomføre kontrollerte studier av effekt, kan et lavere krav til dokumentasjon aksepteres.
- Ved vurdering av tiltak rettet inn mot særskilt små pasientgrupper med svært alvorlig tilstand, eksempelvis barn med medfødte genetiske sykdommer, der det ofte ikke finnes god dokumentasjon av nytten, kan det aksepteres høyere ressursbruk enn for andre tiltak.

6.2 Hvordan anvendes prinsippene for prioritering i dag?

Kriteriene for prioritering er relevante på alle beslutningsnivåer i spesialisthelsetjenesten, for legemidler finansiert over folketrygden og når henvisninger fra primærhelsetjenesten vurderes i spesialisthelsetjenesten. Det varierer imidlertid hvordan de kommer til uttrykk i regelverk, faglige beslutningsstøtteverktøy og i konkrete beslutningssituasjoner. Kriteriene er forankret i lovverket gjennom spesialisthelsetjenesteloven, prioriteringsforskriften, legemiddelforskriften og blåreseptforskriften.

I Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* skilte man mellom fire ulike beslutningsnivåer hvor prinsippene for prioritering er relevante: klinisk nivå (helsetjenestens møte med pasienten), gruppenivå (vurderinger om innføring av nye metoder, jf. de regionale helseforetakene og Statens legemiddelverks beslutninger om dette), administrativt nivå (ledere og styrer i

helsetjenesten) og politisk nivå (departementer, kommunestyre og Stortinget).

Prioriteringskriteriene skal vurderes samlet og de skal veies mot hverandre. Jo mer alvorlig en tilstand er eller jo høyere nytte et tiltak har, jo høyere ressursbruk kan aksepteres. Hvordan kriteriene i praksis veies mot hverandre varierer mellom ulike beslutningssituasjoner.

På klinisk nivå vil kriteriene typisk understøtte beslutninger om det skal gis helsehjelp, hvilken type helsehjelp pasienten bør få eller hvor lenge pasienten kan vente før behandlingen gis. Ved vurdering av rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten vurderes kriteriene formelt. Når helsehjelpen er startet opp vil klinikerne ut fra sitt faglige skjønn fortløpende gjøre vurderinger av pasientens behov for behandling og oppfølging. Når pasienten har akutt behov for helsehjelp (øyeblikkelig hjelp) foretas ingen formell vurdering av rett til nødvendig helsehjelp.

I vurderinger på gruppenivå skal det tas utgangspunkt i at helsetjenesten må fordele en ramme som i hovedsak er gitt. Tiltak på gruppenivå må derfor vurderes opp mot tiltakets alternativkostnad, dvs. nytten for andre pasienter som ellers kunne ha vært realisert med de samme ressursene. Det skal beregnes en kostnad-effektbrøk som vektet med alvorlighetsgraden. For å bli tatt i bruk skal et tiltak tilføre mer nytte per krone, justert for alvorlighet, enn tiltaket fortrenger. Svært alvorlige tilstander kan tillegges en høy vekt, moderat alvorlige tilstander en moderat vekt og lite alvorlige tilstander en lav vekt. Jo mer alvorlig en tilstand er, jo høyere kostnad-effektbrøk kan aksepteres. Det er de regionale helseforetakene og Statens legemiddelverk som fatter beslutninger på gruppenivå om henholdsvis innføring av legemidler og metoder i spesialisthelsetjenesten og legemidler i blåreseptordningen. Disse beslutningene baseres på metodevurderinger der kriteriene er kvantifisert i tråd med prinsippene for prioritering.

Prinsippene for prioritering er relevante også på administrativt og politisk nivå. Ledere og styrer på ulike nivåer i helsetjenesten treffer beslutninger om løpende drift, fordeling av budsjettammer og investeringer som betyr noe for tilbudet til ulike pasientgrupper. Stortinget, regjeringen og kommunestyrene fordele midler til helse- og omsorgstjenesten og fastsetter lover og forskrifter som har betydning for prioritering. Beslutninger må gjøres innenfor de til enhver tid gjeldende finansieringssystemer og rammer som Stortinget fastsetter i de årlige budsjettene.

For å understøtte ønsket prioritering må prinsippene for prioritering reflekteres i relevante

virkemidler på ulike nivåer. I Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* ble det varslet en rekke utviklingsarbeid som skulle bidra til at virkemidlene for prioritering er innrettet i samsvar med prinsippene for prioritering.

6.3 Oppfølgingen av Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste*

Det er gjennomført flere arbeider i etterkant av Stortingets behandling av Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste*, for å sikre samsvar mellom virkemidler og prinsipper for prioritering. Nedenfor beskrives noen viktige arbeider på dette området.

Det er gjort språklige tilpasninger i prioriteringsforskriften i tråd med de vedtatte kriteriene for prioritering. Det er gjort endringer i regelverket for legemidler finansiert over folketrygden i tråd med de vedtatte prinsippene for prioritering.

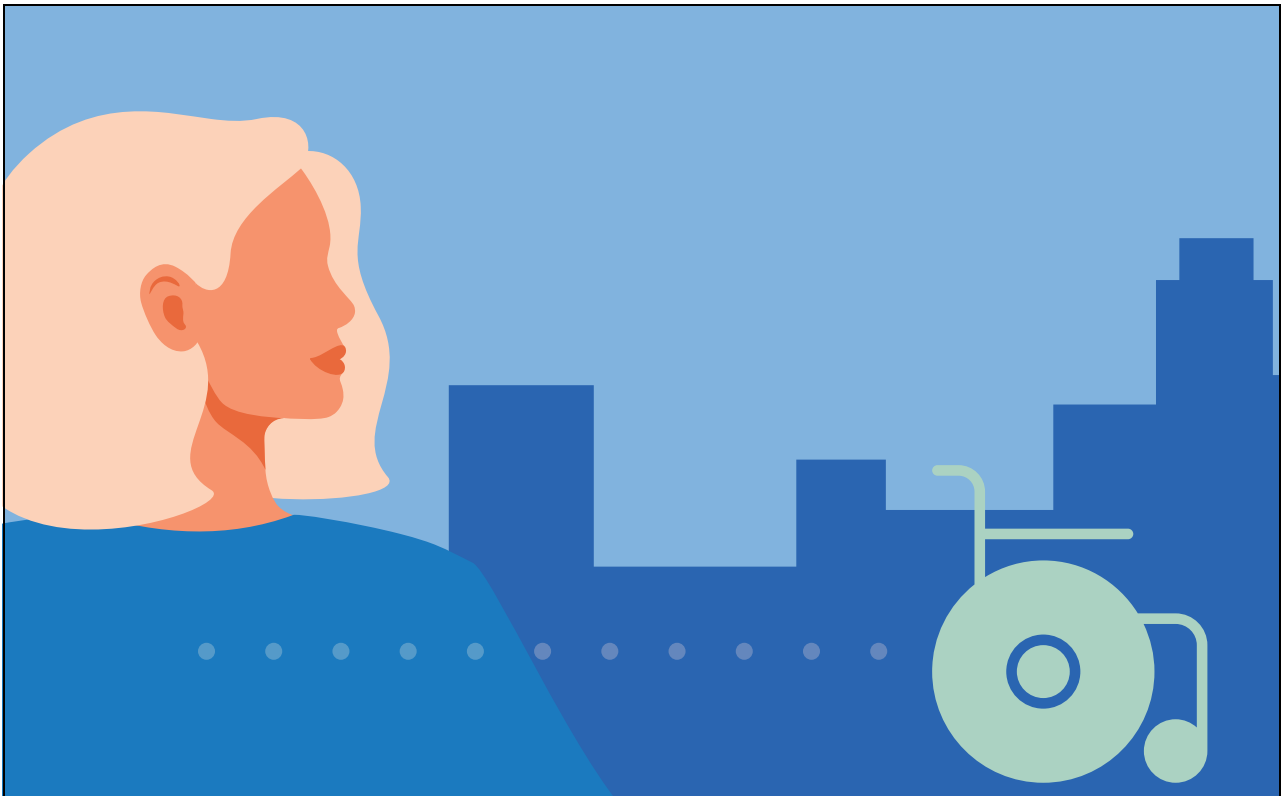
Statens legemiddelverk, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og de regionale helsefore-

takene har utredet hvordan prinsippene for prioritering kan konkretiseres og operasjonaliseres i metodevurderinger på gruppenivå, herunder både skjønnsmessige vurderinger og for særskilt små pasientgrupper med svært alvorlig tilstand. Retningslinjer for metodevurderinger er oppdatert slik at disse bygger på prinsippene for prioritering.

Gjennom Stortingets behandling av Prop. 55 L (2018–2019) er det lovfestet at de regionale helseforetakene skal sørge for et felles system som tar stilling til hvilke metoder som skal tilbys i spesialisthelsetjenesten.

Gjennom Stortingets behandling av Prop. 55 L (2018–2019) er det videre lovfestet at de regionale helseforetakene skal innrette sitt tjenestetilbud i tråd med prioriteringskriteriene, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a andre ledd. Formålet med lovfestingen er å tydeliggjøre at kriteriene for prioritering skal ligge til grunn for prioritering i spesialisthelsetjenesten generelt.

7 Forskjeller mellom tjenestenivåene



Figur 7.1

Blankholm-utvalget fikk i mandat å beskrive de viktigste forskjellene og likhetene i prioriteringsutfordringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Utvalget understreker at mye er likt når det gjelder prioriteringsutfordringene i de to sektorene. Beslutningstakere både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten må ofte ta vanskelige beslutninger som handler om å prioritere mellom ulike brukere og pasienter.

Ressurser fordeles mellom ulike formål, enten det dreier seg om et begrenset antall sengeplasser på sykehus eller sykehjem, eller om prioritering av pasienter i triage på sykehus eller kommunal legevakt. Eksempelvis er det liten forskjell mellom å måtte prioritere hvilke pasienter som skal få tilgang til en seng på intensivavdelingen i et sykehus og å måtte prioritere hvem som skal få tilbud om heldøgns omsorg i kommunen. Spørsmålene

er de samme: Hvem har mest nytte av tilbudet? For hvem har det størst konsekvenser å ikke få et tilbud? Hva er alternativene?

Videre er verdigrunnlaget, yrkesetikken og de rettslige kravene for en forsvarlig utøvelse av tjenestene i all hovedsak gjennomgående for hele helse- og omsorgstjenesten.

Til tross for mange likheter mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene, den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, så er det også ulikheter. Ulikhetene kan i denne sammenhengen deles inn i to:

- De overordnede forskjellene mellom nivåene, som dreier seg om styringslinjene, hvordan pasienten/brukeren får tilgang til tjenestene, finansieringssystemet samt innholdet i tjenestene.
- De spesifikke forskjellene i prioriteringssammenheng som gir konsekvenser for prinsippene for prioritering.

7.1 Overordnede forskjeller mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester

Nedenfor redegjøres det kort for de overordnede forskjellene mellom tjenestenivåene knyttet til statlig styring, tilgang til tjenestene og innholdet i tjenestene.

7.1.1 Forskjeller i statlig styring

Rammebetingelsene som ligger til grunn for beslutninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten er ulike. Stortinget fastsetter hvor mye ressurser som skal gjøres tilgjengelig for spesialisthelsetjenesten gjennom budsjettvedtak. Staten, ved Helse- og omsorgsdepartementet, eier helseforetakene. Styringen av helseforetakene skjer gjennom en kombinasjon av eierstyring og oppgavestyring av spesialisthelsetjenesten. Eierstyringen skjer gjennom fastsetting av vedtekter, oppnevning av styremedlemmer og vedtak i foretaksmøter. Departementets oppgavestyring skjer gjennom oppdragsdokumentet, der staten setter vilkår for tildeling av bevilgningen.

Kommuner er selvstendige rettssubjekter og statlig styring må skje gjennom lov, forskrift eller budsjettvedtak i Stortinget. Hovedprinsippet for den statlige styringen av kommunesektoren er juridisk og økonomisk rammestyring. Rammestyring gir kommuner og fylkeskommuner handlingsrom slik at de kan fordele økonomiske ressurser og prioritere mellom de ulike tjenestemålene de har ansvar for. Juridisk rammestyring betyr at kommunene får handlefrihet ved gjennomføring av lovpålagte oppgaver, blant annet slik at de beholder en fleksibilitet til å se behov på tvers og samordne tjenester til innbyggerne. Nærheten til lokalsamfunnet gir politikerne god kjennskap til kommunens behov og utfordringer og gir dem mulighet til å tilpasse tjenestene etter befolkningens sammensetning og behov.

Det kommunale selvstyret er et grunnleggende prinsipp for statlig styring av landets kommuner og har lenge vært en del av samfunnsordningen i Norge. Det kommunale selvstyret handler grunnleggende sett om kommunens rett til å styre seg selv. Innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten innebærer prinsippet blant annet at man legger befolkningssammensetningen og innbyggernes behov til grunn når kommunen planlegger og dimensjonerer sine tjenester.

Variasjon kan med andre ord være uttrykk for ulike preferanser hos pasient og/eller behandler,

eller det kan være resultatet av at behandlingen tilpasses til pasientenes individuelle forutsetninger. I lys av det kommunale selvstyret vil kommuner også innrette, utvikle og satse på ulike tjenestetilbud for å ivareta befolkningens behov innenfor rammen av det lovpålagte kravet om å tilby de som oppholder seg i kommunen nødvendige og forsvarlige tjenester. Variasjon mellom kommuner er en konsekvens av det kommunale selvstyret og vil ofte derfor også være ønsket og berettiget.

7.1.2 Tilgangen til tjenestene

En ulikhet som ikke har konsekvenser for *innretning eller utformingen* av prioriteringskriteriene, men som vil kunne gi konsekvenser for den *praktiske anvendelsen* av kriteriene, er hvordan pasient/bruker får tilgang til tjenestene.

Tilgangen til spesialisthelsetjenesten går som regel enten gjennom en henvisning fra en behandler på primærnivå til spesialisthelsetjenesten eller ambulansetransport direkte til sykehus ved akutt-situasjoner. I de tilfellene hvor pasienten henvises er det allerede gjort en vurdering av om pasienten vil ha nytte av spesialisthelsetjenester før man blir henvist til spesialisthelsetjenesten, og om pasienten må innlegges som øyeblikkelig hjelp eller kan henvises med annen hastegrad. For pasienter som ikke blir henvist som øyeblikkelig hjelp, gjøres en medisinsk vurdering av rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, og det settes en frist for når helsehjelpen senest skal startes. Prioriteringsveilederne fungerer som beslutningsstøtteverktøy i disse situasjonene.

Blankholm-utvalget skriver (s. 109):

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten er en førstelinjetjeneste. Et vesentlig poeng i denne delen av tjenesten er at terskelen for å ta kontakt med for eksempel fastlege eller helsestasjon *skal* være lav. I motsetning til i spesialisthelsetjenesten vil kriteriene bare i begrenset grad benyttes i vurdering av pasientens rett til kontakt med tjenesten. Selv om terskelen for å oppsøke tjenesten er lav, vil kriteriene allikevel kunne anvendes når helse- og omsorgspersonell skal vurdere hvem som har behov for rask tilgang, og hvem som kan vente noe lenger. I omsorgstjenestene og innen rehabilitering vil det imidlertid i mange tilfeller skje en prioritering ved at det gjøres en vurdering av brukerens behov og funksjonsnivå før det fattes vedtak om det skal iverksettes tiltak. Kriteriene vil da, etter utvalgets mening, ha større relevans.

Boks 7.1 Rekkefølge på pasientene hos fastlegen, tannlegen eller legevakt

Valg av rekkefølgen på pasienter og brukere, innebærer prioriteringsmessige vurderinger og beslutninger. Hvis for eksempel en fastlege samtidig står overfor flere pasienter med ulike øyeblikkelig hjelp-tilstander, må de behandles i en rekkefølge der nytte av tiltaket og tilstandens alvorlighet er vurderingskriteriene.

Utvalget skriver videre (s. 110):

En fastlege eller en helsesøster kan ikke si *nei* til individer som ber om hjelp, men de kan organisere virksomheten sin slik at tilgangen blir lettere for de med størst (forventet) nytte og høyest (antatt) grad av alvorlighet. Dette innebærer at fastlegen må vurdere fordeling av sin arbeidstid mellom øyeblikkelig hjelp og planlagte konsultasjoner. Videre må fastlegen når det kommer henvendelser gjøre en vurdering av den forventede nytten av tiltaket og hvor alvorlig det vil være for pasienten om tiltaket ikke tilbys, alternativt utsettes til et

senere tidspunkt. Det følger av fastlegeforskriften § 21 at fastlegen skal prioritere sine listeinnbyggere etter «haste- og alvorlighetsgrad». Utvalget mener at den beskrivelsen som er gitt av alvorlighet, må legges til grunn for fastlegens vurdering av haste- og alvorlighetsgrad.

Alle kan fritt oppsøke fastlege og legevakt uten nærmere henvisning. Dersom man ønsker time hos fysioterapeut, får man dette ved direkte henvendelse til fysioterapeuten. Men legen eller fysioterapeuten kan gjøre en vurdering med hensyn til hvem som skal få tilbud først og hvem som kan vente.

For personer med rett til nødvendig tannhelsehjelp plikter fylkeskommunen å sørge for regelmessig og oppsøkende tannhelsehjelp. Det betyr at personer med rettigheter etter tannhelse- tjenesteloven ikke selv trenger å ta initiativ for å avtale time for tannhelseundersøkelse, med mindre det er behov for akutt hjelp eller særskilt behov for konsultasjon.

I noen tjenester har ikke prioriteringskriteriene betydning for tilgangen til tjenestene. Dette gjelder særlig for helsestasjons- og skolehelse- tjenesten, men også for barn og unges tilgang til den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Disse tjenestene jobber utpreget proaktivt og oppsøkende. Alle barn kalles regelmessig inn til tannhelsesjekk i den fylkeskommunale tannhelse-

Boks 7.2 Prioriteringsnøkkel for fysio- og ergoterapi praksis

Nettverk for de ti største kommunene i Norge (ASSS) har utarbeidet prioriteringsnøkkel i fysioterapi- og ergoterapi praksis for hjelp til å prioritere hastegrad av henvendelser til tjenesten. Prioriteringsnøkkelens har som formål å hjelpe tjenesten til å håndtere situasjoner med stor pågang og høyt antall henvisninger. Dersom prioritering overlates til den enkelte aktør vil det bli lite forutsigbarhet for samarbeidspartnere og brukere, og ulik tilgang på tjenester basert på personlig skjønn. Prioriteringsnøkkelens ser slik ut:

1. Rask intervensjon vurderes å ha særlig stor betydning for brukerens funksjonsnivå, lindring og livskvalitet. Eksempel: Nyopererte, nyoppstått nevrologisk skade eller personer med kort forventet levetid/i terminalfasen.
2. Tidlig intervensjon vurderes å ha stor betydning for å sette brukeren i stand til å gjen-

vinne, utvikle eller opprettholde funksjonsnivå og hindre ytterligere funksjonstap. Eksempel: Personer med akutt sykdom/skade/lidelse, der funksjon eller smertetilstand vil bli vesentlig forverret dersom iverksetting av tiltak utsettes.

3. Intervensjon forventes å ha betydning for brukeren for å forbedre og/eller opprettholde funksjonsnivå og livskvalitet. Eksempel: Personer med begynnende funksjonstap.
4. Intervensjon ansees som hensiktsmessig for bruker, men kan vente. Personer med funksjonsproblemer/kronisk sykdom i stabil fase.

Kommunene angir maksimal ventetid ved hver enkelt intervensjonsgruppe. Mange kommuner har tatt dette verktøyet i bruk.

Boks 7.3 Saksbehandlingsveileder for den kommunale helse- og omsorgstjenesten

I Helsedirektoratets saksbehandlingsveileder for den kommunale helse- omsorgstjenesten¹ vises det til at kontakten med den kommunale helse- og omsorgstjenesten ofte starter med at kommunen blir kjent med at en person har eller kan ha behov for hjelp. Kontakten kan også oppstå på initiativ fra personen selv eller via andre kontaktpunkt i kommunen. Noen henvender seg direkte til kommunens servicetorg eller sender en søknad om tjenester, en pårørende eller nabo kontakter kommunens hjemmebaserte tjenester, hjemmetjenesten oppdager tegn til begynnende demens, eller avdekker et hjelpebehov hos en pasient/bruker. Henvendelsen kan også komme fra fastlegen, fra spesialisthelsetjenesten, fra pasient- og brukerombudet eller andre.

I veilederen vises det til at kommunen plikter å vurdere innkomne henvendelser løpende, og starte utredning og iverksette nødvendige tjenester innen forsvarlig tid, jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 4-1. De fleste kommuner har egne søknadsskjemaer. Kommunen kan imidlertid ikke kreve at folk skal bruke søknadskjema, eller vente med å ta stilling til om hjelpebehovet skal utredes til en formell søknad er mottatt. Kommunen plikter i nødvendig og forsvarlig omfang å følge opp de opplysningene de blir kjent med, i den utstrekning den foreliggende informasjonen gir grunnlag for dette.

¹ Helsedirektoratet: Saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven

tjenesten. Og alle barn og deres familier får regelmessige konsultasjoner i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Men også i disse tjenestene gjør helsepersonell faglige vurderinger med tanke på behov for neste konsultasjon og eventuelt videre oppfølging.

Blankholm-utvalget konkluderer med følgende (s. 75):

Konsekvensen av dette er at de kommunale tjenestene må ha kapasitet til å håndtere første kontakter som, i en del tilfeller, ikke kan begrunnes i et reelt behov for tjenester. For denne typen aktivitet vil avvisning på grunnlag av prioriteringskriteriene ikke være aktuelt.

Videre skriver utvalget at det for andre kommunale tjenester vil være mer naturlig å anvende prioriteringskriteriene i tildeling av tjenester (s. 75): «I omsorgstjenesten vil det i mange tilfeller skje en prioritering ved at det gjøres en vurdering av brukerens behov og funksjonsnivå før vedtak om tiltak fattes».

7.1.3 Innholdet i tjenestene

Mens spesialisthelsetjenesten som regel har hovedfokus på helsehjelpen, må den kommunale helse- og omsorgstjenesten i tillegg til helsehjelp ofte ivareta et bredere sett av behov. Dette kan innebære ivaretagelse av pasientens funksjons-

evne og muligheten for å greie seg selv, tilrettelegging av bolig og omgivelser, samt bistand for å «sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre», jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1.

Mens spesialisthelsetjenesten kan vurdere og eventuelt avvise henvisninger, kan ikke den kommunale helse- og omsorgstjenesten henvise pasienten/brukeren til en annen instans i helse- og omsorgstjenesten. Når spesialisthelsetjenesten melder en pasient utskrivningsklar til kommunen, innebærer det at kommunen overtar ansvaret for den videre oppfølgingen. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten må ivareta alle som har behov for hjelp og støtte, herunder bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, samt å ha en aktiv og meningsfull tilværelse i fellesskap med andre.

7.2 Forskjeller som gir konsekvenser for innretningen av prioriteringskriteriene

Blankholm-utvalget argumenterer for at kriteriene som i dag brukes i spesialisthelsetjenesten også er egnet for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelse-tjenester, men mener det er behov for noen justeringer for å ta høyde for særegenhetene ved den

kommunale helse- og omsorgstjenesten og offentlig finansierte tannhelsetjenester. Utvalget peker på tre prinsipielle forskjeller som de mener får konsekvenser for innretning og anvendelse av kriteriene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for den offentlig finansierte tannhelsetjenesten:

- Kommunens brede samfunnsoppdrag
- Ulike faglige målsettinger
- Ulikheter i forskningsgrunnlaget

7.2.1 Kommunens brede samfunnsoppdrag

Blankholm-utvalget skriver (s. 76):

Både i daglig drift og i planlegging og dimensjonering av tjenestetilbudet vil kommunen måtte vurdere og prioritere ressursbruk på tvers av tjenesteområdene. Økt ressursbruk i én sektor innebærer mindre i en annen. Mens spesialisthelsetjenestens primære utfordring er å prioritere *innen* helsetjenesten vil kommunene både måtte prioritere *mellom* tjenesteområder og *innen* de enkelte områdene.

I denne to-trinns prosessen må kommunene ta hensyn til at innsats og tiltak i én sektor vil kunne ha effekter i en annen sektor. For eksempel kan strøing av fortau medføre færre fall hos eldre og dermed besparelser både i spesialisthelsetjenesten og i helse- og omsorgstjenesten. Tilsvarende kan økt innsats i skolehelsetjenesten bidra til mindre mobbing, bedre trivsel og mindre frafall i skolen.

For beslutningstakere i kommunen betyr dette at man ikke kan betrakte prioriteringsbeslutninger innen helse- og omsorgssektoren isolert fra beslutninger som angår fordelingen mellom helse- og omsorgssektoren og de andre sektorene i kommunen. Det betyr også at man, i motsetning til i spesialisthelsetjenesten, ikke ensidig kan se på effekten av tiltak på det tjenesteområdet tiltaket skjer innenfor. Når kommunene skal vurdere hvilke tiltak som skal igangsettes, vil det i mange tilfeller være naturlig at man også vurderer konsekvenser av tiltakene for andre sektorer.

Departementet anerkjenner den utfordringen kommunene står i når det gjelder å måtte prioritere både mellom sektorer/tjenesteområder i kommunal virksomhet og innad i kommunens helse- og omsorgstjenester. Departementets

vurdering av hvilke ressurser som skal regnes med, drøftes videre i kapittel 9.5 Hvilken ressursbruk og nytte skal telles med.

7.2.2 Ulike faglige målsettinger

7.2.2.1 Mestring

Blankholm-utvalget skriver at spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten i stor grad har ulike faglige målsettinger. Utvalget viser til at spesialisthelsetjenesten i stor grad har fokus på en avgrenset problemstilling eller en enkelt diagnose. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten på sin side, må ofte forholde seg til flere diagnoser/funksjonsnedsettelse hos en og samme pasient/bruker, og ha som målsetting av pasienten skal mestre sin tilstand, og leve godt med den sykdommen og/eller tilstanden man har. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil derfor i større grad måtte ivareta et bredere sett av behov hos pasienten/brukeren, ofte over en lengre tidsperiode. Blankholm-utvalget foreslår derfor å legge til et strekpunkt om mestring i nytte- og alvorlighetskriteriet.

Mestring som en del av prioriteringskriteriene drøftes videre i kapittel 9.2 Mestring som en del av prioriteringskriteriene.

7.2.2.2 Forebygging

I tillegg til mestring peker utvalget på kommunens ansvar for forebygging og helsefremmende arbeid som noe som må reflekteres i de prinsippene som skal ligge til grunn for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten. Alvorlighetskriteriet og forebygging drøftes nærmere i kapittel 10 Særskilt om alvorlighet og forebygging.

7.2.3 Ulikheter i forskningsgrunnlaget

Blankholm-utvalget peker på ulikhetene mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester i forskningsgrunnlaget og systematisk dokumentasjon for tiltak som igangsettes. Utvalget skriver at for mange tiltak som iverksettes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i tannhelsetjenesten finnes det lite systematisk dokumentasjon på effektene. Ulikheter i forskningsgrunnlaget drøftes i neste kapittel.

8 Kunnskapsgrunnlaget for prioriteringsbeslutninger



Figur 8.1

Forskning og kunnskap skal bidra til utviklingen av fremtidens helse- og omsorgstjeneste. Når tiltak skal iverksettes, er kunnskap om effekten av dem grunnleggende for å kunne gjøre gode prioriteringsvurderinger i tråd med kriteriene.

Kunnskapsgrunnlaget for prioriteringsbeslutninger i spesialisthelsetjenesten varierer på tvers av beslutningsnivåer, men målsettingen for alle nivåene vil være å bidra til kunnskapsbasert praksis. Kunnskapsbasert praksis ligger til grunn for forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap.

For prioriteringsbeslutninger i spesialisthelsetjenesten spiller nasjonale faglige retningslinjer og veiledere en viktig rolle, samt metodevurderinger. Metodevurderinger er systematiske vurderinger av dokumentasjon av effekt, sikkerhet og kostnadseffektivitet av tiltak samt synliggjøring av konsekvenser ved beslutninger.

Blankholm-utvalget peker på ulikhetene i forskningsgrunnlaget og systematisk dokumentasjon mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Utvalget argumenterer for at det manglende kunnskapsgrunnlaget for prioriteringsbeslutninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjør det vanskelig å prioritere i tråd med kriteriene. Utvalget skriver (ss. 116–117):

Det finnes mange kilder til kunnskap om den kommunale helse- og omsorgstjenesten og offentlig finansierte tannhelsetjenester i tillegg til beslutningsstøtteverktøy for ulike deler av tjenesten. Likevel er det fortsatt til dels store kunnskapshull. (...) Mangelfull kunnskap om effekten av tiltak er en utfordring med tanke på å ta gode prioriteringsbeslutninger. Utvalget mener at en forutsetning for å kunne ta i bruk

det foreslåtte nyttekriteriet er at man legger til rette for å få mer kunnskap om effekter av tiltak.

Når det er til dels store kunnskapshull om tjenestene og tjenestetilbudene, er det vanskelig å si noe sikkert om effekten og nytten av tiltak som iverksettes. Det er vanskelig å vite hvordan man skal prioritere mellom forebygging og kurativ behandling. Videre er det krevende å vite hvordan man skal prioritere mellom ulike forebyggende og behandlende tiltak. Hvilken innbyrdes rang bør de ulike tiltakene ha? Vi vet ikke om det er tiltak som har større nytte enn andre, og som bør prioriteres opp. Det gjør det vanskelig å vite hva som skal ut, når noe prioriteres inn. Kunnskapsutvikling om effekter av tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er med andre ord viktig som grunnlag for prioriteringer.

Utvalget mener det er behov for å etablere et nasjonalt system for prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsestjenesten, som kan understøtte beslutninger som tas i tjenestene og på administrativt nivå. Utvalget foreslår at det etableres et nasjonalt kompetansemiljø som kommunene kan støtte seg til i praktisk prioriteringsarbeid. Utvalget viser til arbeidet med Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) og HelseOmsorg21.

8.1 Høringsinstansenes syn

Høringsinstansene støtter utvalget i at det i dag mangler kunnskap om effekten av tiltak som iverksettes eller som vurderes iverksatt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og at det er behov for mer forskning. Sykepleierforbundet skriver: «Kommunene mangler i mange sammenhenger et tilfredsstillende kunnskapsgrunnlag». FHI skriver i sitt hørings svar at kriteriene vil fungere best når de kombineres med god dokumentasjon.

Når det gjelder det konkrete forslaget fra utvalget om å etablere et nasjonalt kompetansemiljø, er høringsinstansene noe mer delt. Det blir særlig trukket fram at etableringen av et nasjonalt kompetansemiljø må bygge på etablerte kunnskapsmiljøer og at det må forankres i tjenestene. Blant annet skriver Senter for omsorgsforskning i sitt hørings svar:

Vi mener en slik etablering må bygge på allerede etablerte kunnskapsmiljøer og infrastrukturer

som knytter sammen praksis, forskning og utdanning, som f. eks Senter for omsorgsforskning og Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester i samarbeid med andre kompetansemiljøer.

Sykepleierforbundet er positive til å etablere et nasjonalt kompetansemiljø, men advarer mot at det etableres et eget senter uten forankring i tjenestene.

Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon skriver:

Vi er noe skeptiske til å opprette nytt kompetansemiljø som kommunene kan støtte seg på i praktisk prioriteringsarbeid. Forutsetning for et slikt kompetansemiljø er et behov og at kommunene vil følge det som kommer derfra. Det er allerede i dag en rekke mindre kompetansemiljø som en bør se om kan samordnes og styrkes for å gi slike tjenester.

8.2 Pågående arbeid

En rapport fra NIFU viser en markant økning i forskning relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester.¹ Antallet vitenskapelige artikler har økt med mer enn 60 prosent i perioden 2011–2019. Det samme viser prosjektbanken i Norges forskningsråd. Tall på forskning innen oral helse/tannhelse viser at også her har det vært en økning av publikasjoner i årene 2017–2020.

Departementet vil i det følgende peke på noen pågående arbeider på området.

I 2017 la regjeringen fram en forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet, *Sammen om kunnskapsløft for oral helse – Forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet (2017–2027)*. Strategien vektlegger samarbeid om forskning innen alle aspekter av oral helse og sammenhengen mellom oral helse og øvrig fysisk helse, psykisk helse og livssituasjon.

En del av departementets oppfølging av strategien er etableringen av en nasjonal nettverksgruppe for forskning og innovasjon innen oral helse. Nettverksgruppen bidrar til dialog og samarbeid mellom forskningsaktørene. Blant annet jobbes det med å få på plass en digital plattform

¹ Ole Wiig, Kristoffer Rørstad, Dag W. Aksnes, Eilin Eke-land, Cecilie Aagestad og Morten Stenstadvold (2021): *Forskning og innovasjon rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester Kartlegging av resultater av forskningen og erfaringer fra kommunal sektor*. NIFU-rapport 2020:28

Boks 8.1 Universitetskommunen Trondheim – partnerskap kommune og forskningsmiljø

NTNU og Trondheim kommune inngikk i 2018 et 4-årig pilotsamarbeid om Universitetskommunen TRD3.0. Hensikten er å gi byen og landet en langsiktig tilgang på kunnskap, kompetanse og teknologi av strategisk betydning for utvikling av gode og bærekraftige samfunn. Etter modell fra bruken av betegnelsen universitetssykehus, er det et felles mål å fremme forskning, utdanning og innovasjon som svarer på komplekse samfunnsutfordringer, der kravene til kvalitet og effektivitet er høye. Arbeidet er organisert rundt fem tematiske områder: helse og velferd, oppvekst og utdanning, byutvikling, smartby, og innovasjon og omstilling. Universitetskommunen TRD3.0 er et svar på en økt forventning om

å synliggjøre at forskning er viktig og relevant for innovasjon i offentlig sektor. Samarbeidet mellom NTNU og Trondheim kommune handler om at kommunen tar en tydeligere rolle som premissgiver ved formulering av faglige problemstillinger, om samarbeid på tvers av både fag og tjeneste, om innovativ bruk av teknologi og om utvikling av byen som attraktivt og effektivt levende laboratorium. Erfaringene fra arbeidet bidrar samtidig til utvikling av nye modeller for mer integrert samarbeid mellom byer og universitet. Kunnskap om hva det innebærer å jobbe på denne måten utvikles, demonstreres, evalueres og deles åpent.

for sammenstilling av planlagt, pågående og nylig avsluttet forskningsaktivitet innen fagområdet.

En viktig styrking på forskning og kompetanse innenfor tannhelsefeltet, er de fem regionale odontologiske kompetansesentrene, Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer og Nordisk institutt for odontologiske materialer (NIOM). Rapportering viser en økning i publikasjonspoeng, doktorgrader og i eksterne forskningsmidler. Sentrene har etablert et bredt forskningssamarbeid med institutt-, universitets- og høyskolesektoren. Videre er det flere forskningsnettverk innenfor tannhelse blant annet GERONETT, et forskningsnettverk som skal bidra til å forbedre oral helse hos eldre.

Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021–2027 ble lagt fram i januar 2021. Regjeringens visjon er at klinisk forskning skal være en integrert del av all pasientbehandling. Kommunene har et lovpålagt ansvar for å medvirke til og legge til rette for forskning. Målet er å stimulere til praksisnær forskning og bidra til at tjenestene sprer og tar i bruk ny kunnskap. Forskningen skjer ofte i samarbeid med helseforetak, universiteter og høyskoler. I handlingsplanen pekes det på at helsepersonell i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i større grad bør delta i kliniske studier og bidra i rekruttering til kliniske studier. Videre pekes det på et behov for et løft for kliniske studier for metoder som brukes i de kommunale tjenestene.

I oktober 2020 la regjeringen fram *Kompetanseløft 2025*. Kompetanseløft 2025 er regje-

ringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelse-tjenesten. Målet med Kompetanseløft 2025 er å bidra til en faglig sterk tjeneste, og å sikre at tjenestene har tilstrekkelig og kompetent bemanning.

Kunnskapsbasert tjenesteutøvelse og tjenesteutvikling forutsetter forskning og fagutvikling. Kommunal sektor som forskningsaktører, fagutviklings- og opplæringsarena er ett av de fire strategiske områdene i Kompetanseløft 2025. Tiltakene består blant annet av driftstilskudd til ulike kunnskaps- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten, driftstilskudd til Utviklings-senter for sykehjem og hjemmetjenester, tilskudd til odontologiske kompetansesentre og tilskudd til Senter for omsorgsforskning.

Det framgår av Kompetanseløft 2025 at det er behov for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten tar en mer aktiv rolle som initiativtaker og deltaker i forskning, og som fagutviklings- og opplæringsarena. Kunnskapsbasert tjenesteutøvelse og tjenesteutvikling forutsetter forskning og fagutvikling.

Tiltaksporteføljen i Kompetanseløft 2025 vil videreutvikles i planperioden 2021–2025. Det vil blant annet vurderes å utvikle verktøy som kommunene kan bruke til å identifisere forskningsbehov og etterspørre forskning, samt vurdere virkemidler for økt bruk av kombinerte stillinger mellom klinisk stilling i tjenestene og utdanningsstilling ved universitet eller høyskole. Det vil i

videreutviklingen av Kompetanseløft 2025 være mulig å se på innretningen av eksisterende statlige tiltak på området.

For omsorgstjenestenes del er kunnskapsutvikling et arbeid som fortsatt bærer preg av å være i startfasen, med små miljøer og nyetablerte kommunikasjonskanaler og arenaer. Gjennom Senter for omsorgsforskning og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester er det etablerte systemer og virkemidler som fungerer godt, og som det vil være nødvendig å bygge videre på blant annet i gjennomføringen av Kompetanseløft 2025.

Senter for omsorgsforskning er et nettverk bestående av sentre ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet, Nord universitet, Høgskulen på Vestlandet, Universitet i Agder og NTNU Gjøvik. Senter for omsorgsforskning skal bidra til å styrke praksisnær forskning og utvikling, drive forskningsformidling overfor kommunene og utdanningssektoren og bidra til kompetanseheving i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Senteret har et særlig ansvar for samarbeid med og veiledning av utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester.

Det overordnede samfunnsoppdraget til Utviklingssenter for sykehjem og hjemme-

Boks 8.2 Universitetskommunen Oslo

I Oslo har kommunen og OsloMet inngått en avtale om å gjennomføre pilotprosjektet *Universitetskommunen Oslo*. Prosjektets mål er å utvikle en samarbeidsmodell for blant annet å sikre relevant og oppdatert kunnskap og kompetanse til kommunen gjennom utdanning, praksisplasser, PhD-studier og etter- og videreutdanningstilbud. Videre skal prosjektet bidra med relevant forskerutdanning, forskning og nyskaping innenfor områder som er strategisk viktige for kommunen, samt innovativ, helhetlig og tverrprofesjonell forståelse og løsninger. De to partene har i samarbeid definert oppvekst og utdanning og arbeid og helse som strategiske satsingsområder i prosjektet. Konkrete utviklingsprosjekt innen forskning og utdanning skal utformes i et samarbeid mellom de tre bydelene om inngår i piloten: Bjerke, Grünerløkka og Søndre Nordstrand og OsloMet. Erfaringene fra piloten vil kunne legge grunnlaget for framtidig samarbeid med flere bydeler og kommuner.

Boks 8.3 PraksisNett – forskningsnettverk i primærhelsetjenesten

Det er etablert et forskningsnettverk i primærhelsetjenesten – PraksisNett. Dette legger til rette for raskere og enklere identifikasjon og rekruttering av pasienter til kliniske studier i allmennlegetjenesten. Nettverket består av 90 fastlegepraksiser med over 500 000 pasienter og er et felles initiativ fra allmennmedisinske miljøer ved partnerinstitusjonene. Nettverket består av en tjenestedel og en digital del. Forskere ved organisasjoner, institusjoner og bedrifter med ønske om å forske på data fra pasienter i fastlegepraksis kan søke om bruk av PraksisNett. PraksisNett bidrar i planlegging og rekruttering av pasienter til studien og har fire regionale enheter.

tjenester er å bidra til styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene gjennom fag- og kompetanseutvikling og spredning av ny kunnskap, nye løsninger og nasjonale føringer. Det er totalt 20 utviklingssentre i landet, der én kommune i hvert fylke er vertskommune for ett utviklingssenter.

Kunnskaps- og kompetansesentrene bidrar også med viktig kunnskapsproduksjon og -spredning til kommunene. Særlig innenfor feltene allmennmedisin, omsorgstjenesten, psykisk helse, rus og vold er kompetansesentrene sentrale verktøy for å utvikle ny kunnskap og for å gjøre kunnskapen tilgjengelig for tjenestene. Staten bidrar med over 500 mill. kroner årlig til drift av ulike kunnskaps- og kompetansesentre som helt eller delvis har kommunene som målgruppe.

I planleggingen av tjenester vil tilgang på data og registre være viktig. Eksempler er kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), KOSTRA, Folkehelseprofilene, Folkehelseindikatorene, oppvekstprofilene, Ungdataundersøkelsene, befolkningsundersøkelser som helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT) og Tromsø, samt øvrige regionale befolkningsundersøkelser, Brukerplan, IS-24/8-rapporteringen om kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer og Statistisk sentralbyrås befolkningsframskrivninger.

For å understøtte kommunenes folkehelsearbeid skal statlige myndigheter bidra med kunnskap om folkehelsestanden, og råd og veiled-

Boks 8.4 Fysioprim

Fond for etter- og videreutdanning av fysioterapeuter bevilger midler til ulike forskningsprosjekter innen fysioterapiområdet. Fysioterapi i primærhelsetjenesten (FYSIOPRIM) startet i 2010 og ble avsluttet i 2020. Fysioprim har vært en stor satsing for å styrke fysioterapiforskning i primærhelsetjenesten med bevilgninger på til sammen 57 millioner kroner. Forskningsprogrammet er et samarbeid med Universitetet i Oslo, NTNU og Trondheim kommune. Prosjektet har blant annet hatt som mål å skape ny kunnskap om og for klinisk praksis, etablere metoder og verktøy for systematisk og standardisert registrering av data som er relevant for klinisk praksis og skape grunnlag for varige samarbeidsmiljøer, ved å prøve ut ulike samarbeidsmodeller mellom klinikere i primærhelsetjenesten og forskningsmiljøer.

ning om effektive tiltak. Folkehelseinstituttet (FHI) har ansvar for å utvikle og tilgjengeliggjøre folkehelse- og oppvekstprofiler til kommunene og fylkeskommunene som grunnlag for å kunne rette innsatsen mot utfordringene. Folkehelse- og oppvekstprofilene inneholder nøkkeltall knyttet til befolkning, levekår, miljø, utdanning, levevaner, helse og sykdom.

Det er behov for å styrke folkehelseprofilene med indikatorer for de største risikofaktorene for de ikke-smittsomme sykdommene fra nasjonale og regionale målinger. Det er særlig mangel på indikatorer på kommunenivå om påvirkningsfaktorer som kosthold, fysisk aktivitet og overvekt/fedme. Det skal også arbeides med indikatorer på muskel-skjelettlidelser og psykiske lidelser som kan inngå i folkehelseprofilene. FHI og Helsedirektoratet skal sammen med andre relevante sektorer vurdere behovet for flere aktuelle indikatorer for kommunen om utfordringsbildet og påvirkningsfaktorer.

Departementet viser til betydningen av å utvikle kvalitetsindikatorer. Det vil gi tjenestene mulighet for å kunne sammenligne egen praksis og vurdere iverksetting av forebyggende tiltak. Eksempel på dette er de tre kvalitetsindikatorerne på tannhelsestatus hos barn og unge (se nærmere omtale i boks 8.5 Kvalitetsindikatorer – tannhelsestatus hos barn og unge). Innlandet fylkeskom-

munale tannhelsetjenestene har prioritert forebyggende tiltak overfor barn og unge, noe som kommer fram i resultatindikatorerne for tannhelsestatus i deres barn- og ungepopulasjon.

Mye forskning i, om og for kommunene i UH-sektoren finansieres gjennom midler allokert fra Helse- og omsorgsdepartementet til Norges forskningsråds porteføljeplaner. Helseporteføljen inneholder tematikk knyttet til forskning på helse- og omsorgstjenester, behandling og folkehelse og forebygging. Innenfor alle disse områdene er det de senere årene vært en særlig satsing på forskning rettet mot helse i kommunene. I prioriteringen av helse- og omsorgstjenesteforskning finnes satsingen på blant annet Senter for omsorgsforskning. Det er særlig universitets- og høyskolesektoren som står for forskningen på helse i kommunene. Andre aktører finansierer også forskning i kommunene, eksempelvis allmennt medisinsk forskningsfond, Stiftelsen Dam og Fysioprim.

Boks 8.5 Kvalitetsindikatorer – tannhelsestatus hos barn og unge

Tannhelsehjelp til barn og unge skal bidra til at de får hjelp til å opprettholde et friskt tannsett fram til 20-årsalderen. Dette omfatter både forebyggende tiltak for å unngå sykdom, og behandling av sykdom når den inntreffer. Hjelpen omfatter også nødvendig behandling av medfødte tilstander, slik at alle gis mulighet til å ha et funksjonelt tannsett. Det er tre kvalitetsindikatorer for tannhelsestatus hos barn og unge i Norge. Disse omhandler tannhelse-tilstand og kariesforekomst blant 5-, 12- og 18-åringene. Indikatorerne viser tannhelse-tilstand hos undersøkte i disse årskullene siste år. For å måle tann-tilstand benyttes et mål: DMFT (Decayed, Missing, Filled Teeth). Dette er et mål for summen av antall tenner som har eller har hatt behov for behandling, eller som har gått tapt på grunn av sykdom. Dette gir den fylkeskommunale tannhelsetjenesten mulighet for å følge egen populasjon over tid, samt sammenligne seg med nasjonale resultat. Hensikten er å hindre uønsket variasjon og øke kvaliteten i tjenestene. Åpenhet om kvalitetsindikatorer er viktig for både pasienter, helse-tjenesten og helsemyndighetene. Andelen 5-åringene med friske tenner er et av parametrene i fylkenes folkehelseprofil.

Videre har kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten som samfunnsoppdrag å bidra til kunnskapsbaserte tjenester.

Det er imidlertid etablert få strukturer for kunnskapssystem for kommunene både når det gjelder å utvikle, formidle og å ta i bruk kunnskap. Vi har i tillegg lite systematisk kunnskap om kommunenes interne ressursbruk, kompetanse og kapasitet for initiering og deltakelse i forskningsprosjekter. Kommunene har et medvirkningsansvar for forskning som kan omfatte tilgjengelig-gjøring av data innhentet fra tjenestene i kommunen, eller å synliggjøre aktuelle problemstillinger og forskningsbehov overfor andre instanser eller samarbeidspartnere. Kommunen og kommunalt ansatte kan på denne måten ha et aktivt forhold til forskning på egne tjenester.²

8.3 Departementets vurdering

Departementet er opptatt av å styrke kunnskapsgrunnlaget for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Selv om det har vært en økning i forskning relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester, vil det fortsatt være behov for forskningsinnsats i og om denne delen av helse- og omsorgstjenestene i årene framover. Både helsepersonell, administrativ ledelse og politikere trenger et bedre kunnskapsgrunnlag for å kunne ta beslutninger i tråd med prioriteringskriteriene. Nye oppgaver, nye medisinske og teknologiske muligheter og økende behov for helse- og omsorgstjenester, omstillingsbehov og strammere budsjetter i kommunene, vil kreve forskning blant annet for å sikre at prioriteringer kan skje basert på kunnskap og innenfor rammene av faglig ansvarlighet.

Behovet for mer forskning understrekes i HelseOmsorg21-strategien og i regjeringens handlingsplan for oppfølging av denne, der et kunnskapsløft for kommunene er en av fem hovedprioriteringer.

Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) ble opprettet etter et oppdrag fra HelseOmsorg21-rådet, som et interimorgan for å følge opp dette satsingsområdet i HelseOmsorg21-strategien, og sørge for styrket forskning, innovasjon og utdanning innenfor kommunenes helse- og omsorgstjenester.

Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) har foreslått opprettelsen av klynger av kommuner som en mulig framtidig struktur og finansieringsmodell for forskning i og om den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Tanken er at klynger av kommuner selv tar eierskap til sitt kunnskaps- og innovasjonsbehov, og samarbeider om å definere relevante forskningstema, også for kliniske studier. Departementet støtter at det etableres en slik struktur, men mener kommunene selv må eie, drive og finansiere denne ved å etablere og finansiere opp strukturer for forskning og innovasjon i sine tjenester. Departementet mener en viktig forutsetning for å få til mer forskning på den kommunale helse- og omsorgstjenesten er at kommunene selv prioriterer ressurser til formålet og iverksetter tiltak for å få på plass en god struktur.

Departementet vil understreke at til tross for en positiv utvikling med tanke på økt forskningsaktivitet om og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, gjenstår det fortsatt en del arbeid når det gjelder koordinering, oversikt over, spredning og implementering av foreliggende kunnskap. Departementet har i arbeidet med stortingsmeldingen derfor gitt Folkehelseinstituttet i oppdrag å vurdere hvordan et kunnskapsstøttesystem for kommunale helse- og omsorgstjenester kan utvikles. Dette redegjøres det for i neste avsnitt.

8.3.1 Utviklingen av et kunnskapsstøttesystem for kommunale helse- og omsorgstjenester

Nye behandlingsformer, diagnostikk og tjenester blir utviklet i stort tempo. Dette gir nye muligheter, men byr også på store utfordringer fordi mange av disse tiltakene er kostbare og har usikker effekt, og fordi det totale ressursbehovet overstiger tilgjengelige ressurser. Beslutningstakere i den kommunale helse- og omsorgssektoren må i økende grad ta vanskelige beslutninger som handler om å prioritere mellom ulike tjenestemråder, brukere og pasienter. Det er derfor helt avgjørende at man bruker tilgjengelige ressurser på best mulig måte. Det er bare mulig hvis de som prioriterer og beslutter har kjennskap til kunnskapsgrunnlag for tiltakene, noe som krever informasjon om effekt, sikkerhet, kostnader og andre konsekvenser.

Kunnskapsoppsummeringer og metodevurderinger har som formål å gi beslutningstagerne nettopp denne informasjonen og kan bidra til transparenens omkring grunnlag og usikkerhet

² Forskning for bedre kommunale helse- og omsorgstjenester. En håndbok om hvordan kommunene kan medvirke og tilrettelegge for forskning. Senter for omsorgsforskning, 2014

Boks 8.6 Nye metoder

I Meld. St. 16 (2010–2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan for perioden 2011–2015* ble rammene for et nasjonalt system for innføring av nye og kostnadskrevende metoder i spesialisthelsetjenesten presentert. Formålet var å understøtte kunnskapsbasert praksis og pasientsikkerhet, samt rasjonell ressursbruk ved å basere beslutningene om bruk av metoder på metodevurderinger basert på internasjonalt anerkjent metodikk.

Systemet for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten ble innført i 2013 av de regionale helseforetakene. Systemet har, siden det ble innført, vært et viktig virkemiddel for å sikre kunnskapsbasert praksis og mer likeverdige og rettfærdige prioriteringer i spesialisthelsetjenesten. Transparente beslutnings- og saksbehandlingsprosesser er et av formålene med systemet for nye metoder. Systemet er etablert

blant annet for å sikre likeverdig tilgang til metoder som er dokumentert trygge og effektive. Videre skal systemet vurdere nye metoder sammenliknet med eksisterende behandling, og vurdere om etablerte metoder skal utfases.

Systemet omfatter i utgangspunktet alle tiltak som benyttes i forebygging, utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Et sentralt mål for systemet er at beslutninger om innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten baseres på vurderinger med utgangspunkt i prioriteringsprinsippene.

Beslutninger kan tas på to nivåer i Nye metoder, enten nasjonalt eller lokalt. En nasjonal metodevurdering utgjør en viktig del av det samlede beslutningsgrunnlaget til de regionale helseforetakene. Beslutninger på dette nivået fattes i Beslutningsforum for nye metoder i tråd med prinsippene for prioritering.

knyttet til beslutninger. Det er både urealistisk og uhensiktsmessig at den enkelte kommune skal bygge opp kapasitet og kompetanse til å innhente, systematisere og vurdere eksisterende kunnskapsgrunnlag. Det er derfor behov for å etablere et nasjonalt system som kan bidra til informasjonssinnhenting og analyser og som kan understøtte lokale prioriteringer og beslutninger.

For spesialisthelsetjenesten er det etablert et system for kunnskapsstøtte: Nye metoder (se boks 8.6 Nye metoder). Nye metoder har eksistert i åtte år og det kan være naturlig å ta utgangspunkt i denne modellen og gode og dårlige erfaringer herfra når et system for kommunene skal utvikles. Med tanke på samhandling mellom nivåene i helsetjenesten ville det også være en fordel å utvikle et parallelt system for kommunene, som kanskje på sikt kan konvergeres til et felles system.

Det er imidlertid flere vesentlige forhold som skiller den kommunale helse- og omsorgstjenesten fra spesialisthelsetjenesten. Det gjelder særlig styring og beslutninger. Mens nasjonale beslutninger i spesialisthelsetjenesten fattes i fellesskap av de regionale helseforetakene, er det hver enkelt kommune selv som har ansvaret for å fatte slike beslutninger. Problemstillinger i kommunal sektor kan være mer komplekse og sammensatte enn i spesialisthelsetjenesten, og for

mange tiltak som er relevante for den kommunale helse- og omsorgstjenesten finnes det mindre forskningsbasert kunnskap om effekter enn for enkelt tiltak i spesialisthelsetjenesten.

Den store variasjonen i utfordringer mellom kommuner og regioner i ulike deler av landet, og deres ulike ressurser og kompetanse til å ta prinsippene for prioritering inn i utforming av sine tjenester, innebærer at det i tillegg til mangel på systematisk kunnskap om effekten av tiltak, også kan være mangel på ressurser og kapasitet til å nyttiggjøre seg foreliggende kunnskap. I en utredning av et kunnskapsstøttesystem for kommunene, er det viktig å ta hensyn til slike utfordringer.

Koronapandemien har vist at selv om det finnes lite forskningsbasert kunnskap om tiltak, utgjør en systematisk oppsummering av den forskningen som finnes et viktig beslutningsunderlag i vanskelige beslutningsprosesser. Pandemien har også bidratt til å akselerere implementeringen av velferdsteknologi og medisinsk avstandsoppfølging. Dette er ett av flere eksempler på innovasjoner og tiltak hvor det er et økende og etterspurt behov for kunnskap om effekt, sikkerhet og økonomi i norske kommuner.

Departementet vil arbeide videre med innretningen på et system for kunnskapsstøtte til kommunal helse- og omsorgstjeneste, med en

nasjonal funksjon og flere regionale funksjoner. Utredningen må ta hensyn til anbefalingene fra KSF. Utviklingen av et slikt system vil skje gradvis og i tett samarbeid med kommunesektoren og andre relevante aktører.

Departementet vil se utredningen i sammenheng med forsknings- og innovasjonsstrategien på tannhelsefeltet, hvor dialog og samarbeid mellom forskningsaktørene i oppfølgingen av strategien er et viktig virkemiddel og bidrar til en felles innsats for å styrke forskningen. Som en oppfølging av Meld. St. 19 (2018–2019) *Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn* er det etablert en enhet ved Folkehelseinstituttet for å styrke arbeidet med oppsummering av kunnskap og metodevurderinger, inkludert økonomiske evalueringer. Erfaringer fra dette arbeidet vil også inngå i utredningen av et system for kunnskapsstøtte til de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Boks 8.7 Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest

Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest er en forsknings- og innovasjonsstruktur i kommunal regi, som er utviklet for å styrke forskningen og bruk av forskningsbasert kunnskap i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kunnskapskommunen er etablert på initiativ fra Bergen kommune og er et formelt samarbeid mellom Bergen og åtte andre kommuner i regionen, UiB, HVL, Helse Bergen, FHI, m.fl., til sammen 16 partnere. Alle parter bidrar til finansieringen av samarbeidet, og Bergen kommune har en høy grad av finansiell egeninnsats som «motor-kommune», som driver, og utvikler, samarbeidet. Kunnskapskommunen utvikler nå en større regional samarbeidsstruktur for forskning i kommunene på hele Vestlandet, og har fått midler fra Forskningsrådet til å utvikle et system for kunnskapsstøtte til kommunene, med FHI og HVL.

9 Prinsipper for prioritering i helse- og omsorgstjenesten



Figur 9.1

9.1 Felles prinsipper for prioritering

Norge har lang tradisjon for å arbeide systematisk med prioriteringsspørsmål i helsetjenesten. Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* pekte på at dette arbeidet i all hovedsak har vært knyttet til spesialisthelsetjenesten, men at behovet for systematisk tenkning rundt prioritering er like stort i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Blankholm-utvalget anbefaler at prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet, bør være gjennomgående i hele helse- og omsorgstjenesten. Departementet støtter utvalgets forslag. Etter departementets vurdering er denne meldingen det naturlige stedet å legge fram forslag om gjennomgående prioriteringskriterier og felles operasjonalisering av disse – i hele helse- og omsorgstjenesten.

9.1.1 Utvalgets forslag

Blankholm-utvalget vurderer i sin utredning om de tre prioriteringskriteriene – nytte, ressurs og alvorlighet – er relevante og anvendbare for prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester. Blankholm-utvalget anbefaler at prioriteringskriteriene bør være gjennomgående i hele helse- og omsorgstjenesten. Utvalget viser blant annet til at mange pasienter, gjennom sitt sykdomsforløp, vil motta tjenester fra både den kommunale helse- og omsorgstjenesten, tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Blankholm-utvalget skriver (s. 95–96):

Utvalget har hatt som utgangspunkt at prioriteringskriteriene bør være gjennomgående i hele helse- og omsorgstjenesten. Spesialisthelse-

tjenesten, den offentlige tannhelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten bygger alle på det samme verdigrunnlaget, og prioritering mellom ulike tjenester bør baseres på de samme prinsippene. Mange pasienter vil, gjennom sitt sykdomsforløp, motta tjenester fra både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Den offentlige tannhelsetjenesten er en del av den samlede offentlige helse- og omsorgstjenesten og bør, etter utvalgets mening, vurderes i sammenheng med de øvrige helse- og omsorgstjenestene. Dersom kriteriene for hva som skulle prioriteres var vesentlig forskjellig mellom de ulike tjenesteområdene, ville dette virke lite logisk fra pasientens synspunkt og neppe bidra til helhetlig planlegging og tenkning rundt ressursbruk.

9.1.1.1 Andre kriterier

Tidligere utvalg har fått i mandat å vurdere om det er andre kriterier som er egnet. Typiske eksempler på andre kriterier som er vurdert, er alder, sjeldne tilstander og individens eget ansvar for helse. Blankholm-utvalget konkluderer på følgende måte (s. 105):

Norheim-utvalget vurderte også om alder, mangel på alternative tiltak, tiltakets bidrag til innovasjon eller sykdommens sjeldenhet burde inngå som egne prioriteringskriterier. Ingen av disse forholdene foreslås imidlertid tatt inn som egne kriterier. Utvalget ser ikke forhold i den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller ved de offentlige finansierte tannhelsetjenestene som skulle tilsi andre vurderinger.

Departementet deler denne vurderingen.

9.1.2 Høringsinstansenes syn

Høringsinstansene deler langt på vei utvalgets forslag til kriterier.

KS skriver i sitt hørings svar:

Med forslagene i denne høringen av NOU 2018: 16 Det viktigste først, legges det til grunn at spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten bygger på samme *verdigrunnlag*. Videre at prioritering i helse- og omsorgstjenesten baseres på samme *prinsipper*. KS mener at dette legger et godt grunnlag for en helhetlig priori-

tering for hele helse- og omsorgstjenesten og kan skape en forståelse i befolkningen om hvilke prioriteringer som er rimelige og rettferdige.

Og videre:

KS støtter at hovedkriteriene i kommunal helse- og omsorgstjeneste kan baseres på samme prinsipper som for spesialisthelsetjenesten. Dette forutsetter at kriteriene er tilpasset det kommunale samfunnsoppdraget og de tjenestene som skal ytes til befolkningen gjennom et livsløp. Det vil være en fordel at kriterier for prioritering i så stor grad som mulig, kan utformes slik at de kan omfatte alle helse-tjenesten som ytes til befolkningen- både på kommunalt nivå og på spesialisthelsetjenesten. Dette kan bidra til bedre prioriteringsdiskusjoner på tvers av forvaltningsnivå og det kan bedre beslutningsgrunnlaget for helhetlig prioritering av helseressurser – noe som vil bli en stadig større utfordring fremover. Det er imidlertid en forutsetning at prioriteringskriteriene er godt tilpasset det kommunale samfunnsoppdraget som ligger til grunn for helse- og omsorgstjenestene.

Asker kommune skriver: «Asker kommune mener at prioriteringer på kommunalt nivå kan basere seg på de samme kriteriene som i spesialisthelsetjenesten – nytte, ressurs og alvorlighet».

Flere høringsinstanser påpeker imidlertid at man allerede i dag tar hensyn til kriteriene nytte, ressurs og alvorlighet:

Bærum kommune mener at det i dag tas hensyn til nytte, ressurs og alvorlighet ved prioritering på alle nivå, men at en formalisering og tydeliggjøring av alle hensyn som må tas antakelig vil bidra å til sikre likeverdige kommunale helse- og omsorgstjenester, innenfor mulighetsrommet for kommunale prioriteringer.

Og Fræna kommune skriver: «Prioritering skjer allerede i kommunene i dag, og det er en utfordring både på faglig, administrativt og politisk nivå».

Enkelte høringsinstanser er imidlertid mer skeptiske til kriterienes egnethet. Færder kommune skriver i sitt hørings svar:

Ut ifra et pasientperspektiv vil det virke urime-
lig om ulike tjenesteområder forholder seg til

vesentlig forskjellige prioriteringskriterier. Kommunen er positiv til at kriteriene drøftes i sammenheng på tvers av sektorer og forvaltningsnivå i helsesektoren, men uttrykker samtidig skepsis til om kriteriene er egnet for prioritering i kommunens helse- og omsorgstjenester.

9.1.3 Departementets vurdering

Departementet støtter Blankholm-utvalgets forslag om gjennomgående prioriteringskriterier for hele helse- og omsorgstjenesten. Prinsippene for prioritering er tuftet på verdigrunnlaget for helse- og omsorgstjenesten, jf. kapittel 4 Verdigrunnlaget i helse- og omsorgstjenesten. Det er bred enighet om dette verdigrunnlaget, og gjennom prinsippene for prioritering gir man verdiene i helse- og omsorgstjenesten et konkret uttrykk. Felles prinsipper for prioritering vil derfor være i tråd med det verdimeslige grunnlaget for den samlede helse- og omsorgstjenesten.

Mange pasienter og brukere mottar tjenester fra begge tjenestenivåene. Samhandling og god koordinering er derfor viktig. Etter departementets vurdering kan felles prioriteringskriterier bidra til å løse prioriteringsutfordringer mellom tjenestenivåene og understøtte økt samhandling. Et sentralt mål i *Nasjonal helse- og sykehusplan* er at pasientene skal oppleve sammenhengende helse- og omsorgstjenester på tvers av tjenestenivåene. Helsefelleskapene er ett av flere virkemidler for å oppnå dette. I helsefelleskapene skal kommuner og helseforetak møtes som likeverdige partnere. Sammen med representanter for brukere og fastleger skal de planlegge og utvikle tjenester til pasienter med behov for tjenester fra begge nivåene. Felles prioriteringskriterier vil kunne bidra til en felles virkelighetsforståelse og gjøre det lettere å gjennomføre prioriteringer og fatte beslutninger i fellesskap.

Oppnåelse av målbildet for helse- og omsorgstjenestene forutsetter god samhandling mellom tjenestenivåene og en omforent forståelse for hvordan det skal gjøres. Felles tenkning rundt prioriteringsbeslutninger og hva som skal ligge til grunn for beslutningene (prioriteringskriterier) kan være et verktøy for å bygge felles forståelse/kultur for samhandling og samarbeid om å utvikle pasientens helsetjeneste. I tillegg til en felles forståelse, vil en felles tilnærming (operasjonalisering) av prioriteringskriteriene være viktig for å sikre at beslutninger som gjelder tverrgående behandlingsforløp, tuftes på samme grunnlag. Dersom kriteriene for hva som skulle prioriteres

var vesentlig forskjellig mellom de ulike tjenestenivåene, ville dette virke lite logisk fra pasientens synspunkt og neppe bidra til helhetlig planlegging og tenkning rundt ressursbruk.

Det er bred enighet om verdigrunnlaget for helse- og omsorgstjenesten og behovet for å sikre mer helhetlige og sammenhengende tjenester. Felles og gjennomgående kriterier og operasjonalisering av disse vil være et viktig virkemiddel for å realisere pasientens helsetjeneste og målene for utvikling av tjenestene – i tråd med det verdimeslige grunnlaget.

9.2 Mestring som del av prioriteringskriteriene

9.2.1 Innledning

Blankholm-utvalget mener at *mestring* er et sentralt mål for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For store grupper vil tiltak utformes og rettes inn mot at pasienten/brukeren skal kunne mestre hverdagen sin til tross for sykdom og/eller smerter. Utvalget foreslår at mestring bør integreres i nytte- og alvorlighetskriteriene. Høringsinstansene støtter dette.

Forslaget om å inkludere mestring i prioriteringskriteriene reflekterer etter departementets syn en økt erkjennelse av at pasienten og brukerens stemme er viktig, både i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene og i møtet mellom den enkelte pasient/bruker og helsepersonellet. Denne erkjennelsen lå også til grunn i Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste*, som understreker at mestring står sentralt i verdigrunnlaget for pasientens helsetjeneste. Meldingen slår videre fast at god helse ikke bare er fravær av sykdom, men også å mestre livets utfordringer. I pasientens helsetjeneste er god helse å mestre eget liv. Dette perspektivet ble forsterket i Blankholm-utvalgets utredning.

Departementet viser videre til at mestringsperspektivet trer tydelig fram i sentrale dokumenter for ønsket tjenesteutvikling som er lagt fram etter at Blankholm-utvalget la fram sin utredning, jf. blant annet *Leve hele livet* (2018), *Nasjonal helse- og sykehusplan* (2019) og *Handlingsplan for allmennlegetjenesten* (2020). Departementet deler Blankholm-utvalget og høringsinstansenes syn om at mestring bør integreres i prioriteringskriteriene. Etter departementets vurdering er meldingen om prinsipper for prioritering i kommunal helse- og omsorgstjeneste og offentlig finansierte tannhelsetjenester, det naturlige stedet å sikre en eksplisitt integrering av mestringsperspektivet i

kriteriene for prioritering, samtidig som disse blir gjort gjennomgående for hele helse- og omsorgstjenesten, jf. kapittel 9.1 Felles prinsipper for prioritering.

Helsepersonell, pasienter og brukere må kunne forstå hva som konkret ligger i mestringsbegrepet, og kunne relatere dette til prioriteringsbeslutninger. Flere av høringsinstansene etterlyste også en tydeliggjøring av innholdet i mestringsbegrepet. Departementet redegjør under for sin forståelse av mestringsbegrepet, og hvordan dette kommer til anvendelse i ulike prioriteringsbeslutninger.

9.2.2 Utvalgets forslag

Blankholm-utvalget viser til at den kommunale helse- og omsorgstjenesten ofte er orientert mot tilrettelegging av dagliglivets aktiviteter (ADL-tilrettelegging) og har som målsetting at pasienten/brukeren settes i stand til å mestre sin sykdom eller tilstand.

Utvalget peker videre på at pasienter og brukere av den kommunale helse- og omsorgstjenesten ofte har langvarige og sammensatte behov som krever god koordinering og samarbeid på tvers av sektorene, der mye av oppfølgingen skjer i kommunene. Kommunene har dermed et stort ansvar for at pasienter/brukere kan leve med sin tilstand. Utvalget skriver (s. 76): «I denne oppfølgingen må kommunen forholde seg til pasientens hjemmesituasjon, sosiale situasjon samt kognitive og fysiske funksjonsnivå. Kommunen vektlegger konsekvensene og utfordringene av sykdommen eller tilstanden like mye som sykdommen i seg selv».

Utvalget konkluderer med at *mestring* er et fremtredende aspekt av den faglige målsettingen for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utvalget skriver (s. 97):

Utvalget har i kapittel 10.2 beskrevet hvordan de faglige målsettingene for de kommunale helse- og omsorgstjenestene på flere områder skiller seg fra målsettingene i spesialisthelsetjenesten. Sentralt er kommunenes ansvar for at befolkningen skal kunne leve med, snarere enn bli behandlet for, sin tilstand. *Mestring* er en sentral forutsetning for å kunne leve med en tilstand, og vil ha stor betydning for livskvaliteten til den enkelte. For mange av tiltakene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil derfor det sentrale målet være at pasienten/brukeren skal kunne mestre sin hverdag til tross for sykdom, smerter og/eller fysiske,

psykiske og/eller sosiale funksjonsnedsettelser.

Konkret foreslår utvalget, i tråd med Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste*, tre kriterier for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og offentlig finansierte tannhelsetjenester. De tre kriteriene benevnes nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet. Utvalget foreslår å tilføye: «Ressurskriteriet skal ikke brukes alene, men sammen de to andre hovedkriteriene for prioritering», i ressurskriteriet. For nytte- og alvorlighetskriteriene er disse foreslått utvidet med et punkt som fanger opp fysisk, psykisk og sosial mestring. I tillegg gjør utvalget noen språklige justeringer for å tilpasse kriteriene til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Konkret foreslår utvalget følgende nyttekriterium, ressurskriterium og alvorlighetskriterium:

Nyttekriteriet

Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at tiltaket øker sannsynligheten for:

- overlevelse eller redusert funksjonstap
- fysisk eller psykisk funksjonsforbedring
- reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag
- økt fysisk, psykisk og sosial mestring

Ressurskriteriet

Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på.

Ressurskriteriet skal ikke brukes alene, men sammen med de to andre hovedkriteriene for prioritering.

Alvorlighetskriteriet

Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra:

- risiko for død eller funksjonstap
- graden av fysisk eller psykisk funksjonstap
- smerter, fysisk eller psykisk ubehag
- graden av fysisk, psykisk og sosial mestring

Både nå-situasjonen, varighet og tap av fremtidige gode leveår har betydning for graden av alvorlighet. Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med tiltaket.

Blankholm-utvalget foreslår at forslaget om å tilføye mestring under prioriteringskriteriene

nytte og alvorlighet, utredes også for spesialisthelsetjenesten. Utvalget skriver (s. 102):

Utvalget argumenterer (...) for at kriteriene for prioritering bør være gjennomgående i hele helse- og omsorgstjenesten. Når utvalget nå foreslår å inkludere *mestring* som en del av vurderingen av både nytte og alvorlighet, blir det også et spørsmål om dette bør inkluderes i de kriteriene som benyttes i spesialisthelsetjenesten. Dette er en problemstilling som ligger utenfor utvalgets mandat, men det bør, etter utvalgets oppfatning, vurderes i det videre arbeidet dersom man velger å innføre utvalgets forslag til kriterier i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten.

9.2.3 Høringsinstansenes syn

Høringsinstansene støtter langt på vei utvalgets forslag om tilføyelse av *mestring* under nytte- og alvorlighetskriteriet.

Nannestad kommune skriver: «Vi mener også at det er viktig og nødvendig at *mestring*sperspektivet trekkes frem og gjenspeiles i prioriteringskriteriene – for å påvirke holdninger og forventninger hos både brukere/pasienter og helse- og omsorgspersonell».

Sandnes kommune skriver i sitt hørings svar:

Mestring er avgjørende for å kunne leve med en tilstand og vil ha stor betydning for livskvaliteten til den enkelte. For mange tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil målet være at pasienten/brukeren skal mestre hverdagen til tross for sykdom, smerter og/eller fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsnedsettelse. Sandnes kommune mener derfor at den beskrivelsen av nytte- og alvorlighetskriteriet som benyttes ved prioriteringer i spesialisthelsetjenesten suppleres slik at den også fanger opp fysisk, psykisk og sosial *mestring*.

LO skriver:

LO støtter forslaget om at begrepet *mestring* skal inn i prioriteringskriteriene. Det har vært allmenn politisk oppslutning om kriteriene for spesialisthelsetjenesten: nytte, ressurser og alvorlighet. Kommunenes helse- og omsorgstjenestetilbud er omfattende, og kommunene er ansvarlig for at befolkningen skal kunne leve med sin tilstand. *Mestring* er en sentral forut-

setning for dette og vil ha stor betydning for livskvaliteten til den enkelte.

Etter høringen har departementet forelagt forslaget om å inkludere *mestring* som del av nytte- og alvorlighetskriteriene for departementets kontaktforum for brukere.¹ Kontaktforum uttrykker støtte for utvalgets forslag om tilføyelse av *mestring* som strekpunkt for nytte- og alvorlighetskriteriet, men påpeker utfordringer med å definere innholdet i begrepet på en klar og konsis måte. Kontaktforum er bekymret for at en for vid og upresis definisjon, vil kunne føre til en større grad av ulikhet og uønsket variasjon i helse- og omsorgstjenesten.

Høringsinstansene har ikke særskilt kommentert forslaget om å utrede tilføyelse av *mestring* også for spesialisthelsetjenesten, men det er flere høringsinstanser i spesialisthelsetjenesten som har gitt innspill til *mestring*forslaget generelt og som støtter at det tilføyes.

Oslo Universitetssykehus (OUS) skriver i sitt høringsinnspill:

I spesialisthelsetjenesten har læring og *mestring*aktivitet tradisjonelt vært knyttet til kroniske lidelser, blant annet gjennom kursvirksomhet. Men forståelse for og bruk av begrepet er i endring. *Mestring* er i ferd med å bli en integrert del av alle gode pasientforløp, i og utenfor sykehus, uavhengig av sykdommens karakter og varighet. Pasient- og pårørendeopplæring, pasientsentrert metode («hva er viktig for deg»), samvalg og medvirkning bidrar alle til *mestring* av helseutfordringer, enten sykdommen har kronisk karakter eller ei. *Mestring* står også sentralt i allmennt medisinsk metode og i andre deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, også det forebyggende arbeidet. Et eksempel på dette er folkehelseprogrammet «*Mestring og mening*» i Østfold fylkeskommune, som sikter på å trygge psykisk helse hos barn og ungdom. *Mestring* har utviklet seg til å bli et sentralt, og offensivt mål for alle deler av helsetjenesten. *Mestring* må derfor, etter vår mening, ikke reduseres til et defensivt mål i en kommunal helse- og omsorgstjeneste som ikke har ambisjon ut over å «*gjøre pasientene i stand til å leve godt med den tilstanden de har*».

¹ I arbeidet med utforming av framtidige helse- og omsorgstjenester legger Helse- og omsorgsdepartementet stor vekt på dialog og informasjonsutveksling med brukere av tjenestene. For å bidra til dette har departementet opprettet Kontaktforum for brukere av helse- og omsorgstjenesten.

Og Akershus universitetssykehus (Ahus) skriver om mestring i sitt høringsinnspill:

Fokus på metodikk rundt mestring av sykdom og egen livssituasjon er viktig for at pasienter og pårørende skal kunne takle sine liv og sin situasjon på en best mulig måte. Dette gjelder spesielt de pasientene med langvarig eller livslang sykdom og deres pårørende. Disse menneskene har ofte behov for hjelp til å komme i gang med sin mestringsprosess. Med tanke på morgendagens utfordringer med flere kronikere, eldre og overlevende av kreftsykdom, så vil mestringsperspektivet være viktig. Utvalget anbefaler at beskrivelsen av nytte- og alvorlighetskriteriet som benyttes ved prioriteringer i spesialisthelsetjenesten, suppleres slik at den også fanger opp fysisk, psykisk og sosial mestring. Dette forslaget støttes.

9.2.4 Departementets vurdering

9.2.4.1 Hva er mestring

I pasientens helsetjeneste er god helse å mestre eget liv. Målet om å skape pasientens helsetjeneste omfatter hele helse- og omsorgstjenesten, og mestring er etter departementets vurdering en fellesnevner på tvers av tjenestenivåene. Samtidig kan tjenestenes konkrete bidrag til pasientenes mestring være ganske ulik. Det kan bety noe for

hvilke konkrete hensyn som bør vektlegges i beslutninger om prioritering på ulike nivå, dersom mestring blir integrert i prioriteringskriteriene. Etter departementets syn er det derfor nyttig først å redegjøre for hvordan mestring er en sentral del av pasientens helsetjeneste og hvordan mestring konkret vektlegges i hhv. den kommunale helse- og omsorgstjenesten, i offentlig finansierte tannhelsetjenester, i spesialisthelsetjenesten og i folkehelsearbeidet.

9.2.4.2 Mestring i pasientens helsetjeneste

Nasjonal helse- og sykehusplan drøfter innholdet i pasientens helsetjeneste. Pasientens helsetjeneste innebærer at pasientene skal få mulighet til å være en aktiv deltaker i egen helse og behandling. Det betyr å bli lyttet til, å kunne ta valg i samråd med behandler om hvilke tiltak som skal settes i verk, sette egne mål og bruke egne ressurser for å mestre hverdagen. Pasienten lever livet sitt utenfor helse- og omsorgstjenesten – i familien, blant venner, på jobb, på skole eller i frivillige organisasjoner.

Å bli syk, særlig hvis tilstanden er alvorlig og/eller det er utsikter til at den blir langvarig, kan påvirke hele mennesket. Det kan gå ut over muligheter til å være i utdanning og arbeid, til sosial kontakt, samfunnsdeltagelse, gi redusert selvfølelse, redusert livskvalitet, reduserte kroppsfunksjoner, redusert mental kapasitet, psykisk

Boks 9.1 Arbeid og helse

Det er godt dokumentert at det å være i arbeid og utdanning er helsebringende. Likevel har deltakelse i arbeid og utdanning tradisjonelt vært lite utnyttet som terapeutisk virkemiddel i behandling. Dette gjelder både innen psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og ulike somatiske fagområder. Det er utviklet modeller og etablert tiltak flere steder der helsetjenesten og Nav samarbeider strukturert gjennom et behandlingsforløp, og som bidrar til både bedre helse, arbeidsinkludering, utdanning og redusert sykefravær, blant annet gjennom Individuell jobbstøtte (IPS), Skole og JobbResept og HelseIArbeid, som er et av virkemidlene i IA-avtalen. Mange vil trenge samtidig bistand fra både helsetjenestene og Nav. De regionale helseforetakene og Arbeids- og velferdsdirektoratet har etablert et systematisk

samarbeid. Det er inngått samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og Arbeids- og velferdsdirektoratet, og også på kommunenivå har det vært en positiv utvikling. For den enkelte kan også deltakelse i arbeidslivet være tett knyttet til opplevelsen av mestring. Mestringsperspektivet er en sentral del av prioriteringskriteriene som legges frem i denne meldingen. Selv om brukers mulighet til å kunne delta i arbeidslivet ikke er en del av den konkrete vurderingen som skal gjøres ved bruk av prioriteringskriteriene, så vil det for den enkelte ha betydning for hvilken opplevd grad av mestring vedkommende har. Slik spiller samarbeidet og samhandlingen mellom arbeid og helse en viktig rolle dersom en legger et større samfunnsmessig perspektiv til grunn.

uhelse, ubehag/smerte og redusert livslengde. Helse- og omsorgstjenestens oppgave vil være, med utgangspunkt i pasientens situasjon, forutsetninger og ressurser, å tilby tiltak som bidrar til økt mestring til tross for sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse. En god helse og et godt liv henger sammen.

Ulike personer har ulike måter å håndtere sykdom på. Hvor godt man mestrer en sykdom kan variere gjennom et sykdomsforløp og tiltakene må tilpasses sykdomsforløpet. Det er viktig at helsepersonell er oppmerksomme på dette og tilpasser tiltakene til variasjoner og endringer. Det er samtidig pasienten/brukeren som er ekspert på eget liv. Noen pasienter ønsker å prøve alt for å bli friske, mens andre er mest opptatt av å mestre sykdom eller funksjonsnedsettelse i hverdagen, eller å møte døden med sine nærmeste rundt seg. Helsepersonell vet ikke alltid hvilke vurderinger og verdivalg som er viktig for pasienten/brukeren. Både i møte med den enkelte pasient/bruker og i utformingen av helse- og omsorgstjenestene må vi spørre: Hva er viktig for deg? Slik kan tjenestene innrettes etter om hjelpen faktisk virker og bidrar til bedre livskvalitet og mestring av eget liv, sett med pasienten/brukerens øyne. Samtidig som tjenestene legger til rette for den enkeltes mestring, må tjenestene også vurdere behovet for omsorg og balansere disse to hensynene.

9.2.4.3 *Vektlegging av mestring på ulike tjenestenivå*

Etter departementets syn er målet om mestring, og pasientens behov for å mestre livet med sykdom, gjennomgående i helse- og omsorgstjenesten. Samtidig kan det være forskjeller i hvordan mestring konkret vektlegges i henholdsvis den kommunale helse- og omsorgstjenesten, tannhelsetjenesten, i spesialisthelsetjenesten og i folkehelsearbeidet. Departementet peker her på noen slike sentrale forskjeller.

Kommunal helse- og omsorgstjeneste og den offentlige tannhelsetjenesten

Et viktig særtrekk ved den kommunale helse- og omsorgstjenesten er at mange pasienter og brukere har langvarige og sammensatte behov som de vil måtte leve med over tid. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal gi støtte og hjelp som bidrar til at mennesker skal kunne leve sine liv og håndtere de utfordringer og livssituasjoner man møter i hverdagen på en best mulig måte. Mange tiltak i den kommunale helse- og

omsorgstjenesten vil derfor ha som formål at pasienten/brukeren skal mestre hverdagen til tross for sykdom, smerter og/eller fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsnedsettelse.

Forebyggingsperspektivet er tydeligere vektlagt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten enn i spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgstjenesteloven har som formål å: «forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne». For å oppfylle sitt sørge for-ansvar skal kommunen tilby en rekke bestemte tjenester, herunder helsefremmende og forebyggende tjenester og sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 5). Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har et særskilt ansvar for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i kommunen. Tilbudet skal blant annet inneholde helsefremmende og forebyggende psykososialt arbeid samt styrking av barn og unges autonomi og ferdigheter til å mestre sin hverdag og forhold knyttet til deres helse.

Tilsvarende gjelder i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Mestring er ikke omtalt eksplisitt i tannhelsetjenesteloven, men hovedformålet med den regelmessige og oppsøkende tannhelsehjelpen omfatter også hjelp til den enkelte, slik at de, med aktuell bistand fra pårørende eller andre, selv er i stand til å opprettholde en god tannhelse.

Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten skal yte tjenester som bidrar til å motvirke skade, lidelse og funksjonshemming, og legge til rette for at pasientene kan mestre sin egen helse. Spesialisthelsetjenesten må undersøke hva som er viktig for den enkelte pasient, og legge vekt på det i behandlingen. Mestring er også et sentralt mål for pasientoppfølgingen, som er en av fire lovpålagte oppgaver i spesialisthelsetjenesten. Et viktig ansvar for spesialisthelsetjenesten er i tillegg å samarbeide med kommunene, ikke minst når pasientene skrives ut, for å bidra til at pasientene i hjemmet eller på kommunale institusjoner mestrer livet med sykdom eller funksjonshemming.

Mestring er et generelt mål i spesialisthelsetjenesten, men vil være viktigere innen noen fagområder enn andre. Ofte forbindes mestring med områder som forebygging, (re)habilitering, kroniske sykdommer, psykisk helsevern og rusbehandling. Det betyr ikke at mestring er uten betydning innen andre fagområder, men at pasientens utfordringer knyttet til mestring kan være

relativt sett større innen disse fagområdene. Innen disse fagområdene vil typisk også samarbeidet med kommunal helse- og omsorgstjeneste stå sentralt for å bidra til mestring.

Mestringsperspektivet var et gjennomgående perspektiv i Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan*. Dette kommer til uttrykk både i den grunnleggende beskrivelsen av pasientens helsetjeneste og gjennom en rekke konkrete tiltak, for eksempel økt fokus på klar språkbruk i møte med pasienten, bedre pasient- og pårørendeopp-læring gjennom en revidering av lærings- og mest-ringstjenestene og tilgang til flere digitale innbyg-gertjenester. *Nasjonal helse- og sykehusplan* peker også på enkelte pasientgrupper som skal prioriteres særskilt i arbeidet i helsefelleskapene, her- under barn og unge, voksne med alvorlige psy- kiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser. Mest- ringsevnen er en viktig faktor for at disse pasien- tene skal kunne leve et så normalt liv som mulig.

Mestring i folkehelsearbeidet

Arbeid for å fremme folkehelse bidrar til å skape muligheter og forutsetninger for at hver enkelt av oss kan mestre eget liv og livssituasjon, ut ifra et befolkningsperspektiv. God helse er en av våre viktigste ressurser, både som samfunn og som enkeltindivider. Folkehelse handler både om hvor god helsen vår er, hvor lenge og godt vi lever, og om hvordan de gode leveårene er fordelt i befolk- ningen. Folkehelsearbeid er i folkehelseloven definert som «Samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psy- kisk og fysisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen». Det handler derfor både om å fremme livskvalitet og trivsel, gjennom blant annet kvaliteter i nærmiljøer og lokalsam- funn som gir muligheter for livsutfoldelse og del- takelse i sosiale fellesskap, tilhørighet og opp- levelse av mestring, og om å redusere risiko for sykdom, funksjonsnedsettelse, psykiske og sosiale problemer. Her ligger det også til grunn en anerkjennelse av at mestring gir livsglede, mening og overskudd – også når vi rammes av sykdom og må leve med kronisk sykdom.

Folkehelsepolitikken bidrar til mestring ved å legge til rette for at alle gis forutsetninger for å kunne utnytte sine evner og muligheter. Dette er særlig relevant i bekjempelse av ikke-smittsomme sykdommer som ofte er forbundet med helse-

relatert atferd. Folkehelsearbeid bidrar til å styrke den enkeltes mestringsevne, og samtidig gjøre de gode valgene enkle, ikke ved å umyndiggjøre den enkelte, men ved å skape muligheter og forutset- ninger for å kunne ha kontroll i eget liv. Folke- helsearbeidet tar i bruk virkemidler i flere sek- torer som bidrar til økt mestring – også ved syk- dom. Det brede befolkningsperspektivet gjør at folkehelsearbeid er et ansvar som går på tvers av sektorer, forvaltningsnivåer og samfunnsområder.

9.2.4.4 Forslag om å inkludere mestring i prioriteringskriteriene

Prioritering i helse- og omsorgstjenesten handler om å fordele helse- og omsorgstjenestens ressurser til noen områder og tiltak framfor andre. Der- som mestring inkluderes i prioriteringskrite- riene, er det derfor viktig at helsepersonell og andre beslutningstakere som skal treffe priorite- ringsbeslutninger har en omforent forståelse av mestringsbegrepet – på tvers av pasientgrupper og nivåer i helse- og omsorgstjenesten. Uten en slik felles forståelse vil det være vanskeligere å nå målene om rettferdig fordeling av ressursene og likeverdig tilgang til tjenester. For å oppnå en slik felles forståelse er det nødvendig å avklare for- holdet mellom mestring som begrep og øvrige begreper i nytte- og alvorlighetskriteriene. Norsk Fysioterapeutforbund spør eksempelvis i sitt høringsinnspill om hvorvidt mestring ikke alle- rede er dekket av dagens kriteriers referanse til funksjon: «fysioterapeuter bruker også ordet mestring, men først og fremst tenker vi funksjon».

Etter departementets vurdering er det en nær relasjon mellom mestring og begrepene som alle- rede inngår i nytte- og alvorlighetskriteriene, dvs. funksjon og ubehag/smerte. Målsettingen med tiltak rettet mot funksjonsforbedring og smerte- lindring vil ofte være at pasienter/brukere bedre kan mestre tilstanden, hverdagen og helserela- terte aspekter ved livet. Lønning II-utvalgets beskrivelse av funksjonstilstand som «evne til å utføre de gjøremål pasienten vanligvis utfører i sin hverdag (yrkesaktivitet, skolegang, husarbeid mv.) eller de gjøremål som det er naturlig at pasi- enter i denne aldersgruppen kan utføre» illustrer også denne relasjonen.

Selv om det er en nær relasjon mellom funk- sjon og mestring, mener departementet samtidig at mestring er et videre begrep enn funksjon. Mestring handler om hvordan den enkelte hånd- terer oppgaver og utfordringer gjennom livsløpet, herunder hvordan man mestrer eget funksjons- nivå. Den enkelte kan ha stor evne til å mestre

Boks 9.2 Forholdet mellom mestring og funksjon – noen eksempler

I mange situasjoner vil det være en nær sammenheng mellom funksjon og mestring. I noen tilfeller vil samtidig mestring kunne være det mest eller eneste relevante forholdet i en vurdering.

Helsedirektoratets retningslinjer for diabetes illustrerer en nær sammenheng mellom mestring og funksjon. Ifølge retningslinjene vil bruken av utstyr for egenmåling av blodsukker og bruk av kontinuerlig vevsglukosemåling for mange pasienter lette diabetesbehandlingen og også for mange føre til bedre blodsukkerkontroll, færre episoder med hypoglykemi og mindre frykt for insulinføling. Dette kan gi både psykisk og fysisk funksjonsforbedring. Utstyret kan også bidra til mestring. For den som har diabetes er blodsuktermåling et helt nødvendig verktøy for å kunne gjennomføre egenbehandlingen, regulere blodsukkeret og for å unngå uønskede hendelser. Redusert risiko for episoder med hypoglykemi er viktig for å mestre hverdagen på skole, arbeid, fritidsaktiviteter, idrett og bilkjøring til tross for en kronisk tilstand. Eksempelet illustrerer at både funksjon og mestring vil være viktig i en vurdering. Vektningen av disse ulike hensynene vil samtidig kunne variere mellom pasienter.

Et annet eksempel på at det er en nær sammenheng mellom mestring og funksjon er nødvendig tannhelsehjelp for beboere på sykehjem/institusjon. Nødvendig tannhelsehjelp handler langt på vei om behandlinger som har som formål å redusere mulig funksjonstap, og rehabilitering av tannsettet/tap av funksjoner. Dette er samtidig også avgjørende for å kunne mestre grunnleggende aktiviteter slik som tygging av mat, normale talefunksjoner og tilfredsstillende sosialt samvær. I tillegg er det viktig for verdigheten til den enkelte.

Et eksempel der særlig mestring vil være et viktig hensyn, er i en vurdering der pasienter med Parkinsons sykdom får injisert botulinumtoksin for å unngå sikling. En del pasienter med Parkinsons sykdom er plaget med sikling, noe som kan være svært hemmende for det sosiale livet. Injeksjonsbehandling med botulinumtoksin i spyttkjertler har i utgangspunktet ingen effekt på selve sykdommen eller sykdomsutviklingen. Injeksjonsbehandlingen reduserer imidlertid spyttproduksjonen og gir dermed mindre sikling, som igjen bidrar til at pasienten kan mestre/leve et mer normalt og sosialt liv på tross av sykdommen.

livet uten å ha god eller økt funksjon, kanskje også selv om funksjonsnivået blir redusert. Mestring og funksjon kan i praksis ha vekselvirkninger som vil ha betydning for den enkeltes totale livskvalitet. Det er derfor også viktig å se disse begrepene i sammenheng.

Sentrale elementer som påvirker mestring er blant annet opplevelsen av tilhørighet, herunder å ha nære/fortrolige, nettverk og familie for bekrefte og sosial støtte og å kunne være betydningsfull for andre. Mestring kan også omfatte mulighet for livsutfoldelse, livsglede og trivsel på måter som kan påvirke pasientens opplevde livskvalitet.

Videre kan en opplevelse av mestring ha betydning for egen tilfrisking. Å ivareta, støtte og øke den enkeltes mestring og mestringsfølelse vil derfor i noen tilfeller kreve en annen faglig vurdering og andre faglige metoder og tilnærminger enn for vurdering av funksjon og funksjonsnivå.

Departementet mener mestring er et viktig hensyn som skal vektlegges i anvendelsen av

prioriteringskriteriene og støtter utvalget og høringsinstansenes vurdering av at mestring bør tilføyes i beskrivelsen av nytte- og alvorlighetskriteriene.

Den nære sammenhengen mellom mestring og funksjon, taler for at mestring bør integreres i de allerede eksisterende strekpunktene i beskrivelsen av kriteriene, framfor å legges til som et separat strekpunkt, slik Blankholm-utvalget foreslår. Ved å inkludere mestring i nytte- og alvorlighetskriteriene bidrar man, etter departementets vurdering, til å anerkjenne relasjonen mellom begrepene funksjon og mestring, og at de to begrepene i mange tilfeller ses i sammenheng. Departementet mener videre at det er viktig å få tydelig fram at mestring er en del av den ordinære og helhetlige vurderingen av nytte og alvorlighet. Etter departementets vurdering kan det være en risiko for at mestring formulert som et separat strekpunkt i kriteriene, slik Blankholm-utvalget foreslår, kan gi en assosiasjon til noe som skal vur-

Boks 9.3 Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre

Regjeringen har et mål om at eldre skal ha mulighet til å være mest mulig selvhjulpne, også når de mottar helse- og omsorgstjenester. Alle bør få vurdert sitt behov og potensial for rehabilitering og egenomsorg før det iverksettes tiltak som kompenserer for tap av funksjonsevne. Hverdagsrehabilitering er et sentralt virkemiddel som både kan gi økt selvstendighet i dagliglivets aktiviteter, forbedre funksjonsevnen og utsette ytterligere funksjonsfall. Velferdstekno-

logiske løsninger som bidrar til å opprettholde livskvalitet, selvstendighet og mestring er viktige virkemidler. Økt bruk av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene skal bidra til å forbedre brukernes mulighet til å mestre egen hverdag, øke brukere og pårørendes trygghet, og avlaste pårørende for bekymring samt øke brukere og pårørendes deltakelse i brukernetverk og mulighet til å holde løpende kontakt med hverandre og med hjelpeapparatet.

deres «i tillegg til» eller «på siden». Dette vil også kunne føre til en «dobbelttelling» av mestring i prioriteringsbeslutninger, i de tilfellene der mestring og funksjon delvis overlapper.

Blankholm-utvalget foreslår at mestring inkluderes i nyttekriteriet som «økt [...] mestring». Dette reflekterer at et tiltak som bidrar til større grad av mestring bør få høyere prioritet enn et annet tiltak, alt annet likt. Dette poenget blir imidlertid ivaretatt når mestring integreres i de eksisterende strekpunktene.

Blankholm-utvalget foreslår i tillegg at det i nytte- og alvorlighetskriteriene skulle spesifiseres at mestring omfatter fysisk, psykisk og sosial mestring. Departementet legger til grunn en helhetlig tilnærming til helse, der den fysiske, psykiske og sosiale helsa ikke bør og kan skilles fra hverandre, men må ses i en helhet. Departementet mener derfor at Blankholm-utvalgets forslag om å spesifisere at mestring omfatter fysisk, psykisk og sosial mestring er overflødig og kun bidrar til å komplisere den tekstlige utformingen av kriteriene.

9.3 Forslag til felles prioriteringskriterier

I kapittel 9.1, slår departementet fast at det skal være felles prinsipper for prioritering i hele helse- og omsorgstjenesten. I kapittel 9.2 har departementet drøftet inngående hvorfor mestring bør inkluderes i prioriteringskriteriene. Blankholm-utvalget foreslår enkelte andre endringer i den tekstlige utformingen av nytte- og alvorlighetskriteriene. Utvalget foreslår også en endring i ressurskriteriets utforming. Nedenfor redegjør departementet for disse forslagene og departe-

mentets vurdering. Departementet foreslår i tillegg en forenkling og tydeliggjøring av nyttekriteriet.

9.3.1 Blankholm-utvalgets øvrige forslag til endringer i prioriteringskriteriene

Helsehjelp vs. tiltak i nytte- og alvorlighetskriteriet

Blankholm-utvalget foreslår å endre ordlyden fra «helsehjelp» til «tiltak» i nytte- og alvorlighetskriteriene begrunnet med at man i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ikke bare yter helsehjelp. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har som formål å ikke bare behandle pasienter og deres sykdommer, men møter også *brukere* med et bredt spekter av behov for tiltak også av mer omsorgs-/sosialfaglig karakter.

Departementet støtter denne vurderingen.

Gode leveår

Blankholm-utvalget foreslår å føye til «gode» som del av den tekstlige beskrivelsen av alvorlighetskriteriet, for å understreke livskvalitets- og mestringsaspektet.

Departementet mener det blir feil å erstatte «leveår» med «gode leveår». «Gode leveår» måles i to dimensjoner – levetid og livskvalitet, der den kvalitative dimensjonen (livskvalitet) måles med utgangspunkt i strekpunkt-listen og den kvantitative dimensjonen (levetid) måles med utgangspunkt i setningen til slutt («Både nå-situasjonen, varighet og tap av...»). Slik alvorlighetskriteriet opprinnelig er utformet, er disse to dimensjonene vektlagt hver for seg. Slik kriteriet er endret i utvalgets forslag blir det en dobbel vektlegging av livskvalitet ved at man legger til en kvalitativ dimensjon i den kvantitative delen av kriteriet.

Departementet mener dagens formulering bør beholdes.

Livskvalitet

Departementet viser til at Blankholm-utvalget foreslår å ta ut henvisningene til «livskvalitet og/eller livslengde» i nyttekriteriet begrunnet med at målet med tiltak i kommunal helse- og omsorgstjeneste som regel vil være bedret livskvalitet, og i liten grad påvirke livslengde. Etter departementets vurdering er ikke dette et godt argument for å ta ut en formulering som allerede tar høyde for at tiltak kan være rettet mot enten livskvalitet «og/eller» livslengde. Blankholm-utvalgets forslag har også konsekvenser for bruk av gode leveår som felles målenhet i metodevurderinger for prioriteringer på gruppenivå, jf. drøftinger i kapittel 9.7.

Ressurskriteriet

Ressurskriteriet som i dag gjelder for spesialisthelsetjenesten er formulert slik: *Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på.*

Blankholm-utvalget valgte å supplere med: *Ressurskriteriet skal ikke brukes alene, men sammen de to andre hovedkriteriene for prioritering.*

Departementet mener denne suppleringen ikke hører hjemme i selve definisjonen av ressurskriteriet, men i beskrivelsen av hvordan de tre kriteriene skal anvendes sammen. Det følger av de samlede prinsippene for prioritering at de tre kriteriene skal vurderes samlet. Samtidig er det, etter departementets vurdering, vanskelig å se for seg at ikke ressursbruk vil være et viktig hensyn dersom man har to tiltak med lik nytte og alvorlighet.

9.3.2 Departementets forslag til tydeliggjøring av nyttekriteriet

Departementet foreslår følgende formulering av nyttekriteriet der mestring inngår:

Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at tiltaket kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for:

- overlevelse
- forbedring eller redusert tap av mestring og/eller fysisk eller psykisk funksjon
- reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag

Departementet mener i tillegg at et klarere skille mellom leveårsdimensjonen (overlevelse) og livskvalitetsdimensjonen (mestring, funksjonstap, funksjonsforbedring og smerte/ubehag) vil bidra til en tydeliggjøring av hva som skal ligge til grunn for prioriteringsvurderinger. Departementet foreslår derfor at man splitter livslengde og livskvalitet i de tre strekpunktene i nyttekriteriet, der det første strekpunktet ivaretar *livslengde* og de to andre ivaretar *livskvalitet*. Dette er hensyntatt i forslaget over. Dette innebærer ingen endring av substansiell karakter, men må forstås som en tydeliggjøring og forenkling.

Nytte- og alvorlighetskriteriene har i tidligere arbeid speilet hverandre i utformingen. Departementet har derfor vurdert om tilsvarende endring bør gjelde for alvorlighetskriteriet som for nyttekriteriet. Departementets vurdering er at selv om symmetri i kriterienes utforming er ønskelig, egner ikke alvorlighetskriteriet seg til en tilsvarende endring som nyttekriteriet. Grunnen er at alvorlighetskriteriets første strekpunkt viser til en «risiko for» helsetap som vil kunne oppstå dersom tiltaket/helsehjelpen ikke igangsettes, mens kriteriets andre strekpunkt viser til «graden av» helsetapet som tilstanden påfører pasienten/pasientgruppen. Med andre ord, forstås alvorlighet både som en risiko for alvorlig tilstand (som begrunner prioritering av forebygging rettet mot den friske delen av befolkningen) og som grad av helsetap (som vil gjelde der man vurderer hvor stort helsetap «de syke» lever med sammenlignet med «de friske»). Det vurderes derfor som hensiktsmessig at de første to strekpunktene gjenspeiler disse dimensjonene, til tross for at formuleringen av henholdsvis nytte- og alvorlighetskriteriene ikke lenger vil være helt symmetriske.

9.4 Forslag til prioriteringskriterier i helse- og omsorgstjenesten

Regjeringen vil legge kriteriene nedenfor til grunn for prioritering i helse- og omsorgstjenesten.

Nyttekriteriet

Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at tiltaket kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for:

- overlevelse

- *forbedring eller redusert tap av mestring og/eller fysisk eller psykisk funksjon*
- *reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag*

Ressurskriteriet

Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på.

Alvorlighetskriteriet

Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra:

- *risiko for død eller tap av mestring og/eller funksjon*
- *graden av tap av mestring og/eller fysisk eller psykisk funksjon*
- *smerter, fysisk eller psykisk ubehag*

Både nå-situasjonen, varighet og tap av fremtidige leveår har betydning for graden av alvorlighet. Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med tiltaket.

9.5 Hvilken ressursbruk og nytte skal telles med

Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helse-tjeneste* trakk opp følgende avgrensninger for hvilken nytte og ressursbruk som skal vektlegges i prioriteringsbeslutninger:

- Helseforbedringer for pårørende kan i relevante tilfeller telles med i beregning av nytte.
- All relevant ressursbruk i helsetjenesten skal så langt som mulig tas hensyn til.
- Konsekvenser for ressursbruk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten utløst av tiltak i spesialisthelsetjenesten skal tas hensyn til i metodevurderinger på gruppenivå.
- Det skal tas hensyn til pasientens tidsbruk knyttet til gjennomføring av helsehjelpen.
- Konsekvenser av helsehjelp for pasientens fremtidige produktivitet skal ikke tillegges vekt.
- Konsekvenser av helsehjelp for pasienters fremtidige forbruk av offentlige tjenester og mottak av stønader/pensjoner skal ikke tillegges vekt.

Disse rammene har siden ligget til grunn for prioriteringsbeslutninger i spesialisthelsetjenesten, for legemidler finansiert over folketrygden og når henvisninger fra primærhelsetjenesten vurderes i spesialisthelsetjenesten. Blankholm-utvalget skri-

ver følgende om hvilken nytte og ressurser som er relevante for prioriteringsbeslutninger (ss. 99–100):

I Meld. St. 34 (2015–2016) ble det vist til at helsehjelp kan ha konsekvenser for pasientenes arbeidsevne, det vil si deres fremtidige bidrag til verdiskaping i økonomien. Regjeringen mente at konsekvenser av helsehjelp for pasienters produktivitet ikke skulle vektlegges, da dette ville bryte med helse-tjenestens verdigrunnlag. Unntaket er folkehelse-tiltak med et klart befolkningsperspektiv. I dette tilfellet mener man i Meld. St. 34 (2015–2016) at det vil være naturlig å regne med konsekvenser for fremtidig økt produktivitet.

Utvalget vil understreke at de deler vurderingene i Meld. St. 34 (2015–2016) om at mulige gevinster knyttet til økt produktivitet ikke skal tillegges vekt ved prioriteringsbeslutninger. For mange individer vil det allikevel være nytte forbundet med å kunne delta aktivt i yrkeslivet. Dette vil, slik utvalget ser det, bli fanget opp gjennom utvalgets forslag til nyttekriterium.

En naturlig konsekvens av dette er at man ved fordeling av ressurser i helse- og omsorgstjenesten ikke skiller mellom individer eller grupper basert på deres mulighet til å bidra til verdiskaping gjennom deltakelse i arbeidslivet. På samme måte skiller man ikke mellom individer eller grupper basert på om de kan forventes å få behov for fremtidige offentlige tjenester eller ikke.

Med ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten forstås både den ressursbruken som er direkte knyttet til det tiltaket som vurderes gjennomført, og ressurser knyttet til fremtidig bruk av helse- og omsorgstjenester som kan knyttes til tiltaket. Det innebærer for eksempel at fremtidig redusert bruk av helse- og omsorgstjenester som kan knyttes til et forebyggende tiltak, skal inngå i ressursregnskapet. På samme måte skal fremtidig bruk av helse- og omsorgstjenester knyttet til et tiltak inngå i ressursregnskapet som en kostnad.

Departementet deler utvalgets vurderinger. Forslaget om å gjøre kriteriene gjennomgående i hele helse- og omsorgstjenesten og forslagene i denne meldingen til konkrete endringer i kriteriene, endrer etter departementets syn ikke avgrensningene som ble trukket opp i Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* av hvilken

nytte og ressursbruk som skal vektlegges i prioriteringsbeslutninger. Det utvidede helsetjenesteperspektiv som ble lagt til grunn i Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* innebærer at alle relevante helseeffekter og kostnader, for pasienten og i helsetjenesten, som enten oppstår som følge av, eller kan forventes å endres som følge av tiltaket som vurderes, skal inngå i vurderingen. Andre forhold skal ikke vektlegges i prioriteringsbeslutninger.

Forslaget om å inkludere mestring i prioriteringskriteriene endrer ikke avgrensningen av hvilken nytte og ressursbruk som skal telles med. Det er kun konsekvenser av et tiltak i helse- og omsorgstjenesten som påvirker pasientens/brukerens evne til å mestre hverdagen som kan knyttes til helsetilstanden som skal telles med. Konsekvenser av et tiltak for den enkeltes opplevelse av mestring, men som ikke er klart forbundet med pasientens helsetilstand skal ikke tillegges vekt. Dersom et tiltak for eksempel bidrar til å øke den enkeltes opplevelse av mestring gjennom økt selvrealisering eller økt sosial status, uten at den helserelevante livskvaliteten forbedres, vil ikke dette være relevant å vektlegge i en prioriteringsbeslutning i helse- og omsorgstjenesten. Derimot kan redusert evne til egenomsorg, personlig stell, fysisk, psykisk og sosial funksjon forårsaket eller forbundet med helsetilstanden være relevant i vurdering av nytte og alvorlighet. Skillet mellom helserelevanter og ikke-helserelevanter nytte og alvorlighet må etter departementets vurdering ligge fast, og mestring må i prioriteringssammenheng forstås innenfor et utvidet helsetjenesteperspektiv.

Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* slår videre fast at gevinster for samfunnet for øvrig, som ikke er knyttet til pasienten eller pårørendes fysiske og psykiske helse, ikke skal inkluderes i vurdering av nytte i prioriteringssammenheng. Meldingen peker på at tiltak som fremmer tilknytning til arbeidslivet kan ha stor betydning for den enkeltes helse. Helserelevante livskvalitetsaspekter ved det å være i arbeid kan derfor inngå i nyttevurderingen. Framtidig arbeidsevne og den framtidige verdiskapningen til en yrkesaktiv pasient skal imidlertid ikke inkluderes i grunnlaget for vurdering av et tiltaks nytte. Dette ville i så fall føre til at yrkesaktive ville prioriteres over uføre og at sykdommer overrepresentert hos personer med høy inntekt ville prioriteres over sykdommer overrepresentert hos personer med lav inntekt. Dette ville være i strid med verdi-grunnlaget for helse- og omsorgstjenesten. Denne vurderingen må etter departementets syn også

gjelde for prioriteringsbeslutninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester.

Blankholm-utvalget drøfter om kommunens brede samfunnsoppdrag gir konsekvenser for hvilke tiltak og oppgaver som skal prioriteres, og skriver at det i den sammenheng vil være naturlig å vurdere den samlede ressursbruken på tvers av sektorer (s. 100):

Det kan være tiltak i andre sektorer som vil kunne ha positive helseeffekter, men en diskusjon av disse ligger utenfor utvalgets mandat. På den andre siden vil det også være tiltak som gjennomføres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som motiveres av og påvirker ressursbruk i andre kommunale sektorer. Et eksempel kan være forebygging gjennom skolehelsetjenesten hvor man forventer redusert bruk av ressurser i form av pedagogisk personale i skolen. Et annet eksempel kan være forebygging som har som mål å hindre at individer faller utenfor arbeidslivet. Også her vil det være ressursmessige konsekvenser i andre sektorer som det vil være naturlig å ta med.

Utvalget mener derfor at det er relevant å ta hensyn til ressursbruk og eventuelt ressursbesparelser i andre sektorer enn helse- og omsorgssektoren når ressursbruk/besparelse kan knyttes direkte til tiltak i helse- og omsorgssektoren. Snarere enn å skille mellom et samfunnsperspektiv og et helsetjenesteperspektiv, vil utvalget mene at det for de kommunale tjenestene er riktigere å skille mellom et samfunnsperspektiv og et bredt tjenesteperspektiv. Et slikt tjenesteperspektiv må omfatte alle tjenester som direkte påvirkes av tiltaket under vurdering, altså mer enn bare helse- og omsorgstjenester.

Departementet deler ikke utvalgets vurdering på dette punktet. Utvalget foreslår at endringer i ressursbruk som et tiltak utløser på andre kommunale områder enn helse- og omsorg, skal vektlegges i prioriteringsbeslutninger innen helse- og omsorgstjenesten. Forslaget innebærer at et tiltak som kan redusere kommunens utgifter utenfor helse- og omsorgstjenesten skal få høyere prioritet enn et annet tiltak som ikke medfører slike utgiftsbesparelser, selv om nytten og alvorligheten for pasientene er den samme ved de to tiltakene. Siden det er forskjeller i kommunenes tilbud på ulike områder, og dermed forskjeller i konsekvenser av tiltak innen helse- og omsorgstjenesten for ressursbruken på andre områder,

innebærer forslaget også at like tilfeller kan bli behandlet ulikt mellom kommunene. Forslaget vil også medføre at kommunene og helseforetakene vil ha ulik inngang til hvilke ressurser som skal regnes med. I et system med gjennomgående prioriteringskriterier og økende behov for felles utvikling av tjenester på tvers av nivåene, vil dette være uheldig.

Det kan også være nyttig å peke på hvordan logikken i forslaget overført til nasjonalt nivå vil slå ut. Tiltak i spesialisthelsetjenesten kan for eksempel ha konsekvenser for utgifter til dagpenger eller arbeidsmarkedstiltak. Etter departementets vurdering vil det imidlertid være i strid med verdigrunnlaget i helse- og omsorgstjenesten dersom konsekvenser for denne ressursbruken av tiltak i spesialisthelsetjenesten skal påvirke fordelingen av ressursene og tilgangen til spesialisthelsetjenester for ulike pasientgrupper.

Etter departementets vurdering vil Blankholm-utvalgets forslag på dette punktet gi utfall som er i strid med verdigrunnlaget for helse- og omsorgstjenesten, og verken gi en rettfærdig fordeling av ressursene eller likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester. Etter departementets syn må avgrensningen som ble slått fast i Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* av hvilken ressursbruk som skal telles med, også gjelde for prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, dvs. at ressursbruk som er knyttet til andre offentlige tjenester eller stønader ikke tillegges vekt i prioriteringsbeslutninger. Departementet vil samtidig understreke at det både for kommunene og for regjering og Storting selvfølgelig er viktig å se ulike sektorer i sammenheng når budsjettmidler skal fordeles mellom sektorene. Til grunn for disse beslutningene ligger nødvendigvis et bredt samfunnsperspektiv. Dette beskriver imidlertid en annen beslutningssituasjon enn den som er knyttet til fordeling av ressursrammen som henholdsvis kommunestyret og Storting har satt av til helse- og omsorgstjenester.

Departementet anerkjenner samtidig at kommunestyret ofte vil være tettere på disse avveiningene enn det nasjonale politiske myndigheter vil være. Det kan innebære at skillet mellom prioriteringsbeslutninger innen det avsatte budsjettet til kommunale helse- og omsorgstjenester, og beslutninger om fordeling av ressurser mellom ulike kommunale sektorer kan oppleves som mindre tydelig enn på nasjonalt nivå. Departementet legger derfor til grunn at det i noen sammenhenger kan være hensiktsmessig for helsepersonell og beslutningstakere i kommunene å legge vekt på konsekvenser av tiltak i helse- og

omsorgstjenesten for ressursbruk på andre kommunale sektorer. Etter departementets vurdering bør dette imidlertid i så fall inngå som skjønnsmessige vurderinger i en totalvurdering av tiltak.

9.6 Anvendelse av kriteriene på de ulike beslutningsnivåene

Felles verdigrunnlag og pasientenes behov for en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste, innebærer at anvendelsen av prioriteringskriteriene på de ulike tjenestenivåene i utgangspunktet bør være felles. Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* slo fast at prioriteringskriteriene må vurderes samlet, og at de i tillegg må veies mot hverandre. Jo mer alvorlig en tilstand er eller jo høyere nytte et tiltak har, jo høyere ressursbruk kan aksepteres. Man skilte samtidig tydelig mellom ulike beslutningssituasjoner, særlig mellom klinisk nivå og gruppenivå, i beskrivelsen av hvordan kriteriene skal veies sammen. Det ble også slått fast at det kan være hensyn som ikke fanges opp av prioriteringskriteriene, men som kan være relevante i skjønnsmessige vurderinger som skal inngå i en totalvurdering av et tiltak.

Blankholm-utvalget drøfter også hvorvidt de samme prioriteringskriteriene skal brukes på ulike beslutningsnivåer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige finansierte tannhelsetjenesten. Blankholm-utvalget skriver følgende (s. 96):

I tråd med Meld. St. 34 (2015–2016) mener utvalget at de samme hovedkriteriene for prioritering bør gjelde på alle beslutningsnivåer. Utvalget mener videre, i tråd med anbefalinger i Meld. St. 34 (2015–2016), at kriteriene bør gis en tekstlig utforming som gjør dem egnet til bruk på faglig nivå, det vil si i møtet med den enkelte pasient eller bruker. Med utgangspunkt i denne tekstlige utformingen vil utvalget vurdere om kriteriene også kan gis en operasjonalisering til bruk på administrativt og politisk nivå, det vil si ved beslutninger som vil ha konsekvenser for større grupper av pasienter/brukere.

Utvalget mener kriteriene bør danne et naturlig grunnlag for prioriteringsbeslutninger på alle nivåer i helse- og omsorgstjenesten, fra politisk og administrativt nivå til helse- og omsorgspersonell som jobber i tjenestene. Målet er åpne og etterprøvbare beslutningsprosesser der prioriteringskriteriene ligger til grunn for de beslutningene som fattes.

Departementet støtter utvalget i dette synet, og mener at beskrivelser i Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* legger rammene for hvordan kriteriene skal anvendes på ulike beslutningsnivåer i helse- og omsorgstjenesten. Beslutningssituasjonene er samtidig ulike på tvers av tjenestenivåene, og må drøftes konkret. Nedenfor drøfter departementet anvendelsen av kriteriene på henholdsvis klinisk nivå, gruppenivå, administrativt nivå og politisk nivå for spesialisthelsetjenesten og for legemidler finansiert over folketrygden, samt for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og offentlig finansierte tannhelsetjenester.

For å sikre at beslutningstakere vektlegger forhold som er konsistente med kriteriene for prioritering, er det viktig med gode virkemidler som kan veilede beslutningstakere. Eksempler på slike virkemidler er faglige retningslinjer og veiledere. I spesialisthelsetjenesten, for legemidler finansiert over folketrygden og når henvisninger fra primærhelsetjenesten vurderes i spesialisthelsetjenesten, finnes i dag flere type virkemidler for å understøtte rettferdig og likeverdig prioritering. Det er ikke tatt i bruk tilsvarende virkemidler i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og offentlig finansierte tannhelsetjenester. Dette er en naturlig konsekvens av at det ikke har vært vedtatt prioriteringskriterier for denne delen av helse- og omsorgstjenesten. En viktig oppfølging av forslagene i denne meldingen om felles prinsipper for prioritering i helse- og omsorgstjenesten vil være utforming av slike virkemidler for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og offentlig finansierte tannhelsetjenester.

9.6.1 Klinisk nivå

Den tekstlige utformingen av kriteriene er relevant for prioriteringer i helse- og omsorgstjenestens møte med den enkelte pasient eller bruker.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og offentlig finansierte tannhelsetjenester

Prioriteringsvurderinger på dette nivået gjøres i hovedsak i møtet mellom helsepersonell og den enkelte pasient og bruker. Dette skiller seg ikke prinsipielt fra prioriteringsvurderinger som gjøres i spesialisthelsetjenesten. Beslutninger på dette nivået handler blant annet om det skal iverksettes tiltak, og i tilfellet hvilket tiltak pasienten eller brukeren skal få tilbud om. Beslutningstakere er i stor grad helsepersonell, i tillegg til pasienter, brukere og pårørende.

Det kan, i tråd med Blankholmutvalgtes inndeling, skilles mellom tre typer prioriteringssituasjoner:

- *Prioriteringsvurderinger som gjøres i møtet med pasienter og brukere med et øyeblikkelig hjelpebehov:* Når pasienten har akutt behov for hjelp, foretas det ingen formell vurdering av retten til nødvendig helsehjelp. Øyeblikkelig hjelp omfatter situasjoner der det oppstår akutt behov for undersøkelse og behandling blant annet for å gjenopprette og/eller vedlikeholde vitale funksjoner eller for å forhindre og/eller begrense alvorlig funksjonsnedsettelse som følge av skade eller sykdom. Prioritering mellom pasienter er avgjørende ved legevakter og tannlegevakter med så stor pågang at det oppstår samtidighetskonflikt. Mange pasienter som oppsøker legevakten, har akutt behov for hjelp. Triage er et klinisk risikostyrings- og prioriteringssystem som kan brukes innen akuttmedisin for å styre pasientflyt, når behovene/etterspørselen overstiger kapasiteten.
- *Vurderinger av om pasient og bruker skal ha et vedtak om tildeling av kommunal helse- og omsorgstjeneste:* Kommunen har ansvar for at det gjøres vurderinger av hva som er nødvendige tjenester for den enkelte pasient/bruker. Det besluttes blant annet om en pasient/bruker skal tilbys sykehjemsplass eller hjemmebaserte tjenester. Videre vurderes det om pasienten skal tilbys (re)habiliteringsopphold etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende gjøres det vurderinger om personlig assistanse og/eller praktisk bistand. Mange kommuner har opprettet egne enheter for vurdering av behov og for tildeling av individuelle helse- og omsorgstjenester. Enhetene går under forskjellige navn: tildelingskontorer, bestillerkontor, inntakskontor og liknende. Det er imidlertid en trend at disse beslutningene flyttes fra slike kontorer og gjøres i et nært samarbeid mellom utøver, bruker/pårørende og beslutningstaker.
- *Vurderinger i helsepersonells møte med pasienter og brukere:* Mange prioriteringer foretas i helsepersonells møte med den enkelte pasient og bruker. Vurderingene gjøres fortløpende, ofte uten tid til å drøfte og reflektere sammen med kolleger. Helsepersonells medisinske kunnskap og førstehåndskjennskap til pasienten/brukeren er derfor grunnleggende for å kunne gjøre gode prioriteringer. Det kan dreie seg om fastlegens eller tannlegens vurdering av pasienten. Helsepersonell må også prioritere mellom pasienter og mellom brukere. På

sykehjemmet må sykepleiere og helsefagarbeidere løpende vurdere hva som skal prioriteres først, eller helsesykepleier i skolehelsetjenesten må prioritere mellom elevene som oppsøker tjenesten.

I motsetning til i spesialisthelsetjenesten, hvor prioriteringskriteriene eksplisitt kommer til uttrykk i lovverk ved vurdering av rett til nødvendig helsehjelp, framkommer ikke prioriteringskriteriene av lovgivningen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette er en konsekvens at man i dag ikke har vedtatte kriterier for prioritering i denne delen av tjenesten. Det finnes i dag saksbehandlingsveiledere for de kommunale helse- og omsorgstjenestene som gir statlige føringer for saksbehandling (tildeling og utforming) av tjenester og tiltak (se boks 7.3 Saksbehandlingsveileder for den kommunale helse- og omsorgstjenesten). Veilederen viser til at tjenesten må oppfylle en forsvarlig minstestandard, men sier ikke noe om hvilke kriterier som bør ligge til grunn for vurderingen av tiltak.

Vurderinger i møte med pasienter og brukere med et øyeblikkelig hjelp-behov er i stor grad like i spesialisthelsetjenesten, den offentlige tannhelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vurderinger av om pasienter og brukere skal ha et vedtak om tildeling av kommunal helse- og omsorgstjeneste, er beslutninger som angår enkeltindivider og som baseres på en faglig vurdering. Det finnes ikke nasjonale retningslinjer for tildeling av tjenester. Noen kommuner har utarbeidet lokale veiledere for når en pasient eller bruker skal tilbys tjenester, og kommunene er pålagt å utarbeide lokale forskrifter som regulerer tildeling av sykehjemsplass. Det vil dermed variere fra kommune til kommune hvilke forhold som tillegges vekt. For andre tjenester vil prioritering på klinisk nivå ikke bare dreie seg om hvorvidt det skal gis et tiltak, men i stor grad hvordan helsepersonell fordeler arbeidstiden sin mellom ulike oppgaver og individer. Uklarhet om hvordan kriteriene skal anvendes kan skape usikkerhet og ulik praksis og komme i veien for målet om at pasienter blir behandlet likeverdige.

Departementet mener det bør utarbeides en nasjonal veileder for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Denne bør omfatte både vedtaksbaserte tjenester og andre helse- og omsorgstjenester som kommunene har ansvar for å tilby, og vil kunne veilede og støtte beslutningstakere i kommunene i konkrete prioriteringssituasjoner (se kapittel 14.4 om Pedagogiske virkemidler).

Spesialisthelsetjenesten

Etter departementets vurdering innebærer forslagene til endringer i prioriteringskriterier i denne meldingen ingen særskilte endringer i måten kriteriene kommer til anvendelse på i ulike kliniske situasjoner som beskrevet i Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste*.

Når det gjelder inkludering av mestring i nytte- og alvorlighetskriteriene, er det departementets syn at mestring allerede er et sentralt hensyn i mange prioriteringsbeslutninger på klinisk nivå i spesialisthelsetjenesten og når henvisninger fra primærhelsetjenesten vurderes i spesialisthelsetjenesten. Det finnes blant annet flere eksempler på at mestring allerede, implisitt, er en del av prioriteringsveilederne som ligger til grunn for prioriteringer på klinisk nivå. I prioriteringsveilederen for spiseforstyrrelser er familiens mestringsevne et av flere relevante individuelle forhold som kan vurderes. Et annet eksempel er skolevegring som er et vurderingsforhold i prioriteringsveilederen for psykisk helsevern for barn og unge. Selv om det ikke er en uttalt del av prioriteringskriteriene, viser det at mestring allerede inngår i prioriteringsveilederne der det er særlig relevant. Prioriteringer på klinisk nivå innebærer også at beslutningstakere foretar individuelle, skjønnsmessige helhetsvurderinger – der mestring ofte kan inngå. En konkret tilføyelse av mestring i prioriteringskriteriene vil bidra til bedre samsvar mellom verdigrunnlaget, kriteriene og de faktiske prioriteringsbeslutningene som helsepersonell og ledere i tjenesten tar. Forsterkingen av mestringsbegrepet i nytte- og alvorlighetskriteriene vil også kunne gi større legitimitet til mestring som et relevant forhold i en helhetsvurdering.

I lys av forslagene til prinsipper for prioritering for helse- og omsorgstjenesten i denne meldingen vil det være behov for mindre tilpasninger i begrepsbruken i prioriteringsforskriften, jf. kapittel 14.3.

9.6.2 Gruppenivå

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og offentlig finansierte tannhelsetjenester

I den kommunale helse- og omsorgstjenesten og offentlig finansierte tannhelsetjenester er det i dag ingen systematisk bruk av metodevurderinger og kunnskapsoppsummeringer som grunnlag for prioriteringsbeslutninger, slik som tilfellet er i spesialisthelsetjenesten og for legemidler finansiert over folketrygden. Som en konsekvens av

det kommunale selvstyret har man heller ingen enhetlig beslutningspraksis til innføring av tiltak i helse- og omsorgstjenesten på tvers av kommunene. I motsetning til i spesialisthelsetjenesten – der det er lovfestet at de fire regionale helseforetakene skal fatte felles beslutninger om innføring av legemidler og metoder – kan den enkelte kommune fatte hver sin prioriteringsbeslutning om å ta i bruk for eksempel ny helseteknologi til sine innbyggere. Dette understøtter i utgangspunktet ikke et mål om likeverdig tilgang til tjenester i hele landet. Samtidig vil et beslutningssystem – slik man har i spesialisthelsetjenesten – komme i konflikt med det kommunale selvstyret. Et slikt system vil derfor ikke være aktuelt å innføre for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Et mål om bedre beslutningsstøtte og kunnskapsgrunnlag er samtidig ikke i konflikt med det kommunale selvstyret. Departementet viser til kapittel 8.3.1 Utviklingen av et kunnskapsstøttesystem for kommunale helse- og omsorgstjenester, der det redegjøres for utviklingen av et kunnskapsstøttesystem for kommunale helse- og omsorgstjenester. Formålet med et kunnskapsstøtte system for kommunale helse- og omsorgstjenester er å gi kommunene grunnlag for å kunne ta beslutninger i tråd med prioriteringskriteriene.

Spesialisthelsetjenesten og legemidler finansiert over folketrygden

På gruppenivå fattes prioriteringsbeslutninger av Statens legemiddelverk for legemidler finansiert over folketrygden og av de regionale helseforetakene for legemidler og metoder finansiert av spesialisthelsetjenesten. Både Statens legemiddelverk og Beslutningsforum i de regionale helseforetakene fatter sine beslutninger basert på metodevurderinger tuftet på klare og konsistente kriterier. Hvordan prioriteringskriteriene skal kvantifiseres til bruk i metodevurderinger på gruppenivå, og hvordan kriteriene skal veies sammen i prioriteringsbeslutninger er nøye beskrevet i Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste*. Forslagene i denne meldingen endrer ikke på dette. Som en oppfølging av Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* er det lovfestet at de regionale helseforetakene skal sørge for et felles system som tar stilling til hvilke metoder som skal tilbys i spesialisthelsetjenesten.

Etter departementets syn er tilføyelsen av mestring i nytte- og alvorlighetskriteriet i helse- og omsorgstjenesten i samsvar med bruk av gode leveår og QALY som felles måleenhet for nytte og

alvorlighet på gruppenivå. Det finnes allerede i dag tilstrekkelig rom for å hensynta aspekter ved mestring, både kvantitativt og kvalitativt, der det er relevant.

9.6.3 Administrativt nivå

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og offentlig finansierte tannhelsetjenester

Prioriteringsvurderinger på administrativt nivå i kommunesektoren omfatter fordeling av ressurser innenfor de politisk gitte rammene, beslutninger om løpende drift, fordeling av personell og budsjettmidler, samt organisering og innretning av tjenestene. I tillegg vurderes det hva som er nødvendig kapasitet for å ivareta sørge foransvaret for helse- og omsorgstjenestene. Hvordan man innretter kapasiteten og styrer ressursene i tjenestene, kan få konsekvenser for tilgangen til og kvaliteten på tilbudet til ulike pasientgrupper. Beslutningstakere på administrativt nivå er ledere på ulike nivåer, dvs. rådmann/kommunedirektør og ledere i helse- og omsorgssektoren i kommunen.

Administrativt nivå i kommunesektoren har en viktig oppgave i å forberede beslutningsgrunnlaget for politiske vedtak om de prioriteringene politikerne gjør i og mellom de ulike sektorene kommunene har ansvar for. Et godt beslutningsgrunnlag er viktig for å understøtte behovet for lokal tilpasning, befolkningens behov og tilgjengelige ressurser. Beslutninger på det administrative og politiske nivået i kommunen skjer i mange tilfeller i tett samarbeid, går ofte over i hverandre og kan være vanskelig å skille. Blankholm-utvalget skriver blant annet følgende om dette (s. 85):

For eksempel vil en beslutning om enten å ansette en ekstra sykepleier på sykehjemmet eller å utvide en stillingshjemmel i skolehelsetjenesten, både handle om hvor det politiske fokuset er og hva kommunens administrasjon mener er en faglig riktig prioritering.

De politisk fastsatte budsjettene og andre politiske vedtak setter rammer for administrasjonens vedtak. De enkelte beslutningene må gjøres innenfor de til enhver tid gjeldende finansierings-systemer og rammer som Stortinget fastsetter i de årlige budsjettene. I tillegg setter lovverket rammer for hvilke plikter kommunen til enhver tid har. Helse- og omsorgstjenester er bare én av mange oppgaver i kommunen, og kommunens oppgaver må vurderes opp mot hverandre.

Det finnes i dag begrenset med kunnskap om effekten av tiltak i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Kunnskapsutvikling om effekt av ulike tiltak er grunnleggende for kommunenes evne til å kunne prioritere i tråd med prioriteringskriteriene. Departementet drøfter utviklingen av et system for kunnskapsstøtte for kommunene nærmere i kapittel 8.3.1. I tillegg vil den pågående utviklingen av et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) kunne bidra til styring, utvikling og forvaltning av helse- og omsorgstjenester – i tråd med prioriteringskriteriene.

Spesialisthelsetjenesten

Ledere og styrere på ulike nivåer i helsetjenesten treffer beslutninger om løpende drift, fordeling av budsjetttrammer og investeringer som betyr noe for tilbudet til ulike pasientgrupper. Stortinget, regjeringen og kommunestyrene fordeler midler til helse- og omsorgstjenesten og fastsetter lover og forskrifter som har betydning for prioritering. De enkelte beslutningene må gjøres innenfor de til enhver tid gjeldende finansieringssystemer og rammer som Stortinget fastsetter i de årlige budsjettene. Både metodevurderinger og samfunnsøkonomiske analyser kan være viktige verktøy for å understøtte prioriteringsbeslutninger på administrativt nivå.

Departementet viser også til at det som en oppfølging av Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* er tatt inn i spesialisthelsetjenesteloven at de regionale helseforetakene skal innrette sitt tjenestetilbud basert på prioriteringskriteriene om nytte, ressursbruk og alvorlighet.

9.6.4 Politisk nivå

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og offentlig finansierte tannhelsetjenester

Politiske beslutninger kan deles inn i de som skjer på lokalt nivå, kommunestyret eller fylkestinget, og de som skjer på nasjonalt nivå (regjeringen og Stortinget). Det er kommunestyret som treffer vedtak på vegne av kommunen, med mindre annet følger av lov eller delegeringsvedtak. Politiske prioriteringer på lokalt nivå dreier seg om avgjørelser i ulike prinsipielle saker. Det kan være budsjettvedtak om fordeling av midler til helse- og omsorgstjenesten, vedtak om lokale bemaningsnormer eller valg av antall stillinger som for eksempel hvor mange jordmødre det skal være i kommunen. Kommuneplanen er viktig som overordnet styringsdokument når kommunene plan-

legger sine tjenester i årene framover. Beslutningstakere på lokalpolitisk nivå er politikere i kommunen og fylkeskommunen.

Beslutninger på nasjonalt nivå legger rammer for handlingsrommet på lokalt nivå. Prioriteringer på nasjonalt politisk nivå dreier seg blant annet om budsjettvedtak om folketrygden, øremerkede tilskudd og kommunerammen gjennom Stortingets behandling av statsbudsjettet. Videre omfatter prioriteringer på politisk nivå utvikling av stortingsmeldinger, strategier og handlingsplaner, samt vedtak om lover og forskrifter. Beslutningstakere på nasjonalt nivå er politikere i regjeringen og på Stortinget. Helse- og omsorgsministeren legger føringer for prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten. Kongen i statsråd fastsetter forskrifter som kan ha store konsekvenser for tilbudet til ulike pasientgrupper eller ressursfordeling.

Fordeling av midler mellom de ulike sektorene i kommunen og mellom tjenester og folkehelse tiltak er dermed både et resultat av politiske prioriteringer i kommunestyret og fylkestinget, og av prioriteringer i regjeringen og Stortinget. For statlige tiltak setter utredningsinstruksen krav om tilstrekkelig utredning av beslutningsgrunnlaget til Stortinget og regjeringen. Utredningen skal omfatte virkninger for fylkeskommunal og kommunal forvaltning. For kommunale tiltak følger det av kommuneloven et krav om at saker som blir lagt fram for folkevalgte organer, er forsvarlig utredet.

Det er viktig at både statlige og kommunale beslutninger er velbegrunnede og gjennomtenkte. Analyser basert på bruk av prinsipper for prioritering kan og bør i mange tilfeller inngå i et beslutningsgrunnlag for prioriteringsbeslutninger på politisk nivå. Politiske beslutninger vil imidlertid i sin natur fattes basert på en helhetlig avveining av mange ulike hensyn.

Spesialisthelsetjenesten

Beslutningstakere på dette nivået er i hovedsak politikere i regjeringen og på Stortinget. Stortinget fastsetter rammebetingelser og fordeler midler til helse- og omsorgstjenestene gjennom lovvedtak og bevilgninger. Helse- og omsorgsministeren legger føringer for prioritering av tiltak og fordeling av ressurser innenfor spesialisthelsetjenesten gjennom sine styringsdokumenter til de regionale helseforetakene. Departementet eller kongen i statsråd fastsetter forskrifter som kan ha store konsekvenser for tilbudet til ulike pasientgrupper eller fordeling av ressurser.

Tilsvarende som for de kommunale helse- og omsorgstjenestene har myndighetsorganer en viktig rolle i å utarbeide beslutningsgrunnlag for disse beslutningene. Utredningsinstruksen setter krav om tilstrekkelig utredning av beslutningsgrunnlaget til Stortinget og regjeringen. Også for spesialisthelsetjenesten kan og bør analyser basert på bruk av prinsipper for prioritering i mange tilfeller inngå i et beslutningsgrunnlag for prioriteringsbeslutninger på politisk nivå. Politiske beslutninger vil imidlertid i sin natur fattes basert på en helhetlig avveining av mange ulike hensyn.

9.6.5 Oppsummering

De samme prioriteringskriteriene bør gjelde for hele helse- og omsorgstjenesten. Departementet mener samtidig at det både er naturlig og ønskelig at prosessen som leder fram til prioritering er ulik både mellom de ulike tjenestenivåene, og på de ulike beslutningsnivåene innad i tjenestene. Det er store forskjeller mellom beslutningssituasjoner i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, blant annet når det gjelder hvilket beslutningsgrunnlag det er mulig å framskaffe, hvilke analyser det er mulig å gjennomføre i beslutningssituasjonen og hvilke hensyn som kan være relevante for beslutningstakerne å vektlegge – selv om beslutningene i utgangspunktet kan fattes på samme beslutningsnivå. Anvendelsen av kriteriene for prioritering i helse- og omsorgstjenesten må derfor relateres til beslutningssituasjoner både innad i og mellom tjenestenivåene.

Drøftingen over viser samtidig at det er behov for veiledning og støtte til de som skal fatte prioriteringsbeslutninger. Virkemidler for å understøtte beslutninger i tråd med kriteriene for prioritering har over tid blitt utarbeidet for spesialisthelsetjenesten, for legemidler finansiert over folketrygden og når henvisninger fra primærhelsetjenesten vurderes i spesialisthelsetjenesten. Et viktig arbeid fremover vil være å utarbeide virkemidler for å understøtte likeverdig og rettferdig tilgang til kommunale helse- og omsorgstjenester og offentlig finansierte tannhelsetjenester – i tråd med kriteriene for prioritering. Det vises til nærmere omtale av virkemidler for prioritering i kapittel 14.

9.7 Hvordan måle gode leveår?

Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* slo fast at nytte og alvorlighet skal

måles gjennom gode leveår og at gode leveår på gruppenivå skal måles ved QALYs. Blankholm-utvalget og et bredt flertall av høringsinstansene mener at nytte og alvorlighet også i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, bør måles gjennom gode leveår. Det er samtidig ulike syn på hvilken metode som er best egnet for å måle gode leveår i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

9.7.1 Utvalgets forslag

Blankholm-utvalget mener at nytte i prinsippet, også for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, kan operasjonaliseres som *gode leveår*, og at alvorlighet på samme måte kan operasjonaliseres som *tap av gode leveår*. Det innebærer også, på samme måte som spesialisthelsetjenesten, at nytten kan måles som kvalitetsjusterte leveår (QALY) og alvorlighet som forventet tap av kvalitetsjusterte leveår.

Utvalget peker videre på utfordringene ved bruk av QALY i dag, for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utvalget skriver (s. 104):

Kompleksiteten i helsetilstanden og multisykdom hos pasienter og brukere i den kommunale helse- og omsorgssektoren utgjør i mange tilfeller et eget problem ved måling av nytte. Mange pasienter/brukere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har flere sykdommer/tilstander samtidig. (...) For å måle effekten av tiltak på gruppenivå, må man kategorisere pasientene etter en fellesnevner, for eksempel en diagnose. I tilfeller med multisyke vil dette kunne være vanskelig. For en rekke sykdommer, for eksempel demens og psykiske lidelser, vil det også være vanskelig å fange opp endringer i livskvalitet med de vanlige skjemaene. Det er forsøkt å komme seg rundt disse utfordringene ved å lage egne skjemaer til disse gruppene. Problemet er at det da blir vanskelig å sammenlikne effekt av tiltak på tvers av grupper.

Utvalget viser imidlertid til den voksende interessen for utvikling av QALYs i omsorgstjenester og skriver at i den grad det er konsensus om QALY-instrumenter anvendt på omsorgssektoren, er det at disse kan være relevante, men at de i dag ikke er tilstrekkelig dekkende for sektorens målsettinger, og ikke tilstrekkelig sensitive når det gjelder effekter ut over helse. Utvalget viser til at det internasjonalt jobbes for å utvikle måling og dokumentasjon av effekten av tiltak til et videre spekter

av offentlige tjenester, inkludert helse- og omsorgstjenester.

Blankholm-utvalget foreslår å ta i bruk Multi Criteria Decision Analysis (MCDA) som et alternativ til kostnadseffektivitetsanalyser basert på QALY i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. MCDA er en annen type beslutningsmetode for å samtidig ta hensyn til flere ulike kriterier i en beslutningssituasjon. MCDA kan anvendes i prioriteringsbeslutninger på administrativt og politisk nivå i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i tannhelsetjenesten, når det skal tas hensyn til mange kriterier samtidig. Bruk av MCDA kan bidra til mer strukturerte og transparente prioriteringsprosesser og -beslutninger. Dette kan gi vanskelige prioriteringsbeslutninger større legitimitet.

9.7.2 Høringsinstansenes syn

Legeforeningen deler Blankholm-utvalgets vurdering om at QALY ikke er egnet som beslutningsverktøy for kommunale helse- og omsorgstjenester. Legeforeningen mener også at MCDA må gjøres til gjenstand for både grundig validering og pilotering, hvor gjennomførbarheten må vurderes og kost-nytte-studier må gjøres.

Helsedirektoratet skriver i sitt høringssvar at metodikken i MCDA prinsipielt ikke er så forskjellig fra QALY-metodikken. De skriver videre at «det er et ubesvart spørsmål hvordan man skal kunne få konsistente prioriteringer i hele helse- og omsorgstjenesten hvis MCDA med egne kriterier og egen vektning skal anvendes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, mens QALY-metodikk anvendes i spesialisthelsetjenesten».

FHI påpeker i sitt høringssvar at forskjellen mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester ikke er svart-hvit. Enkelte tiltak i kommunal helse- og omsorgstjeneste har god dokumentasjon og QALY vil derfor være en nyttig måleenhet for disse tiltakene, for eksempel barnevaksinasjonsprogrammet og en rekke av tiltakene som leger og tannleger bruker i diagnostikk og behandling av pasienter. FHI viser også til at det for mange tiltak i spesialisthelsetjenesten er begrenset dokumentasjon.

9.7.3 Departementets vurdering

Departementet legger vekt på at det er bred enighet om at nytte og alvorlighet også i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal måles ved gode leveår. Departementet registrerer samtidig at det er ulike syn på hvilken metode som er best

egnet for å måle gode leveår i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Departementet mener imidlertid at det er gode argumenter for at QALYs bør brukes som måleenhet for gode leveår også i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i offentlig finansierte tannhelsetjenester.

For det første bør metoden for å måle gode leveår være den samme på begge tjenestenivåene. Ønsket utvikling av pasientens helsetjeneste tilsier at samhandlingen mellom nivåene styrkes, at tjenester i økende grad ytes på tvers og/eller kan anvendes på begge nivåer. For pasientene er det helhetlige og sammenhengende tjenester som teller. Etter departementets vurdering vil det være uheldig dersom gode leveår, i en helse- og omsorgstjeneste som er tuftet på gjennomgående prioriteringskriterier og tilstreber helhetlige pasientforløp, måles på én måte i spesialisthelsetjenesten, for fastlegene og legemidler på blåresept, men på en annen måte for øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester. Det bør derfor som hovedprinsipp legges til grunn at gode leveår måles i form av QALYs i metodevurderinger på gruppenivå i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i offentlig finansierte tannhelsetjenester.

For det andre er det en fordel å legge til grunn en metode for å måle gode leveår som er bredt anvendt innenfor forskning og i helsenæringen. QALY er den måleenheten som først og fremst brukes i dag, både i Norge og i mange andre land.

For det tredje er ikke fraværet av et ideelt måleinstrument et godt argument mot å bruke QALYs, men uttrykk for behovet for å utvikle egnede metoder og supplere målinger av QALY med skjønnsmessige vurderinger. Måling av gode leveår med QALYs må i mange sammenhenger også i dag suppleres av skjønnsmessige vurderinger. I tillegg foregår utvikling av metodene for å måle gode leveår som over tid både vil kunne forbedre egenskapene til QALY og eventuelt bidra til utvikling av andre egnede måleinstrumenter, for å fange opp effekt av helsetiltak på ulike tjenestenivåer.

For det fjerde er det flere utfordringer knyttet til utvalgets forslag om å bruke MCDA. Bruk av MCDA vil komme i veien for målet om å etablere et felles system for å måle gode leveår på tvers av nivåene. Det vil i tillegg være komplisert å anvende fullstendig og kvantitativ MCDA metode på lokalt nivå og kreve betydelig metodekunnskap hos kommunale beslutningstakere. Tilsvarende som for bruk av QALY, fordrer en god anvendelse av MCDA for prioriteringsprosesser at det bygges opp et kunnskapssystem for kommunene og tannhelsetjenesten, med et sterkt sentralt miljø med

god metodekompetanse og med kapasitet til å støtte prosesser ved viktige prioriteringsbeslutninger. Med knappe ressurser og begrensede fagmiljøer vil det være uhensiktsmessig å bygge opp ulike metodesystemer for ulike deler av tjenesten.

Til sist – at QALY i liten grad benyttes i kommunal helse- og omsorgstjeneste i dag reflekterer primært at systematiske metodevurderinger i liten grad blir benyttet for å understøtte prioriteringsbeslutninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette er ikke et argument mot bruk av QALY, men et argument for å utvikle et bedre system for kunnskapsstøtte i kommunal helse- og omsorgstjeneste, jf. nærmere omtale av dette i kapittel 8.3.1.

9.8 Prinsipper for prioritering i helse- og omsorgstjenesten

Etter forslagene i denne meldingen om felles prinsipper for prioritering i helse- og omsorgstjenesten, og justeringer i de tre prioriteringskriteriene, er de samlede prinsippene for prioritering i helse- og omsorgstjenesten beskrevet her. Som omtalt tidligere er det i dag ingen systematisk bruk av metodevurderinger og kunnskapsoppsummeringer som grunnlag for prioriteringsbeslutninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og offentlig finansierte tannhelse-tjenester. Kvantifisering av kriteriene til bruk i metodevurderinger og sammenveing av kriteriene på gruppenivå vil derfor i all hovedsak praktiseres i spesialisthelsetjenesten og for legemidler finansiert over folketrygden. Det er samtidig et mål å utvikle et kunnskapsstøttesystem for kommunale helse- og omsorgstjenester, der metodevurderinger på sikt kan få anvendelse også på dette nivået.

Hovedkriterier for prioritering:

- Tiltak i helse- og omsorgstjenesten skal vurderes ut fra tre prioriteringskriterier: nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet. Nyttekriteriet og alvorlighetskriteriet gis en beskrivelse til bruk på klinisk nivå og en kvantitativ form til bruk i metodevurderinger på gruppenivå.

Kriteriene til bruk på klinisk nivå:

Nyttekriteriet

Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak

vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at tiltaket kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for:

- overlevelse
- forbedring eller redusert tap av mestring og/eller fysisk eller psykisk funksjon
- reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag

Ressurskriteriet

Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på.

Alvorlighetskriteriet

Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra:

- risiko for død eller tap av mestring og/eller funksjon
- graden av tap av mestring og/eller fysisk eller psykisk funksjon
- smerter, fysisk eller psykisk ubehag

Både nå-situasjonen, varighet og tap av fremtidige leveår har betydning for graden av alvorlighet. Gradene av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med tiltaket.

Kvantifisering av kriteriene til bruk i metodevurderinger på gruppenivå:

- Nytte skal måles som gode leveår.
- Alvorlighet skal kvantifiseres gjennom å måle hvor mange gode leveår som tapes ved fravær av tiltaket som vurderes, dvs. absolutt prognosetap.
- Ved vurderinger av forebyggende tiltak skal alvorlighet som utgangspunkt beregnes for de som hadde fått sykdommen ved fravær av tiltaket.
- Kvalitetsjusterte leveår (QALY) skal i tråd med dagens praksis brukes som et uttrykk for gode leveår.

Avgrensning av hvilken nytte og ressursbruk som skal vektlegges i prioriteringsbeslutninger:

- Helseforbedringer for pårørende kan i relevante tilfeller telles med i beregning av nytte.
- Konsekvenser av tiltak i helse- og omsorgstjenesten for pasientens framtidige produktivitet skal ikke tillegges vekt.
- All relevant ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten skal så langt som mulig tas hensyn til.

- Effekter på ressursbruken i helse- og omsorgstjenesten utløst av et tiltak skal tas hensyn til i metodevurderinger på gruppenivå.
- Pasientens tidsbruk knyttet til gjennomføring av tiltaket skal tas hensyn til.
- Konsekvenser av tiltak i helse- og omsorgstjenesten for pasienters framtidige forbruk av offentlige tjenester og mottak av stønader/pensjoner skal ikke tillegges vekt.

Sammenveiling av kriteriene på gruppenivå:

- Prioriteringskriteriene skal vurderes samlet og veies mot hverandre. Jo mer alvorlig en tilstand er eller jo større nytte et tiltak har, jo høyere ressursbruk kan aksepteres. Lav alvorlighet og begrenset nytte av et tiltak kan bare forsvares hvis ressursbruken er lav.
- Norheim-utvalget og Magnussen-gruppens anslag på alternativkostnad legges til grunn for prioriteringsbeslutninger på gruppenivå, dvs. 275 000 kroner per gode leveår.
- Et tiltak skal vurderes opp mot tiltakets alternativkostnad, dvs. nytten for andre pasienter som ellers kunne ha vært realisert med de samme ressursene. Det skal i tråd med dagens praksis beregnes en kostnad-effektbrøk som vurderes opp mot alternativkostnaden.
- Kostnad-effektbrøken skal vektas med alvorligheten. For å bli tatt i bruk skal et tiltak tilføre mer nytte per krone, justert for alvorlighet, enn tiltaket fortrenger. Svært alvorlige tilstander

kan tillegges en høy vekt, moderat alvorlige tilstander en moderat vekt og lite alvorlige tilstander en lav vekt. Jo mer alvorlig en tilstand er jo høyere kostnad-effektbrøk aksepteres. Dagens praksis gir et rimelig uttrykk for samfunnets vektlegging av høy alvorlighet i beslutninger på gruppenivå.

- Som grunnlag for prioriteringsbeslutninger på gruppenivå skal det gjennomføres en metodevurdering i tråd med prinsippene for prioritering.
- Basert på metodevurderinger skal skjønnsmessige vurderinger inngå i en totalvurdering av tiltak. Dette er særlig knyttet til vurderinger av:
 - kvalitet og usikkerhet ved dokumentasjon. Stor usikkerhet knyttet til dokumentasjon og beregningsmetoder skal, alt annet likt, gi lavere prioritet.
 - samlede budsjettkonsekvenser av et tiltak.
- Ved vurdering av tiltak rettet mot små pasientgrupper med alvorlig tilstand hvor det er vanskelig å gjennomføre kontrollerte studier av effekt, kan et lavere krav til dokumentasjon aksepteres.
- Ved vurdering av tiltak rettet inn mot særskilt små pasientgrupper med svært alvorlig tilstand, eksempelvis barn med medfødte genetiske sykdommer, der det ofte ikke finnes god dokumentasjon av nytten, kan det aksepteres høyere ressursbruk enn for andre tiltak.

10 Særskilt om alvorlighet og forebygging



Figur 10.1

Et område både Blankholm-utvalget og mange av høringsinstansene har vært opptatt av, er hvorvidt de foreslåtte prioriteringskriteriene understøtter prioritering av forebyggende tiltak i kommunal helse- og omsorgstjeneste, særlig alvorlighetskriteriets egnethet for forebyggende tiltak. Problemstillingen ble også drøftet for spesialisthelsetjenesten i Norheim-utvalget og i Magnussen-gruppen. I Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* ble det konkludert med at det er naturlig å legge de samme prinsippene for prioritering til grunn ved vurdering av forebyggende tiltak i helsetjenesten som for vurdering av behandlingstiltak.

10.1 Blankholm-utvalgets forslag

Blankholm-utvalget peker på den sterke vektleggingen av forebygging som et av områdene som skiller den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten fra spesialisthelsetjenesten. Utvalget mener det kan være krevende å prioritere forebyggende tiltak opp mot behandlende tiltak. Utvalget skriver (s. 101):

Flere aktører har i innspill [til utvalget] uttrykt bekymring for om alvorlighetskriteriet vil innebære at det legges uforholdsmessig stor vekt på behandling av akutte tilstander i forhold til forebygging. Utvalget mener denne bekymringen baserer seg på en misforståelse knyttet til hvordan man anvender kriteriet, og viser til Meld. St. 34 (2015–2016) der det står:

‘Forebyggende tiltak kan redusere risiko for død eller funksjonstap. Disse effektene vil etter Magnussen-gruppens alvorlighetskriterium påvirke en tilstands alvorlighet og dermed bli vektlagt i prioriteringsbeslutninger på klinisk nivå. For eksempel vil forebyggende intervensjoner mot unge pasienter med psykiske helseplager kunne forebygge mer alvorlige psykiske plager senere i livet (s. 95).’

Blankholm-utvalget skriver videre (s. 101):

I tråd med Norheim-utvalget og Magnussen-gruppen mener utvalget at alvorlighet ved forebyggende tiltak skal vurderes hos de som faktisk forventes å få gevinst av tiltaket, og da på det tidspunktet hvor gevinsten inntreffer. Dagens alvorlighetskriterium beskriver en tilstand som mer alvorlig jo mer det haster å komme i gang med tiltaket. Unødig venting kan gi dårligere prognose og dermed et større tap av fremtidige gode leveår. Utvalget mener dette også er relevant for tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i den offentlige tannhelsetjenesten.

Blankholm-utvalget løfter fram to utfordringer knyttet til forebygging (s. 86):

For det første vil gevinsten i form av bedret helse og mindre bruk av helsetjenester gjerne ikke hentes ut før det har gått lengre tid. Det kan dermed bli konflikter mellom ønske om å benytte ressurser på tiltak som gir effekt «der og da» og på tiltak hvor gevinsten ligger langt fram i tid, selv om denne vil kunne være større.

For det andre kan det være vanskelig å etablere en sikker sammenheng mellom tiltak og resultat – vi vet ikke om det bestemte forebyggende tiltaket har effekt. Mange forebyggende tiltak er målrettede og lar seg evaluere. Et eksempel på dette er barnevaksinasjonsprogrammet. Andre tiltak er mindre målrettede og kjennetegnes også ved at resultatet av forebyggingen kan komme på flere områder og i ulike former.

For bredere forebyggingstiltak vil det være vanskelig å vite om det er andre faktorer enn forebyggingen som har ført til endringer. Er det kontrollene og foreldreveiledningen på helsestasjonen som bidrar til god psykisk helse hos barn og unge? Eller kan det være gode barnehager og skoler som har best nytte? I hvilken grad skyldes endring i atferd den generelle samfunnsutviklingen?

10.2 Høringsinstansenes syn

Flere høringsinstanser uttrykker bekymring for om alvorlighetskriteriet, slik utvalget foreslår det, vil innebære at forebyggende tiltak nedprioriteres til fordel for behandling av mer akutte tilstander og etablert sykdom. Blant annet skriver KS at de «savner mer inngående drøftinger av hvordan kriteriene vil slå ut for helsefremmende og forebyggende arbeid».

Asker kommune skriver i sitt hørings svar:

Innbyggernes behov for helsetjenester kan være langvarige og ofte komplekse med flere tilstander samtidig, varierende funksjonsnivå og behov for fleksible tjenester. Det er en fare for at enkle tiltak med rask effekt prioriteres, fremfor langsiktige tiltak som har forebygging og helsefremming som mål, samt lavterskel tilbud som ikke er vedtaksbasert.

Kristiansand kommune skriver:

En er ikke uenige i at hastegrad og det akutte skal gis prioritet, men sett i sammenheng med de to andre kriteriene er en totalt sett urolig for om dette vil sikre nødvendig prioritet til det viktige helsefremmende og forebyggende arbeid, blant annet rettet mot barn og unge.

Napha skriver:

NAPHA mener det er en fare for at kommunenes ansvar for forebygging, helsefremming og oppfølging av lettere psykiske lidelser vil bli ned- eller bortprioritert som følge av de formulerte prioriteringskriteriene.

Og Actis skriver:

Flere høringsinstanser har i innspillsrundene uttrykt bekymring for hvordan prioriteringskriteriene vil påvirke forebyggingsinnsatsen i kommunene. Vi deler denne bekymringen.

Fredrikstad kommune stiller følgende spørsmål: «Kommunen har samme ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid og tilrettelegging for mestring som for oppfølging av behandlings- og mestringstiltak. Hvordan håndteres dette i en prioriteringsvurdering?»

Telemark fylkeskommune skriver:

(...) meiner at alvorlighet òg er eit viktig kriterium når ein skal vurdere kven som skal få

tannbehandling fremfor andre. Med alvorlighet meiner ein pasientar som ikkje har tyggeevne og der det går utover næringsinntaket, pasientar som har store kroniske smerter, alvorlege infeksjonar, orale misdanningar eller ikkje kan fungera sosialt på grunn av dårleg tannstatus. Det er likevel viktig å peika på at alvorlighetskriteriet ikkje i alle høve vil vera like brukbart for tannhelsetenesta som legg sterk vekt på helsefremmande og førebyggjande arbeid som ikkje gjev umiddelbare resultat. Den gode tannhelse i Norge i dag er eit resultat av ei tydeleg prioritering av dette arbeidet gjennom mange år. Ein må spørja seg om kva som ville vore konsekvensane dersom ein ikkje hadde gjennomført dei mange førebyggjande tiltaka.

10.3 Departementets vurdering

I likhet med tidlige utredninger og Blankholm-utvalgets vurderinger av kriterienes egnethet for forebyggende tiltak, mener departementet at prioriteringskriteriene er anvendbare på tiltak som er rettet mot forebygging som gjennomføres i helse-tjenesten, på lik linje med andre tiltak.

Norheim-utvalget viste til at man i kurativ medisin vurderer alvorlighet på det tidspunktet tilstanden oppstår (oppdages/diagnostiseres). Ved vurdering av alvorlighet for forebyggingstiltak vil det være et spørsmål om denne skal vurderes ved tidspunktet for når det forebyggende tiltaket gis (tiltakstidspunktet) eller på det tidspunktet hvor gevinsten av det forebyggende tiltaket inntreffer. Norheim-utvalget og Magnussen-gruppen mente begge at alvorlighet ved forebyggende tiltak skal vurderes hos de som faktisk (forventes) å få gevinst av det forebyggende tiltaket, og da på det tidspunktet hvor gevinsten inntreffer. Norheim-utvalget eksemplifiserte dette med HPV-vaksinering for å forebygge livmorhalskreft. Vaksinen er aktuell for barn i alderen 12–16 år og inngår i barnevaksinasjonsprogrammet for barn på 7. trinn. Disse har i utgangspunkter lav risiko for å utvikle livmorhalskreft, og tilstanden deres, når de får vaksinen, er derfor ikke alvorlig. Kvinner som utvikler kreft i livmorhalsen, får imidlertid en tilstand med betydelig forventet helsetap. De kvinnene som faktisk får gevinst fra HPV-vaksinen er de som ellers ville utviklet kreft. I Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helse-tjeneste* sluttet man seg til denne forståelsen av hvordan alvorlighet skal vurderes ved forebyggende tiltak.

Departementet mener denne forståelsen også må gjelde for prioritering av forebyggende tiltak i kommunale helse- og omsorgstjenester og i den offentlige tannhelsetjenesten. Det innebærer at alvorlighet ved forebyggende tiltak skal vurderes hos de som faktisk forventes å få gevinst av tiltaket, og da på det tidspunktet hvor gevinsten inntreffer. Departementet mener i tråd med dette, at mer systematisk bruk av prioriteringskriteriene trolig vil bidra til økt forebyggende innsats i kommunale helse- og omsorgstjenester. Departementet mener videre at tilføyelsen av mestring i prioriteringskriteriene vil understøtte prioritering av forebyggende tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Bekymringen som enkelte høringsinstanser anfører for at alvorlighetskriteriet vil føre til nedprioritering av forebyggende tiltak som ikke gir umiddelbar effekt, hviler etter departementets syn ikke på en riktig forståelse av prioriteringskriteriene. Departementet understreker samtidig behovet for å skille mellom konsekvensen for forebygging i kommunal helse- og omsorgstjeneste av å innføre prioriteringskriterier, og en generell opplevelse av at det er krevende å få oppmerksomhet og ressurser til dette arbeidet. At kommuner i dag kan streve med å prioritere forebyggende arbeid er et argument for å innføre og bruke prioriteringskriteriene, og ikke det motsatte.

Høringsinstansene peker på utfordringene med at effekten av tiltak ikke nødvendigvis tas ut der hvor tiltakene er iverksatt og at det ofte kan være utfordrende å dokumentere/måle effekten av tiltakene. Samtidig er det på enkelte områder allerede god kunnskap om effekt av forebyggende tiltak og folkehelseiltak samt om kostnadseffektiviteten av denne typen tiltak.

Departementet vil i denne sammenhengen vise til at mange forebyggende tiltak med dokumentert effekt er implementert, blant annet barnevaksinasjonsprogrammet. Andre eksempler er innenfor tannhelseområdet der det finnes god kunnskap om kariesforebyggende tiltak samt den veldokumenterte effekten av fysisk aktivitet, både som forebyggende tiltak og som del av oppfølging og behandling i helsetjenesten. Departementet vil også peke på forskning som understreker betydningen av tidlig innsats og forebygging med tanke på den enkeltes livskvalitet og nytten av tidlig innsats.

Departementet deler Blankholm-utvalgets påpekning om at kommunene, i sin vurdering av nytte og alvorlighet, må ta utgangspunkt i det kunnskapsgrunnlaget som foreligger om nytte og

alvorlighet av det aktuelle forebyggende tiltaket på gruppenivå. Det ekskluderer likevel ikke muligheten for å gjøre skjønnsmessige vurderinger knyttet til enkeltindivider, men det understrekes at også individrettet forebygging skal være kunnskapsbasert, så langt det er mulig.

Departementet vil videre understreke behovet for å skille mellom forebyggende tiltak gjennomført i den kommunale helse- og omsorgstjenesten rettet mot definerte pasientgrupper eller enkeltpersoner, og kommunenes forebyggende og helsefremmende arbeid rettet mot hele eller deler av befolkningen. Prioriteringskriteriene kommer til anvendelse for tiltak i den første kategorien, men ikke i den andre. Dette skillet er i tråd med drøftingen av forholdet mellom forebygging og prioriteringskriteriene i Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste*. Meldingen varslet samtidig at det skulle vurderes hvordan man kunne utvikle metodikken for å prioritere mellom ulike folkehelseiltak videre, og et behov for å avklare hva som skal være styrende ved valg av folkehelseiltak og forebyggende tiltak der målgruppen er befolkningen.

I Meld. St. 9 (2018–2019) *Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn* ble det derfor varslet et initiativ til et utredningsarbeid for å drøfte om det er mulig å lage retningslinjer som kan gi støtte til prioritering på folkehelseområdet. Arbeidet bør avklare ansvar for avgjørelser om prioritering på folkehelseområdet, hvilke folkehelseiltak som er aktuelle og avgrensninger mot prioriteringsprinsipper i spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten og virkeområdet for disse prinsippene. Som bidrag til et bedre kunnskapsgrunnlag for folkehelseiltak, er det som oppfølging av *Folkehelsemeldinga* etablert en enhet ved Folkehelseinstituttet for å styrke arbeidet med oppsummering av kunnskap og metodevurderinger, inkludert økonomiske evalueringer.

10.4 Diskontering

Blankholm-utvalget diskuterer diskontering for forebyggende tiltak. Forebyggende tiltak innebærer bruk av ressurser nå for å oppnå en potensiell gevinst fram i tid. Når man diskonterer omregnes en fremtidig verdi til nåverdi. Det er vanlig å anta at vi verdsetter et gode i dag høyere enn det samme godet en gang i fremtiden. For å kunne sammenlikne forskjellige tiltak der nytten og kostnadene påløper på ulike tidspunkt er det derfor nødvendig å justere for dette, slik at man

får sammenliknbare verdier. Utvalget skriver (s. 105):

Norheim-utvalget diskuterer [bruk av diskontering] og argumenterer for at man ikke bør legge mindre vekt på helsegevinster som oppstår fram i tid. Den praktiske konsekvensen av et slikt syn er at forebyggende tiltak vil få høyere prioritet i forhold til dagens system hvor også helsegevinster diskonteres. Norheim-utvalgets forslag ble ikke fulgt opp i Meld. St. 34 (2015–2016), og både helsegevinster og kostnader diskonteres i dag med 4 prosent.

Utvalget mener det vil være unaturlig å benytte en annen diskonteringsrate i vurderinger av tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten enn hva tilfellet er i spesialisthelsetjenesten. Samtidig vil utvalget påpeke at spørsmålet om diskontering av helsegevinster bør være gjenstand for videre utredning. Forebygging er en kjerneoppgave for kommunene, og valg av diskonteringsrate vil kunne være av stor betydning for de prioriteringer kommunene skal gjøre på administrativt og politisk nivå.

10.4.1 Departementets vurdering

Spørsmålet om diskontering ble utredet av Norheim-utvalget og drøftet i Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste*. Etter departementets syn gir ikke Blankholm-utvalget og høringsuttalelsene til utredningen grunnlag for å endre de vurderingene som ble gjort av dette spørsmålet i Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* (s. 138):

Norheimutvalget anbefalte at man i helseøkonomiske beregninger måler nytte i udiskonterte enheter. Høringsinstansene som kommenterte dette mente forslaget var for lite utredet. Departementet erkjenner at det ikke umiddelbart er opplagt at framtidig nytte i form av helseforbedringer skal nedjusteres i verdi over tid. Helse er ikke et gode man kan handle med, eller sette inn i banken og forvente avkastning på. Det kan også tenkes at folk verdsetter helse og andre goder ulikt over tid. For eksempel kan lettelse av symptomer for en person med kronisk sykdom føles like verdifullt om ti år som i dag, men et annet gode som for eksempel en bil kan ha falt i verdi. Det er imidlertid ikke entydig hvor stor betydning dette har for folks verdsetting av helse over tid.

Usikkerhet knyttet til helsetilstand og utvikling av denne fram i tid, kan gjøre at man verdsetter helseforbedringer med sikkerhet høyere i dag.

Departementet deler høringsinstansenes vurderinger om at Norheimutvalgets drøfting ikke gir tilstrekkelig grunnlag for å endre dagens praksis. Departementet mener at både nytte og kostnader

fortsatt bør diskonteres i metodevurderinger. Selv om det kan være argumenter som taler for en lavere diskonteringsrate mener departementet at det ikke er hensiktsmessig å endre dagens praksis. Departementet legger til grunn at diskonteringsraten også framover skal tilsvare den gjeldende kalkulasjonsrenten fastsatt til 4 pst.

11 Hvor går grensen?



Figur 11.1

Hvor går grensen for hvor mye vi er villig til å betale for et tiltak i helse- og omsorgstjenesten? Det er et av de mest krevende spørsmålene for helsepolitikere å svare på, og av de mest krevende beslutningene ledere i helse- og omsorgstjenesten tar. Dette spørsmålet ble grundig drøftet for spesialisthelsetjenesten av både Norheim-utvalget og Magnussen-gruppen. Regjeringen redegjorde for sin vurdering av dette i Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste*. Stortinget sluttet seg til denne vurderingen. Blankholm-utvalget drøfter spørsmålet om kostnadsgrenser for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, herunder forholdet mellom slike eventuelle grenser og ivaretagelse av pasienter og brukere med behov for ressurskrevende tjenester. Departementet redegjør i dette kapittelet for vurderingene av disse spørsmålene i Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste*, Blankholm-

utvalgets syn, høringsinstansenes innspill og departementets vurdering av disse spørsmålene.

11.1 Vurdering av kostnadsgrenser i Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste*

Spørsmålet om kostnadsgrenser er særlig relevant på gruppenivå der kriteriene anvendes i kvantitativ form. Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* slo tydelig fast at et tiltak må vurderes opp mot tiltakets alternativkostnad, dvs. nytten for andre pasienter som ellers kunne vært realisert med de samme ressursene. Norheim-utvalget og Magnussen-gruppens anslag på alternativkostnad ble lagt til grunn for prioritiseringsbeslutninger på gruppenivå, dvs. 275 000 kroner per gode leveår. Det ble samtidig slått fast

at alternativkostnaden måtte vektes med alvorligheten, og at dagens praksis gir et rimelig uttrykk for samfunnets vektlegging av høy alvorlighet i beslutninger på gruppenivå.

Meldingen slo samtidig tydelig fast at det ikke var hensiktsmessig med eksplisitte maksimale kostnadsgrenser. Stortinget sluttet seg til dette i Innst. 57 S (2016–2017). Regjeringen viste særlig til tre forhold som begrunnelse for dette. For det første medfører helseøkonomiske beregninger ingen beslutningsautomatikk. Vurderinger av blant annet kvalitet og usikkerhet ved dokumentasjon må vurderes helhetlig av den som har beslutningsmyndigheten. For det andre kan slike grenser bidra til at leverandørene øker prisene opp mot en slik grense. For det tredje vil det være krevende for Stortinget å fastsette prinsipper for prioritering, totale budsjett-rammer og en kostnadsgrense uten at disse størrelsene kommer i konflikt med hverandre. I Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* står det følgende om dette (s. 123):

Dersom Stortinget vedtar prinsipper for prioritering som foreslått i denne meldingen, viderefører omtrent den samme veksten i helsebudsjettene som før, men for eksempel vedtar eksplisitte grenser som er betydelig høyere enn de kostnadene per gode leveår. Beslutningsforum og Statens legemiddelverk har akseptert for nye metoder, vil konsekvensene bli omfattende omprioriteringer innenfor helsetjenesten. Disse omprioriteringene vil nesten uunngåelig være i strid med prinsippene for prioritering som Stortinget selv har vedtatt. Etter departementets vurdering bør derfor Stortinget vedta prinsipper for prioritering og totale ressursrammer for helsetjenesten. Innenfor disse rammene og prinsippene må de som har ansvaret for å treffe prioriteringsbeslutninger på gruppenivå, dvs. Statens legemiddelverk og Beslutningsforum, treffe sine beslutninger basert på vurderinger av alternativkostnaden knyttet til å innføre nye tiltak. Det fordrer samtidig at Stortinget og regjeringen står ved sitt ansvar og gir beslutningstakerne i helsetjenesten ryggdekning for disse beslutningene.

Det ble samtidig understreket i meldingen at hensynet til det grunnleggende menneskeverdet forklarer prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten som ikke nødvendigvis lar seg forklare med prinsipper for prioritering (s. 73):

En stor del av ressursene i helse- og omsorgstjenesten benyttes til tiltak som det ikke er lett

å måle om gir helseforbedringer, slik dette blir gjort for eksempel i metodevurderinger på gruppenivå ved innføring av nye metoder. Eksempler på slike tiltak kan være pleie og omsorg. Det er likevel ingen tvil om at disse tiltakene er nyttige for pasienter og utgjør en fundamental oppgave for helse- og omsorgstjenesten. Slikt arbeid trenger imidlertid ingen ytterligere begrunnelse enn å ivareta verdigheten til dem som trenger det.

11.2 Blankholm-utvalgets forslag

Blankholm-utvalget påpeker at en øvre kostnadsgrense for tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i praksis vil innebære at det for mange brukere vil være vanskelig å ivareta det utvalget omtalte som «grunnleggende behov» på et forsvarlig nivå, uten å gå ut over de implisitte kostnadsgrensene som er etablert i spesialisthelsetjenesten. Blankholm-utvalget understreker at prinsipper og kriterier for prioriteringer, så langt som mulig, bør være konsistente gjennom hele helse- og omsorgstjenesten. Det innebærer at det ikke bør være vesensforskjeller i de vurderinger som gjøres om forholdet mellom nytte, alvorlighet og ressursbruk for kommunale helse- og omsorgstjenester, offentlig finansierte tannhelsetjenester og tilsvarende vurderinger i spesialisthelsetjenesten. Utvalget påpeker at dersom man for tiltak med sammenliknbar effekt aksepterer en vesentlig høyere ressursbruk knyttet til tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og offentlig finansierte tannhelsetjenester, vil dette undergrave legitimiteten til de prioriteringene som gjøres i spesialisthelsetjenesten, og vice versa.

Blankholm-utvalget mener imidlertid at det går et grunnleggende skille mellom tjenester som har som sitt primære formål å behandle eller forebygge sykdom, og tjenester som har som sitt primære formål å ivareta innbyggernes grunnleggende behov. Blankholm-utvalget skriver (s. 107):

For den siste gruppen mener utvalget at samfunnet må akseptere den kostnaden som er nødvendig for å gi et minstenivå at tjenester. Dette vil også gjelde i de tilfeller hvor denne kostnaden er høyere enn de implisitte grensene som gjelder i spesialisthelsetjenesten. Disse grensene kommer først til anvendelse dersom det for disse brukerne er ønskelig å øke nivået av tjenester ut over minstenivået med hensyn til å få dekket grunnleggende

behov. I så fall må også disse beslutningene begrunnes i en vurdering av nytte, alvorlighet og kostnader.

I utredningen presiseres det ikke nærmere hva som er grunnleggende behov, men det vises til forsvarlighetskravet og kommunens plikt til å tilby et visst minimumsnivå av tjenester. For behandling og forebygging av sykdom, mener utvalget at de samme vurderinger av forholdet mellom nytte, alvorlighet og kostnader bør gjelde for kommunale helse- og omsorgstjenester og offentlige finansierte tannhelsetjenester som for spesialisthelsetjenesten.

For tjenester som har til formål å ivareta innbyggernes grunnleggende behov mener utvalget at samfunnet må akseptere den kostnaden som er nødvendig for å gi et minstenivå av tjenester. Dette vil også gjelde i de tilfeller hvor denne kostnaden er høyere enn de implisitte grensene som gjelder i spesialisthelsetjenesten.

11.3 Høringsinstansenes syn

Nasjonalforeningen for folkehelsen skriver i sitt høringssvar:

[D]et er et svært godt grep å skille mellom tjenester som har som sitt primære formål å behandle eller forebygge sykdom, og tjenester som har som sitt primære formål å ivareta innbyggernes grunnleggende behov. Oppfølging av personer med en fremskridende demenssykdom vil i mange tilfeller nettopp handle om å ivareta grunnleggende behov. Også her er det vesentlig å være klar over at det vil variere fra person til person hva som er avgjørende for å ivareta den enkeltes grunnleggende behov. Medvirkning blir sentralt også her. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene slår for eksempel fast at «mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet» defineres som grunnleggende behov. Slik vi forstår dette må det bety at prioriteringskriteriene ikke kan brukes som grunnlag for å prioritere ned aktiviteter for å sikre grunnleggende behov som går frem av nevnte forskrift til mennesker med demens.

Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen skriver:

Å sette et skille mellom tjenester som skal behandle og forebygge sykdom, og tjenester

som ivaretar innbyggernes grunnleggende behov er et godt valg. For forebyggende og behandlende tjenester er nytte-kostnadsanalyser relevante og adekvate, men ikke for tjenester som ivaretar innbyggernes grunnleggende behov. Imidlertid kan det være utfordrende å definere tjenester som skal ivareta grunnleggende behov. Dette er behov alle mennesker har i livets slutfase eller ved alvorlig funksjonshemming (daglig stell, pleie, hjelp med matinntak, lindrende behandling og liknende) – og slike tjenester bør tilbys.

Senter for omsorgsforskning er positive til at utvalget peker på at grunnleggende behov må dekkes uansett kostnad «fordi det handler om forutsetninger for å kunne leve». Imidlertid etterspørres en klargjøring av hva som er grunnleggende behov.

I likhet med Senter for omsorgsforskning, uttrykker flere andre høringsinstanser usikkerhet for hva forslaget om «grunnleggende behov» innebærer og hvilke konsekvenser det får i praksis. LO skriver:

I utredningen brukes også begrepet grunnleggende tjenester, som det nivået av tjenester som kommunene er utfra en etisk vurdering vil være forpliktet til å tilby. Det er ikke klart definert hva som er et grunnleggende behov for en tjeneste, og hvor grensen mellom hva som er grunnleggende og hva som ikke er det går. Det er grunn til å tro at lovpålagte og grunnleggende tjenester til en viss grad vil overlappe, og samlet utgjøre hovedtyngden av kommunenes budsjett til helse- og omsorgstjenester. Dette vil påvirke prioriteringsmulighetene, og hvordan dette vil virke må utredes mer enn det som nå foreligger i NOUen.

Kristiansand og Vennesla kommuner skriver at de savner en drøfting av hvilke tjenester som *ikke* skal være gjenstand for prioritering etter kriteriene og hvilke konsekvenser dette får.

Flere kommuner i Hallingdal skriver i et samlet svar at de ulike prioriteringskriteriene vil overskygges av et pasientbehov. FHI skriver: «Siden livredende behandling også kan sies å ivareta et grunnleggende behov, mener vi det ville være en fordel om dette unntaket ble utdypet nærmere, inkludert om begrunnelsen også medfører andre unntak».

Mens Helsedirektoratet skriver:

Dersom enkelte tjenester eller enkelte brukere skal unntas fra prioriteringsvurderinger, vil

dette kunne utfordre legitimiteten og by på pedagogiske utfordringer. Det er uheldig om vurderingene varierer fra kommune til kommune, fordi det da vil kunne stilles spørsmål om det eksisterer et reelt etisk imperativ bak slike ulikheter.

11.4 Departementets vurdering

Etter departementets syn gjelder de prinsipielle vurderingene knyttet til verdigrunnet og kostnadsgrenser i spesialisthelsetjenesten som ble anført i Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* også for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Når nye tiltak innføres i helse- og omsorgstjenesten innenfor en fastsatt ressursramme vil andre tiltak måtte vike. Det antall gode leveår som gjennomsnittlig tapes andre steder i tjenesten når ressurser flyttes til de nye tiltakene representerer alternativkostnaden av tiltakene. Denne alternativkostnaden er det nye tiltak må vurderes opp mot. Som Blankholm-utvalget, mener departementet at det for den kommunale helse- og omsorgstjenesten bør legges den samme alternativkostnaden, og de samme prinsippene for sammenveining av prinsippene for prioritering på gruppenivå, som ligger til grunn i spesialisthelsetjenesten.

Siden metodevurderinger i liten grad brukes i kommunal helse- og omsorgstjeneste i dag, vil den praktiske konsekvensen på kort sikt av å legge til grunn en implisitt grense være begrenset. Det er imidlertid et mål at det på sikt utvikles et mer helhetlig kunnskapssystem for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, der bruk av metodevurderinger blir mer utbredt. Det vil legge til rette for at kommunene over tid kan treffe beslutninger på gruppenivå basert på slike metodevurderinger. I tillegg innebærer etableringen av helsefelleskapene at kommuner og helseforetak i større grad enn før, sammen må utvikle og planlegge tjenester for pasienter med behov for bistand fra begge nivå. Etter departementets vurdering vil det etter hvert være naturlig å utarbeide metodevurderinger av tjenester og behandlingsmetoder som går på tvers av nivåene. Gjennomgående prinsipper for prioritering legger til rette for dette, jf. nærmere drøfting i kapittel 9 Prinsipper for prioritering i helse- og omsorgstjenesten.

I spesialisthelsetjenesten og for legemidler finansiert over folketrygden er det i hovedsak de regionale helseforetakene ved Beslutningsforum for nye metoder og Statens legemiddelverk som

fatter beslutninger på gruppenivå. I Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* ble det pekt på at disse vil måtte danne seg en felles oppfatning om alternativkostnaden til et tiltak og innvekting av alvorlighetsgrad av en tilhørende tilstand. Departementet mente i Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* at den tankegangen som ligger bak Norheim-utvalget og Magnussen-gruppens forslag til innvekting av et alvorlighetskriterium vil være et nyttig utgangspunkt for denne prosessen. I tråd med Norheim-utvalget og Magnussen-gruppens utredninger mente departementet at svært alvorlige tilstander kan tillegges en høy vekt, moderat alvorlige tilstander en moderat vekt og lite alvorlige tilstander en lav vekt. Departementet la til grunn at vurderingen av metoder rettet mot svært alvorlige tilstander i hovedsak vil samsvare med dagens praksis i Statens legemiddelverk og Beslutningsforum.

For den kommunale helse- og omsorgstjenesten er det ikke et tilsvarende system som i spesialisthelsetjenesten, der det tas en felles beslutning om hvilke nye metoder som skal innføres. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil det være den enkelte kommune som fatter beslutninger på gruppenivå. Departementet mener at også for kommunal helse- og omsorgstjeneste vil Norheim-utvalget og Magnussen-gruppens forslag til innvekting av et alvorlighetskriterium være et nyttig utgangspunkt for beslutninger på gruppenivå. Som for spesialisthelsetjenesten mener departementet at det ikke bør fastsettes en eksplisitt maksimal kostnadsgrense, men at dagens praksis i spesialisthelsetjenesten og knyttet til vurdering av legemidler finansiert over blåreseptordningen, gir et rimelig uttrykk av samfunnets vektlegging av høy alvorlighet i beslutninger på gruppenivå – også for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Som for spesialisthelsetjenesten, jf. Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste*, mener departementet at skjønsmessige vurderinger, basert på metodevurderinger, skal inngå i en totalvurdering av tiltak på gruppenivå også i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Metodevurderinger bør heller ikke tolkes eller anvendes slik at nye tiltak, som kommer under en viss kostnadsgrense per vunnet gode leveår, automatisk blir innført.

Blankholm-utvalget peker på at samfunnet må akseptere kostnaden som er nødvendig for å gi et minstenivå av tjenester – også i de tilfeller hvor denne kostnaden er høyere enn de implisitte grensene som gjelder i spesialisthelsetjenesten. Departementet slutter seg til denne vurderingen.

Boks 11.1 Om ivaretagelse av pasienter med behov for grunnleggende tjenester og tiltak

Diskusjonen om hvordan helsetjenesten skal prioritere tiltak til pasienter og brukere med behov for ressurskrevende tjenester og tiltak er ikke ny. Blant annet kan vi lese i Lønning I-utvalget at samfunnet har en spesiell forpliktelse overfor «ressurssvake og underprivilegerte mennesker» og at dette bør komme til uttrykk som en prioritert forpliktelse overfor de «svakest stilte» (jf. NOU 1997: 18, kapittel 3.5.3).

Lønning-II utvalget skriver:

Det er antakelig stor enighet om at tilstandens alvorlighetsgrad i seg selv ikke tilsier høy prioritet til behandlingstiltak, dersom pasienten (eller pasientgruppen) bare kan forvente meget liten eller ingen nytte av tiltaket. Med unntak for pleie og omsorg er alvorlighet en nødvendig, men ikke tilstrekkelig betingelse for prioritet innen den offentlige helsetjeneste (NOU 1997: 18, s. 121).

Og videre:

Hensynet til de dårligst stilte, innebærer ikke at behandlingstiltak uten tilstrekkelig effekt skal ha høy prioritet, men at alle skal gis grunnleggende pleie og omsorg, uansett om

andre behandlingsvalg faller bort (NOU 1997: 18, s. 130).

I St.meld. nr. 26 (1999–2000) *Om verdier for den norske helsetenesta*, står det:

Vidare må ein må sikre at effektomgrepet blir tolka slik at det ikkje berre omfattar dei verknadene som er lett målbare. Også verknader som den einskilde pasienten opplever som positive, må kunne reknast med, sjølv om dei ikkje alltid kan målast og etterprøvast på standardiserte måtar. Ikkje minst viktig er dette ved prioritering av tenester fram mot slutten av livet. Ei einsidig vektlegging av målbar nytte av eit tiltak, til dømes i form av forventa auka livslengd, vil kunne føre til at lindrande tiltak blir prioritert urimeleg lågt (s. 70).

Og i Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* står det:

Pasienter skal møtes på en verdig måte. Alle pasienter som har behov for pleie og omsorg skal få det selv om helsetjenesten ikke kan tilby virkningsfull behandling (s. 11).

En stor del av ressursene i kommunal helse- og omsorgstjeneste er knyttet til dekking av grunnleggende behov for pleie og omsorg. I mange sammenhenger vil ressursbruken knyttet til disse tjenestene overstige alternativkostnaden, også når denne er vektet med alvorlighet. Det er samtidig ingen tvil om disse tiltakene er nyttige for pasientene, utgjør en grunnleggende oppgave for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og skal gjennomføres. Ivaretagelse av pasienter med behov for grunnleggende tjenester og tiltak har vært omtalt i flere tidligere utredninger og meldinger, jf. boks 11.1 Om ivaretagelse av pasienter med behov for grunnleggende tjenester og tiltak.

Departementet vil samtidig understreke at behovet for å tilby ressurskrevende tjenester som ivaretar pasientenes grunnleggende behov for pleie og omsorg, ikke er i motstrid til at tiltak på gruppenivå blir vurdert mot alternativkostnaden vektet for alvorlighet. Disse to problemstillingene er knyttet til forskjellige situasjoner. I det første til-

fellet handler det om hvordan det grunnleggende menneskeverdet skal ivaretas. I det andre tilfellet handler om hvordan ressursene skal fordeles rettferdig og likeverdig, gitt at det grunnleggende menneskeverdet er ivaretatt. Selv om det kan være ulikt hvordan, og i hvilket omfang, disse problemstillingene kommer konkret til uttrykk i henholdsvis spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, er det verdimesige grunnlaget det samme.

Den verdimesige forpliktelsen til å dekke de grunnleggende behovene kommer også rettslig til uttrykk i forsvarlighetskravet, dvs. kravet om at kommuner plikter å yte nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Dette gjelder også for fylkeskommunenes ansvar for tannhelsetjenesten. Det er kommunen som bestemmer hvilke helse- og omsorgstjenester som den enkelte pasient eller bruker skal tilbys, og i de fleste tilfellene vil det foreligge flere ulike tiltak som er forsvarlige. Der- som det kun foreligger ett tiltak som vil ivareta

Boks 11.2 Nærmere om forsvarlighetskravet

Forsvarlighetskravet gjelder både for tjenester som har som sitt primære formål å behandle eller forebygge sykdom, og tjenester som har som sitt primære formål å gi omsorg til innbyggerne. Forsvarlighetskravet innebærer at tjenester skal gis på et forsvarlig nivå med en forsvarlig kvalitet, innen en forsvarlig tidsramme og basert på en individuell vurdering av behov. Forsvarlighetskravet innebærer også et krav om et verdig tjenestetilbud, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Det innebærer at innholdet bestemmes av normer utenfor loven. Forsvarlighetskravet for helse- og omsorgstjenesten er forankret i aner-

kjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg dermed også i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger.

Forsvarlighetskravet har en dobbel funksjon. Det er en rettesnor for tjenesten og viser til normer som beskriver hvordan tjenestene bør være. Disse normene utgjør kjernen i forsvarlighetskravet og kan betegnes som god praksis. Samtidig danner normene utgangspunkt for å fastlegge hvor grensen mot det uforsvarlige går. Det vil si de konkrete vurderingene av hvor store avvik fra god praksis som kan aksepteres før avviket medfører at tjenesten blir uforsvarlig.

den enkelte pasient eller brukers behov for helse- og omsorgstjenester på en forsvarlig måte, vil imidlertid kommunen ikke kunne vise til at tiltaket er for kostbart. I slike tilfeller innebærer den verdimessige forpliktelsen til å ivareta menneskeverdet, som ligger til grunn for forsvarlighetskravet, at en ev. kostnadsgrænse ikke kommer til anvendelse.

11.5 Skjønnsmessige vurderinger i en totalvurdering på gruppenivå

I Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* ble det slått fast at skjønnsmessige vurderinger, basert på metodevurderinger, skal inngå i en totalvurdering av tiltak på gruppenivå. Dette ble drøftet inngående i meldingen. Departementet legger til grunn at skjønnsmessige vurderinger bør inngå som del av en totalvurdering av tiltak på gruppenivå også i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Selv om de to tjenestenivåene på mange områder er ulike, vil i hovedsak de samme faktorene være relevant å se hen til i en slik vurdering. Som drøftet tidligere er det for kommunal helse- og omsorgstjeneste ikke et tilsvarende system som i spesialisthelsetjenesten der det tas en felles beslutning om hvilke nye metoder som skal innføres. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil det i utgangspunktet være den enkelte kommune som fatter beslutninger på gruppenivå, slik som tilfellet er for administrative beslutninger. Departementet vil her

særlig redegjøre for betydningen store budsjettkonsekvenser av et tiltak kan ha, og understreker at slike skjønnsmessige vurderinger kan være relevante for beslutninger også på administrativt nivå i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og offentlig finansierte tannhelsetjenester.

Som drøftet i kapittel 6.2, er et grunnleggende prinsipp for prioriteringer på gruppenivå at tiltak i helsetjenesten vurderes opp mot tiltakets alternativkostnad, dvs. nytten for andre pasienter som kunne ha vært realisert med de samme ressursene. Hvis et enkelt tiltak legger beslag på svært mye ressurser blir alternativkostnaden høyere enn det som vanligvis kan legges til grunn – tiltak med store budsjettvirkninger vil med andre ord fortrenge mer nytte per krone enn det tiltak med mindre budsjettvirkninger vanligvis vil gjøre. Også i tilfeller der ikke høyere prioritert behandling blir fortrent kan det være utfordringer knyttet til å innføre tiltak med store budsjettkonsekvenser. Dersom et tiltak med store budsjettkonsekvenser for eksempel legger beslag på en vesentlig del av den årlige veksten i helseregionenes budsjetttrammer, vil det rent praktisk kunne være vanskelig å ta i bruk tiltaket for hele den aktuelle pasientgruppen. Det kan være vanskelig på kort til mellomlang sikt å omstille helsepersonell, infrastruktur og medisinsk-teknisk utstyr fra andre anvendelser til det aktuelle tiltaket. Det ble i lys av dette slått fast i Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* at samlede budsjettkonsekvenser av et tiltak skal inngå som skjønnsmessige vurderinger i en totalvurdering

av et tiltak i spesialisthelsetjenesten, for legemidler finansiert over folketrygden og for fastlegens samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Departementet mener at også for kommunal helse- og omsorgstjeneste vil betydningen av budsjettkonsekvenser være relevant i prioriteringsbeslutninger. Slike hensyn kan være særlig relevante ved administrative beslutninger. Noen tiltak

vil for eksempel kunne være så ressurskrevende at det legger beslag på en vesentlig del av den årlige veksten i den enkelte kommunes økonomiske rammer, og det kan rent praktisk være vanskelig å ta i bruk tiltaket for alle kommunens innbyggere. Slike hensyn vil i så fall inngå i en skjønnsmessige vurdering i totalvurderingen av tiltaket.

12 Prinsipper for prioritering i tannhelsetjenesten



Figur 12.1

Tannhelsetjenesten er omtalt gjennomgående i meldingen. I dette kapittelet redegjøres det for Blankholm-utvalgets forslag og departementets vurdering av anvendbarheten av prioriteringskriteriene for tannhelsetjenesten særskilt.

Blankholm-utvalget fikk i mandat å vurdere om kriteriene nytte, ressurs og alvorlighet og aktuelle forslag til kriterier for prioritering i de kommunale helse- og omsorgstjenestene også bør legges til grunn for prioriteringsvurderinger innen tannhelsetjenesten. Dette omfatter prioritering knyttet til de persongrupper som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, og prioritering av hvilke tilstander, sykdommer mv. på tannhelsefeltet som folketrygden yter stønad til. Utvalget fikk i oppdrag å vurdere prioriteringskriteriene for disse to områdene samlet.

Utvalget skriver om avgrensning av mandatet at de vil (s. 17):

(...) vurdere prinsipper for prioritering knyttet til de tjenester som skal ytes etter tannhelse-tjenesteloven og knyttet til prioritering av hvilke tilstander, sykdommer med videre på tannhelsefeltet som trygden yter stønad til. Utvalget mener det er utenfor mandatet å vurdere konsekvensene av prinsippene med hensyn til hvilke persongrupper som bør ha rettigheter etter tannhelsetjenesteloven og hvilke tilstander og sykdommer som bør omfattes av folketrygdens stønadsordning på tannhelsefeltet.

12.1 Utvalgets forslag

Utvalget mener at kriteriene – nytte, ressurs og alvorlighet – også er egnet for offentlig finansierte tannhelsetjenester. Utvalget skriver at den offent-

lige tannhelsetjenesten er en del av den samlede offentlige helse- og omsorgstjenesten og derfor etter utvalgets mening, bør vurderes i sammenheng med de øvrige helse- og omsorgstjenestene.

Videre foreslår utvalget at man bør gjennomgå de gruppene som i dag har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, og de tilstander/tilfeller som i dag gir rett til stønad fra folketrygden, med utgangspunkt i prinsippene for prioritering. Gjennomgangen bør være helhetlig og vurdere de to områdene samlet.

Når det gjelder folketrygdens stønad til tannbehandling, peker utvalget på at kriteriene bør legges til grunn for vurderingen av folketrygdens finansiering av legemidler, og at de ikke kan se at folketrygdens finansiering av tannhelsetjenester skiller seg prinsipielt fra dette. Beslutninger om hvilke tannsykdommer eller tilstander som skal finansieres av folketrygden, er en nasjonal prioritering som vil ha konsekvenser for fordelingen av ressurser på statlig nivå.

Utvalget trekker særlig fram kjeveortopedi, og skriver (ss. 127–128):

Utvalget har merket seg at Helsedirektoratet har lagt fram en rapport om kriterier for stønadsberettiget behandling til kjeveortopedi, hvor man har gjennomført en vurdering av dagens regelverk basert på gjeldende prioriteringskriterier for spesialisthelsetjenesten. I rapporten konkluderer direktoratet med at mindre bittavvik ikke lenger bør omfattes av folketrygdens stønadsordning. Dette er et eksempel på at dagens stønadsordning ikke er utformet i tråd med prinsippene for prioritering.

12.2 Høringsinstansenes syn

Høringsinstansene deler utvalgets vurdering av kriterienes egnethet for tannhelsetjenesten. Blant annet skriver Vestfold fylkeskommune i sitt høringssvar: «Vestfold fylkeskommune støtter utvalgets forslag til prioriteringskriterier og mener at kriteriene gir et godt grunnlag for å sikre at offentlig finansierte tannhelsetjenester fordeles blant de grupper i befolkningen som trenger det mest.»

Og Rogaland fylkeskommune skriver i sin uttalelse: «Rogaland fylkeskommune mener at de foreslåtte kriteriene og prinsippene for prioritering er egnet for offentlig finansierte tannhelsetjenester på hhv. faglig, administrativt og politisk nivå (...).»

12.3 Departementets vurdering

I likhet med Blankholm-utvalget, vurderer departementet at prioriteringsvurderinger i tannhelsetjenesten ikke skiller seg vesentlig fra vurderinger i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Forslag til prinsipper og kriterier er egnet også i den offentlig finansierte tannhelsetjenesten. Tilføyelsen av mestring som et sentralt punkt i både nytte- og alvorlighetskriteriet gir også god mening for tannhelsetjenesten.

Regjeringens utgangspunkt for arbeidet med tannhelsetjenesten ligger i Granavoldenplattformen, hvor det er slått fast at tannhelsetjenesten skal videreutvikles, og at skjermingsordningene gradvis skal utvides.

Stortinget har fattet en rekke anmodningsvedtak om gjennomgang av refusjonsordningene på tannhelsefeltet. Regjeringen er enig i at det er behov for en samlet gjennomgang av rettighetene på tannhelsefeltet. En forutsetning for en åpen og forsvarlig gjennomgang er at det er enighet om kriteriene og prinsippene som legges til grunn for gjennomgangen. En god gjennomgang av ordningene forutsetter involvering fra brukere, fra fagfelt og organisasjoner, og at deltakerne i gjennomgangen legger samme kriterier til grunn. En slik gjennomgang forutsetter derfor også at det settes av tilstrekkelig tid til kunnskapsinnhenting, prosesser med aktørene og faglige drøftelser.

I denne meldingen fremmer regjeringen ett felles sett kriterier og prinsipper for den samlede helse- og omsorgstjenesten, og det er departementets syn at disse danner det naturlige utgangspunktet for en gjennomgang av folketrygdens refusjonsordninger og rettighetene i tannhelsetjenesteloven. Med bakgrunn i dette vil regjeringen komme tilbake til Stortinget med en egen melding om tannhelsetjenesten.

Boks 12.1 Tannregulering

Prioriteringskriteriene ble brukt i en gjennomgang av vilkårene for stønad til tannregulering fra Folketrygden. Gjennomgangen ble utført av Helsedirektoratet i samarbeid med Den norske tannlegeforening, og publisert i en rapport i 2019. Utredningen gikk gjennom de minst alvorlige tilstandene, og ble lagt til grunn for innstramningen i stønad til tannregulering fra 1. januar 2020.

13 Åpenhet og brukermedvirkning



Figur 13.1

Som vist i kapittel 3 Bakgrunn, har Norge en lang tradisjon for å jobbe systematisk med prioriteringsspmårl og utviklingen av prinsipper for prioritering. Det er bred enighet om dagens kriterier for prioritering og prinsippene som ligger til grunn for prioriteringsbeslutningene. Kriteriene bygger på forslagene til de to Lønning-utvalgene, Grund-utvalget, Norheim-utvalget og Magnussen-gruppen. Stortinget ga, gjennom sin behandling av Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste*, sin enstemmige tilslutning til kriteriene.

Blankholm-utvalget fikk i mandat å drøfte om hensynet til åpenhet om prioriteringsprosesser og beslutninger er godt nok ivaretatt i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Utvalget skulle også drøfte hvordan forståelse og aksept for prioriteringsbeslutninger kan utvikles i befolkningen, og

spesielt blant brukere og pårørende. Blankholm-utvalget skriver (s. 118):

Legitime prioriteringsbeslutninger fordrer åpenhet både om prinsippene for prioritering og om prosessene som fører fram til beslutningene. Prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten handler om å fordele ressurser til noen områder og tiltak fremfor andre. I dette ligger det også at noen områder og tiltak ikke vil få ressurser til å bli gjennomført. Prioriteringsbeslutninger kan derfor oppleves som kontroversielle eller urettferdige for de som påvirkes av beslutningen. Åpenhet omkring prosesser og beslutninger er derfor viktig for at de som berøres, forstår hvorfor beslutningen ble som den ble. Åpenhet bidrar til legitimitet og forståelse.

Departementet mener, i likhet med utvalget, at åpenhet er en viktig premisse for gode og legitime prioriteringsbeslutninger. Departementet mener videre at for å oppnå legitimitet om prioriteringsbeslutninger må ikke bare prinsippene for prioritering oppleves som rimelige, men også prosessene knyttet til prioriteringsbeslutninger må oppleves som rettferdige. Tidligere arbeid har bidratt til større åpenhet om beslutninger i spesialisthelsetjenesten. Arbeidet med NOU 2018: 16 *Det viktigste først* og oppfølgingen av denne, vil, etter departementets vurdering, føre til mer åpenhet om prioriteringsbeslutninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i offentlig finansierte tannhelsetjenester.

13.1 Brukermedvirkning i praksis

Pasienter og brukere skal ha innflytelse både på beslutninger og på utforming av tjenestetilbudet. I møte med pasienter/brukere skal helse- og omsorgstjenestene ta utgangspunkt i den enkeltes ressurser og forutsetninger. Man skal møtes som menneske og ikke som en diagnose eller tilstand. Medvirkningens form må tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Informasjonen som skal gis må tilpasses den enkeltes forutsetninger, slik som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn.

Brukermedvirkning kan foregå på flere nivåer: individnivå, tjenestenivå og systemnivå. Brukermedvirkning på individuelt nivå er samarbeid mellom den enkelte bruker og ansatte i tjenestene. Det handler om å kunne være med å ta valg som påvirker ens egen helse og livssituasjon. Pasienten/brukerens rett til å medvirke ved valg mellom behandlingsmetoder er nedfelt i lov gjennom retten til informasjon og retten til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester og helsehjelpen skal som hovedregel gis på bakgrunn av informert samtykke (pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3). Dette gjelder både for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for spesialisthelsetjenesten. Blankholm-utvalget referer til Isaksen, Ågotnes og Fagertun 2018 (s. 19)¹:

I møtet med den enkelte pasient/bruker kan helse- og omsorgspersonell få kunnskap om pasienten/brukerens helse, ønsker og erfaringer

som er viktig for å ivareta den enkeltes behov på best mulig måte. Ved å stille spørsmålet «hva er viktig for deg?», flyttes oppmerksomheten fra selve diagnosen til hele mennesket. En form for praktisk brukermedvirkning på faglig nivå kan være innkomstsamtalen i sykehjem. Innkomstsamtalen med pasient og dens pårørende kan være et verktøy for sykehjemmet til å kartlegge hvem pasienten er, hvilke preferanser pasienten har og hvordan vedkommende ønsker å ha det. Innkomstsamtalen kan benyttes som et virkemiddel for å bidra til at pasienten får innflytelse over behandlingstilbudet og tjenestene som vedkommende skal motta.

Det siste tiåret har samvalg fått økende oppmerksomhet som en metode for å få pasienter og brukere til å delta aktivt i beslutningene om seg selv. Samvalg skjer når pasienten/brukeren får informasjon om fordeler og ulemper ved ulike undersøkelses- og behandlingsalternativer, vurderer disse opp mot hverandre med aktiv støtte av helsepersonell og man sammen trekker fram hva som er viktig for den enkelte pasient. For en pasient/bruker kan det for eksempel være viktigere med et tiltak som gir økt mestring og livskvalitet enn et tiltak som isolert sett gir økt funksjon. Målet med samvalg, er å bli enige om å velge det tilgjengelige alternativet som er mest i tråd med pasienten/brukerens egne preferanser.

Åpenhet om beslutninger som tas, er nødvendig for muligheten til å kunne etterprøve beslutninger og vedtak, for å kunne vurdere beslutninger opp mot generelle prioriteringsprinsipper og for å kunne utfordre beslutninger, eventuelt å klage på disse. Når pasienten/brukeren får kunnskap om grunnlaget for beslutninger som tas, vil dette kunne gi pasienten/brukeren mulighet for å stille spørsmål, som igjen vil kunne gi mer opplevelse av mestring og kontroll. Slik kunnskap kan videre øke forståelse og aksept for avgjørelser, og kan også bidra til bedre etterlevelse av eventuelle tiltak.

Noen ganger kan pasienten/brukerens ønske komme i konflikt med helsefaglige vurderinger av hvilke tiltak som har best nytte. Dette kan for eksempel gjelde når man står i valget mellom livsforlengende behandling eller å tilby god palliativ omsorg. Gode og åpne beslutningsprosesser er i slike situasjoner særlig viktig for beslutningens legitimitet.

Brukermedvirkning reguleres både i pasientrettighetsloven, lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og helseforetaksloven. Pasientrettighetsloven slår fast at pasient eller bruker har

¹ Jørn Isaksen, Gudmund Ågotnes og Anette Fagertun: «Spenningsfeltet mellom standardisering, variasjon og prioritering i norske sykehjem» i Tidsskrift for omsorgsforskning, nr. 2, 2018, ss. 143–153

Boks 13.1 Recovery

Mestring har vært et sentralt element i psykisk helse- og rusarbeid over flere år. I Helsedirektoratets veileder for lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid, *Sammen om mestring*, slås det fast at psykisk helse- og rusarbeid «skal bidra til å bedre levekårene for personer som har et rusmiddel- eller psykisk helseproblem, forebygge og redusere problemutviklingen og fremme mestring av eget liv.» Både denne veilederen og Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser fremhever også det såkalte recovery-perspektivet som henger tett sammen med mestring.

Historisk springer recovery-tenkingen ut av brukermedvirkning i praksis, der brukernes

egne erfaringer, ønsker og behov, er selve utgangspunktet for tjenesteutvikling og tjenesteyting. Recovery er et faglig perspektiv som tar utgangspunkt i at bedring både er en personlig og sosial prosess der sosial integrasjon og tilknytning er viktig, men også er avhengig av eksterne forhold som bosituasjon, mulighet for aktiviteter, utdanning, arbeid mv. Recovery-perspektivet beskrives som en holdning som fremmer håp og tro på muligheter for at den enkelte kan leve et meningsfullt liv til tross for de begrensningene problemet kan forårsake. En recovery-orientert praksis bygger på denne holdningen og fokuser på det som er viktig for hver enkelt, og hva som fremmer og øker mulighetene for å oppleve mestring.

rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelles- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbudet (jf. helse- og omsorgstjenesteloven).

Med brukermedvirkning på systemnivå menes samhandling mellom etater og organisasjoner som representerer brukere i etaten i arbeid med planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak. For spesialisthelsetjenesten reguleres brukermedvirkning på systemnivå gjennom lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. (helseforetaksloven). Representanter for pasienter og andre brukere skal høres i forbindelse med utarbeidelse av planer for virksomheten. Brukermedvirkning på kommunalt nivå reguleres i helse- og omsorgstjenesteloven. Kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste.

Det er viktig med åpenhet og transparens også på systemnivå, slik at pasienter/brukere/pårørende, helsepersonell, politikere og andre kan følge med og stille spørsmål ved å spille inn til ulike prioriteringer som gjøres.

Et eksempel på et system som skal bidra til transparente prioriteringer og understøtte brukermedvirkning, er Nye metoder (se boks 8.6 Nye metoder). Brukermedvirkning i systemet skjer ved at brukerne bidrar med erfaringsbasert kunnskap, slik at kunnskapsgrunnlaget både for metodevurderingene og for beslutningene i Bestillerforum og Beslutningsforum blir så godt som mulig. I Stortingets behandling av Prop. 55 L (2018–2019) ba Stortinget regjeringen om å sørge for en evaluering av dagens organisering og saksbehandling i systemet for Nye metoder (jf. Innst. 93 L (2019–2020)). Evalueringen vil blant annet omfatte åpenhet og transparens i saksbehandlings- og beslutningsprosesser og hvordan medvirkning fra pasienter, pårørende, fagpersoner og leverandører er ivaretatt.

I Folkehelseinstituttets innspill til system for kunnskapsstøtte for kommunale helse- og omsorgstjenester (se kapittel 8.3.1) pekes det på at bedre og tryggere helse- og omsorgstjenester er det sentrale målet for kunnskapsstøtte. Ivaretagelse av bruker- og pårørendeperspektivet er i denne sammenhengen viktig. Brukere og pårørende vil kunne gi meget verdifull informasjon inn i systemet, både om egne erfaringer og preferanser for ulike behandlinger og tjenesteformer.

En rekke organisasjoner, stiftelser og andre aktører bringer bruker- og pårørendeperspektivet inn i tjenesteutvikling og kvalitetsforbedring både på tjeneste- og systemnivå. Brukerorganisasjoner er representert gjennom brukerutvalg, møter,

Boks 13.2 Kontaktforum for brukere i helse- og omsorgstjenesten

Kontaktforum for brukere av helse- og omsorgstjenesten er et forum som er oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet. Forumet er en sentral arena for brukermedvirkning på systemnivå. Medlemmene oppnevnes på bakgrunn av sin brukerkompetanse, erfaringskompetanse og inngående kjennskap til brukerperspektivene i tjenestene. Kontaktforum skal ivareta brukerperspektivet i helse- og omsorgstjenestene, og bidra til at pasienter, pårørende og brukere blir hørt i den nasjonale styringen av helse- og omsorgstjenesten.

høringer og deltakelse i prosjekter for å påvirke utvikling av helse- og omsorgstjenesten på bakgrunn av brukeres erfaringskompetanse. Eldreråd, råd for personer med funksjonsnedsettelse og ungdomsråd eller annet medvirkningsorgan for ungdom er lovfestet (jf. kommuneloven). Tilsetting av medarbeidere med brukererfaring, erfaringskonsulenter, kan styrke brukerperspektivet i tjenestene. Også helsemyndighetene har fora for brukere hvor disse bidrar til tjenesteutvikling på systemnivå gjennom ulike prosesser.

13.2 Pårørendes rolle

Blankholm-utvalget skriver at pårørende er viktige i brukermedvirkningen. Pårørende vil ofte ha informasjon om pasienten/brukeren som er nødvendig for å kunne utforme et godt tjenestetilbud.

Regjeringen er opptatt av at pårørende skal tas på alvor i alle deler av behandlingsskjeden og at pårørende opplever å bli møtt som en viktig samarbeidspartner for bruker og helsepersonell. Pårørende er en viktig ressurs. Med det menes at pårørende kan være sentrale bidragsytere og støttespillere for sine familiemedlemmer eller andre nære ved at de kjenner den enkelte og deres behov.

Pårørendemedvirkning kan foregå både på individnivå og på systemnivå. Pårørendemedvirkning på systemnivå innebærer å bruke pårørendes erfaringer og behov i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Helseforetak og kommuner plikter å etablere systemer for innhenting av pårørendes erfaringer og synspunkter på ulike nivåer, og gjøre bruk av disse erfaringen i sitt forbedringsarbeid. De regionale og lokale helseforetakene har etablert brukerutvalg som skal representere alle pasienter og pårørende i opptaksområdene. Brukerutvalgene er viktige arenaer for å gi tilbakemeldinger til helseforetakene på hvordan tjenestene oppleves for pasienter og pårørende. Det er en verdifull kilde til kunnskap som kan brukes i arbeid med innovasjon og kvalitetsforbedring.

Helse- og omsorgstjenestene skal ha systemer og rutiner som legger til rette for dialog med pårørende, enten pårørende har rollen som informasjonskilde, representant for bruker, omsorgsgiver eller støtte for bruker, eller har egne behov for støtte. For noen pårørende vil forhåndssamtaler være aktuelt. Det gjelder særlig i tilfeller der pasienten har kognitiv svikt og hvor pårørendes kunnskap kan være avgjørende for å ivareta medvirkningsretten. Forhåndssamtaler er et verktøy for kommunikasjon mellom pasient, pårørende og helsepersonell og som kan bidra til å avklare hva som er viktig for den enkelte.

14 Virkemidler for å understøtte prioritering



Figur 14.1

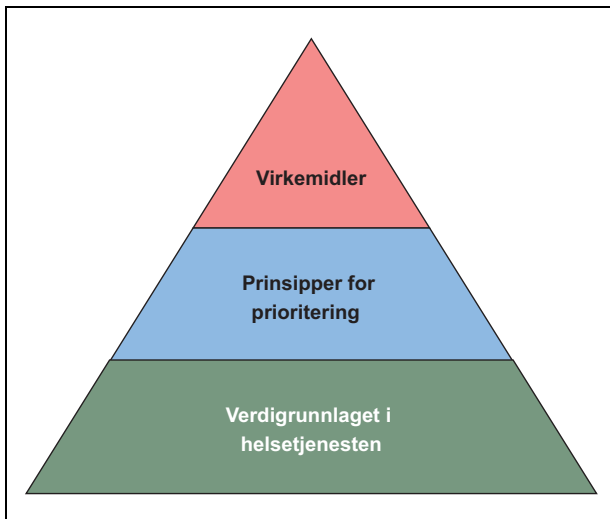
For å bidra til ønsket prioritering må de foreslåtte prinsippene for prioritering reflekteres i relevante virkemidler. I Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* står det (s. 66):

Prioriteringer i helsetjenesten handler om å fordele helsetjenestens ressurser til noen områder og tiltak framfor andre. For å gjøre riktige prioriteringer trengs det et sett av virkemidler. Det kan være beslutningssystemer, lovverk, rådgivende organer, normerende veiledere eller faglige retningslinjer. For å sikre konsistente virkemidler er det behov for å ta utgangspunkt i et sett av prinsipper for prioritering. Prinsipper for prioritering gir regler og veiledning for fordelingen av helsetjenestens ressurser. Reglene må bygge på et verdigrunnlag som har legitimitet i befolkningen og blant helsepersonell. Gjennom prinsippene for prio-

ritering gir man verdiene i helsetjenesten et konkret uttrykk.

Prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet gjelder i dag for spesialisthelsetjenesten, for legemidler finansiert over folketrygden og når henvisninger fra primærhelsetjenesten vurderes i spesialisthelsetjenesten. Tiltak i denne delen av helse- og omsorgstjenesten skal vurderes ut fra de tre kriteriene.

Det er ikke tatt i bruk prioriteringsvirkemidler i den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller i den offentlige tannhelsetjenesten. Dette er en naturlig konsekvens av at den kommunale helse- og omsorgstjenesten ikke har vedtatt prioriteringskriterier. Blankholm-utvalget skriver (s. 125): «Det gjøres mange gode prioriteringsvurderinger i kommunene. Helse- og omsorgspersonell, ledere og politikere mangler imidlertid



Figur 14.2 Verdigrunnlaget i helsetjenesten, prinsipper for prioritering og virkemidler for prioritering

gode virkemidler for å understøtte strukturerte beslutninger».

Det finnes i dag saksbehandlingsveiledere for de kommunale helse- og omsorgstjenestene som gir statlige føringer for saksbehandling (tildeling og utforming) av tjenester og tiltak. Målet for saksbehandling og tildeling innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene er å bidra til god saksbehandling ved at forvaltningsloven og andre regler for saksbehandling blir ivaretatt. Veilederen viser til at tjenesten må oppfylle en forsvarlig minstestandard og til brukers medvirkning, men sier ikke noe om hvilke kriterier som bør ligge til grunn for vurderingen av tiltak.

Helsedirektoratet har gitt ut veilederen god klinisk praksis i tannhelsetjenesten, som definerer hva som anses som god oral helse, nødvendig tannbehandling og gode behandlingsforløp. Under koronapandemien har Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet utarbeidet råd til tannhelsetjenesten som blant annet omhandler hvilke pasientgrupper fylkeskommunenes tannhelsetjeneste bør prioritere hvis tjenestene kun kan ta imot et begrenset antall pasienter grunnet smittesituasjonen. Begge disse er virkemidler som støtter tjenestene i deres arbeid med å prioritere mellom ulike oppgaver og pasientgrupper.

Blankholm-utvalget foreslo et sett med virkemidler for å bidra til at beslutningene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og offentlig finansierte tannhelsetjenester bygger på de foreslåtte kriteriene, nytte, ressurs og alvorlighet. Departementet mener det er behov for en gradvis innføring av virkemidler i den kommunale helse-

og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten, der man høster erfaringer med tanke på virkemiddelbruk. Departementet mener derfor at det bør være en trinnvis innføring av virkemidlene.

I dette kapittelet skisseres aktuelle virkemidler og utviklingsprosesser basert på forslagene til Blankholm-utvalget.

14.1 Juridiske virkemidler for den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Forslag i Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* om å utrede rettslig regulering av kriteriene ble fulgt opp gjennom Stortingets behandling av Prop. 55 L (2018–2019). I spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a andre ledd er det lovfestet at de regionale helseforetakene skal innrette sitt tjenestetilbud i tråd med prioriteringskriteriene. Formålet med denne lovfestingen er å tydeliggjøre at kriteriene for prioritering skal ligge til grunn for prioritering i spesialisthelsetjenesten generelt. Prinsippene for prioritering er en viktig betingelse og et verktøy for de regionale helseforetakenes (RHF) operasjonalisering av sørge for ansvaret innenfor budsjettammer satt av Stortinget. Et viktig formål med lovfesting av dette ansvaret er å sikre legitimitet om beslutninger som fattes av RHFene, men også understøtte målene om likeverdighet og rettferdig fordeling.

I Prop. 55 L (2018–2019) presiseres det at det ikke legges opp til at alle prioriteringsbeslutninger skal gjennomføres ved bruk av kostnadsberegninger og vurdering av alternativkostnad, slik det gjøres for metodevurderinger på gruppenivå. Samtidig presiseres det at RHFene må etterstrebe at vurderinger av prioriteringskriteriene i størst mulig grad inngår i relevante beslutningsgrunnlag, og at dette fordrer gode beslutningsstøtteverktøy i form av veiledere og retningslinjer. Det vil også i spesialisthelsetjenesten kunne være krevende å ettergå hvorvidt hver enkelt beslutning er tuftet på prioriteringskriteriene. Det bør imidlertid, etter departementets vurdering, ikke være til hinder for at helse- og omsorgstjenesten bør etterstrebe at flest mulige prioriteringsbeslutninger tar utgangspunkt i kriteriene for å sikre likeverdig tilgang og rettferdig fordeling av ressurser.

Som følge av at det ikke er fastsatt prioriteringskriterier for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, er det heller ingen rettslig regulering av kriteriene for den kommunale helse- og omsorgstjenesten i dag.

14.1.1 Utvalgets forslag

Blankholm-utvalget anbefaler i sine forslag til juridiske virkemidler at kommunene i helse- og omsorgstjenesteloven pålegges en plikt til å innrette tjenestetilbudet i tråd med prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet, og at kriteriene også tydeliggjøres i regelverk som regulerer helsepersonellens rettigheter og plikter.

Utvalget mener dette vil gi kommunene et klart mandat for å prioritere i samsvar med kriteriene, samtidig som en slik overordnet regulering gir kommunene et stort handlingsrom i utformingen og organiseringen av det lokale tjenestetilbudet. Utvalget foreslår i tillegg at det foretas en gjennomgang av eksisterende regelverk for å sikre at det støtter opp om en prioritering i samsvar med prioriteringsprinsippene.

Utvalget begrunner sitt forslag om å pålegge kommunene en plikt til å innrette sine tjenestetilbud i tråd med prioriteringsprinsippene og -kriteriene, med at det vil gi kommunene et klart mandat. Utvalget viser også til at hensynet til forutberegnelighet og åpenhet er sentrale for forslaget om lovregulering.

14.1.2 Høringsinstansenes syn

Helsedirektoratet skriver i sitt hørings svar:

Helsedirektoratet er positive til forslaget om å lovfeste en plikt for kommuner og fylkeskommuner til å innrette tjenestetilbudet i tråd med de overordnede prioriteringskriteriene, på samme måte som det er foreslått for spesialisthelsetjenesten. En slik plikt vil tydeliggjøre hvilke avveininger som skal gjøres når tjenester planlegges og når det vurderes hvilket tilbud som skal gis.

(...) Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at helse- og omsorgstjenesteloven omfatter mange ulike tjenester, og skal dekke mange ulike behov. Det kan gjøre det utfordrende å finne gode betegnelser som beskriver hva prioriteringsvurderingen skal knyttes til.

Videre skriver Helsedirektoratet:

Det gjenstår imidlertid en del utredningsarbeid før enhetlige prinsipper og kriterier for prioritering kan operasjonaliseres på en konsistent måte for hele helsetjenesten. (...) Dessuten er det mange ulike virkemidler som kan anvendes for å oppnå likeverdige helsetjenester, og det mangler ofte kunnskap om tiltakenes effekt og virkemåte.

Felles for disse, enten det er juridiske, økonomiske eller andre virkemidler, er at de bør vurderes mht. måloppnåelse iht. de overordnede prioriteringskriteriene, før de iverksettes.

NAPHA skriver: «NAPHA deler utvalgets ønske om likeverdige prioriteringer, uavhengig av hvor man bor. Samtidig er det flere grunner til at vi mener det er alt for tidlig å forskriftsfeste prioriteringskriterier».

KS er i sitt hørings svar opptatt av konsekvensene en lovforankring vil kunne få for det kommunale selvstyret:

KS støtter at det foretas en gjennomgang av eksisterende regelverk for å sikre at det støtter opp om prioritering i samsvar med prioriteringsprinsippene. I det videre arbeid og prosess må det vektlegges å klargjøre grenser mellom å utøve lokalt skjønn ved prioriteringer og nasjonalt fastsatte prinsipper og regelverk.

Det er vanskelig å se at prioriteringskriterier nedfelt i lovverk, faglige retningslinjer og normer ikke vil påvirke det kommunale selvstyret og kommunenes mulighet til å organisere og dimensjonere tjenestene ut fra lokalt utfordringsbilde og behov.

Dette krever grundig gjennomgang av eksisterende lovverk og nøye vurderinger av hvordan en lovfestet plikt til å innrette tjenestetilbudet i tråd med foreslåtte prioriteringskriterier vil slå ut.

Vedrørende regulering i helsepersonelloven skriver Helsedirektoratet i sitt hørings svar:

Vi er enige i at helsepersonell er viktige prioriteringsaktører. Vi mener likevel det ikke er hensiktsmessig å regulere prioriteringskriteriene i helsepersonelloven. Forsvarlighetskravet i § 4 og ressursbruksbestemmelsen i § 6 i helsepersonelloven innebærer en plikt for helsepersonell til å prioritere ut fra alvorlighet, nytte og ressursbruk, og vi mener dette er tilstrekkelig.

Statens helsetilsyn skriver i sitt hørings svar:

Statens helsetilsyn mener at den juridiske forankringen for prioritering i de kommunale helse- og omsorgstjenestene må ligge i helse- og omsorgstjenesteloven og ikke i helsepersonelloven. Dette begrunner vi med at selv om det enkelte helsepersonell som yter helse- og omsorgstjenester i sitt daglige virke står i situasjoner der de må prioritere, mener vi at

prioritering i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i hovedsak er et overordnet ansvar. Da tilsvarende regelverk for prioritering i spesialisthelsetjenesten ble gjennomgått, ble det ikke foretatt endringer i helsepersonelloven, og vi ser ingen grunn til at dette bør være regulert på en annen måte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. At helsepersonell nødvendigvis har en viktig funksjon i å gjennomføre prioriteringer innenfor de rammer kommunen setter, er ikke i seg selv grunn til å pålegge dem individuelt ansvar i helsepersonelloven.

14.1.3 Departementets vurdering

Blankholm-utvalgets vurdering er at en rettslig regulering vil gi kommunene et klart mandat til å prioritere i tråd med kriteriene. Utvalget viser til at hensynet til forutberegnelighet og åpenhet er sentrale for forslaget om lovregulering. Det vises i forlengelsen av dette til at spesialisthelsetjenesten har åpenhet om prioriteringsprinsippene gjennom prioriteringsforskriften, og at hensynene til åpenhet og forutberegnelighet bør være like for spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Departementet mener det er behov for å få på plass mer kunnskap om kriteriene i kommunene. Det vises i denne forbindelse til høringsinnspillene fra Helsedirektoratet og NAPHA. I likhet med Helsedirektoratet, mener departementet at det er behov for å utrede nærmere hvordan kriteriene i praksis kan benyttes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Slike faste kriterier må også vurderes opp mot det kommunale selvstyret. Departementet mener at kriteriene i helse- og omsorgstjenesten bør tas i bruk gjennom pedagogiske virkemidler, veiledere og andre kompetansehevende tiltak.

Departementet vil derfor etablere et grunnlag for bruk av prioriteringskriteriene gjennom veiledere (se kapittel 14.4 Pedagogiske virkemidler) og andre kompetansehevende tiltak.

14.2 Juridiske virkemidler for tannhelsetjenesten

Etter Blankholm-utvalgets vurdering er det også i den offentlige tannhelsetjenesten behov for et klart mandat til å prioritere i samsvar med prioriteringskriteriene. Utvalget mener derfor at fylkeskommunene i tannhelsetjenesteloven bør pålegges en plikt til å innrette tjenestetilbudet i den

offentlige tannhelsetjenesten i tråd med prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet, og i tråd med prinsippene knyttet til innhold og anvendelse av kriteriene. En slik rettslig regulering vil innebære at den fylkeskommunale tannhelsetjenesten plikter å benytte prioriteringskriteriene i utformingen av forebyggende tiltak for hele befolkningen og i utformingen av tjenestetilbudet til og mellom de prioriterte pasientgruppene som følger av tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd.

I tillegg til en gjennomgang av eksisterende lovverk, mener utvalget at det bør foretas en gjennomgang av de tannsykdommene eller tilstandene som i dag gir rett til stønad fra folketrygden og en gjennomgang av de gruppene som i dag har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, med utgangspunkt i de foreslåtte prioriteringskriteriene. Utvalget påpeker at gjennomgangen bør være helhetlig og vurdere de to områdene samlet.

14.2.1 Departementets vurdering

Departementet er enig med utvalget i at den offentlige tannhelsetjenesten bør prioritere i samsvar med prioriteringskriteriene. Kriteriene skal tas i bruk gjennom pedagogiske virkemidler, veiledere og andre kompetansehevende tiltak. Også for tannhelsetjenesten er det behov for åpenhet og forutberegnelighet. I likhet med for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, mener departementet at det er behov for mer kunnskap om kriteriene. Det vises til kapittel 12 Prinsipper for prioritering i tannhelsetjenesten, der det varsles at regjeringen i første omgang vil legge fram en melding for Stortinget om tannhelsetjenesten. Det er naturlig å vurdere og drøfte virkemiddelbruk i denne meldingen.

14.3 Juridiske virkemidler for spesialisthelsetjenesten og for legemidler finansiert over folketrygden

Forslagene i denne meldingen gir ikke behov for utvikling av regelverket for spesialisthelsetjenesten eller legemidler finansiert over folketrygden. Departementet vil samtidig gjøre nødvendige tilpasninger i begrepsbruken i prioriteringsforskriften som følge av endringer i prioriteringskriteriene.

Departementet viser også til at prioriteringskriteriene per i dag ikke er implementert for stønad etter blåreseptforskriften til forbruksmaterieell eller næringsmidler. Helsedirektoratet har utredet

forslag til endringer i regelverket på dette området, og forslagene er til oppfølging i departementet.

14.4 Pedagogiske virkemidler

Hensynet til det kommunale selvstyret tilsier at staten ikke skal gripe inn i hvordan kommunen styrer sine tjenester mer enn det som er nødvendig. Dette innebærer at pedagogiske virkemidler ofte benyttes som alternativer til sterkere statlige styringsvirkemidler som lovfesting, for kommunal sektor. Blankholm-utvalget foreslår at det utarbeides nasjonale faglige prioriteringsveiledere for tildeling av vedtaksbaserte kommunale helse- og omsorgstjenester. Forslaget får støtte fra høringsinstansene. Samtidig understreker flere at veilederne må være konkrete og funksjonelle og utarbeides i nært samarbeid med kommunene selv.

Utvalget foreslår videre at man må legge prioriteringskriteriene til grunn når nasjonale faglige retningslinjer og veiledere utarbeides og revideres. Helsedirektoratet støtter dette og skriver i sitt hørings svar: «Helsedirektoratet er også enig med utvalget i at prioriteringskriteriene må legges til grunn når nasjonale faglige retningslinjer og veiledere utarbeides og revideres. Vi arbeider med å gjøre dette enda tydeligere i våre anbefalinger».

14.4.1 Departementets vurdering

I kapittel 14.1 Juridiske virkemidler for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, fremgår det at departementet vil etablere et grunnlag for bruk av prioriteringskriteriene gjennom veiledere og andre kompetansehevede tiltak.

En nasjonal veileder vil sende tydelige føringssignaler for kommunenes arbeid med prioritering, men vil ikke være rettslig forpliktende på samme måte som regulering i lov eller forskrift. Departementet viser til utvalgets påpeking om at det «gjenstår en del utredningsarbeid før enhetlige prinsipper og kriterier for prioritering kan operasjonaliseres på en konsistent måte for hele helsetjenesten». Gjennom et arbeid med å utvikle en veileder vil man kunne foreta nødvendige utredninger for å operasjonalisere prinsippene og kriteriene, samt få en bedre oversikt over eventuelle praktiske konsekvenser og problemstillinger.

Departementet mener videre at veilederen ikke bør begrenses til vedtaksbaserte tjenester,

slik utvalget foreslår, men omfatte alle helse- og omsorgstjenester kommunene har ansvar for å tilby.

Departementet mener, i likhet med høringsinstansene, at et slikt arbeid må gjøres i samarbeid med relevante aktører, herunder pasient, bruker og profesjonsorganisasjonene. En plan for implementering av veilederen i kommunens helse- og omsorgstjenester bør inngå i dette arbeidet.

14.5 Økonomiske virkemidler

Rammestyring er hovedregelen for finansiering av kommunesektoren. I tillegg benyttes øremerkede tilskudd til nærmere bestemte helse- og omsorgsformål. Helse- og omsorgstjenesten finansieres også av pasientene/brukernes egenandeler og overføringer gjennom folketrygden. Blankholm-utvalget skriver at det kan være krevende å prioritere på en helhetlig og faglig god måte når kostnadene ved et samlet behandlingsforløp skal dekkes av ulike budsjetter. Dagens finansieringsmodeller er i stor grad motivert ut fra et ønske om at de skal bidra til effektivitet og kvalitet, samt sikre nødvendig kontroll over samlede kostnader til helse- og omsorgstjenester. Det er liten tradisjon i Norge for å bruke finansieringsmodeller for å understøtte prioriteringskriteriene. Utvalget mener det bør foretas en gjennomgang av hvorvidt dagens finansieringsordninger støtter opp om prioritering i henhold til prinsippene. Regelverk knyttet til egenandeler bør inkluderes i denne gjennomgangen.

14.5.1 Høringsinstansenes syn

Flere høringsinstanser støtter utvalgets forslag om en gjennomgang av dagens finansieringsordninger. Imidlertid skriver KS i sitt hørings svar: «KS vil understreke at finansieringsmodeller som innrettes som prioriteringsinsentiver i helse- og omsorgstjenesten vil være i konflikt med lokaldemokratiske prinsipper og rammestyring. Dette er utfordrende og vanskelige temaer som ikke er behandlet godt nok i rapporten».

Tilsvarende skriver Larvik kommune: «Larvik kommune er bekymret for at utvalgets forslag om å utrede finansieringsmodeller som støtter opp under prioriteringsprinsippene i den enkelte tjeneste og/ eller på tvers av helsetjenestenivåene vil komme i konflikt med det lokaldemokratiske prinsippet om rammestyring».

14.5.2 Departementets vurdering

Hovedprinsippet for finansiering av kommunesektoren er rammefinansiering. Det innebærer at kommunene og fylkeskommunene i hovedsak finansieres gjennom frie inntekter som kommunene selv fordeler mellom de ulike sektorene, samt mellom behandling og forebygging. Departementet mener økonomiske virkemidler, herunder finansieringsordninger, er lite egnet som virkemiddel for å styre prioriteringer. Risikoen for vridningseffekter utover det som er i tråd med prioriteringskriteriene er stor. Det vil være en krevende oppgave for sentrale myndigheter å identifisere hvilke aktiviteter (f.eks. forebygging) som bør få høyere og/eller lavere finansiering/prioritet. Samtidig vil det redusere muligheten til å gjøre kommunale tilpasninger til lokale behov.

14.6 Utvikling av forskning og kunnskap

Blankholm-utvalget skriver at kunnskapsutviklingen om effekter av tiltak er grunnleggende for å kunne prioritere i tråd med kriteriene.

Utvalget foreslår videre at det etableres et nasjonalt kompetansemiljø som kommunene kan støtte seg til i praktisk prioriteringsarbeid.

14.6.1 Høringsinstansenes syn

Som pekt på i kapittel 8 Kunnskapsgrunnlaget for prioriteringsbeslutninger, støtter høringsinstansene utvalgets vurdering i at det i dag mangler kunnskap om effekten av tiltak.

Høringsinstansene er noe mer delt med tanke på å etablere et nasjonalt kompetansemiljø og flere understreker betydningen av at et slikt miljø ikke må etableres uten forankring i tjenestene.

14.6.2 Departementets vurdering

I kapittel 8.2 viste departementet til arbeid som pågår for å øke kunnskapsnivået og forskningsaktiviteten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten.

Departementet er videre enig med utvalget i at kunnskapsutvikling om effekt av tiltak er grunnleggende for å kunne prioritere i tråd med kriteriene. I kapittel 8.3.1 redegjøres det for det arbeidet med å utvikle et kunnskapsstøttesystem for kommunene.

14.7 Data til beslutnings- og prioriteringsstøtte

Utvalget mener det er viktig å tilrettelegge for deling av data som kan brukes som grunnlag for prioriteringsbeslutninger. Utvalget vil peke på at bruk av nye teknologiske løsninger for beslutnings- og prioriteringsstøtte vil kunne bidra til at kommunene prioriterer riktigere.

14.7.1 Utviklingen av kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

Utvalget foreslår videre at kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) får en innretning som gjør at kommunene kan benytte det i sitt arbeid med å gjøre prioriteringer i tråd med foreslåtte prinsipper.

Helsedirektoratet skriver i sitt hørings svar at: «Forslaget gjenspeiler KPRs hovedformål, som er å bidra til styring, utvikling, forvaltning av kommunale helse- og omsorgstjenester. Helsedirektoratet anser derfor dette forslaget som et naturlig steg i utviklingen av tjenester og leveranser fra KPR».

14.7.1.1 Departementets vurdering

Departementet støtter direktoratets vurdering. KPR er fortsatt i en utviklingsfase, som blant annet vil gi et mye bredere datatilfang fra kommunale helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenesten.

14.8 Opplæring av helsepersonell og tilrettelegging for refleksjon

Blankholm-utvalget skriver at kunnskap om prinsipper for prioritering berører utdanningene og utvalget foreslår som en følge av dette, at det i grunnutdanningene for helse- og omsorgspersonell må tilrettelegges for undervisning og refleksjoner om prioritering. Utvalget foreslår videre at det må legges til rette for undervisning om prioritering i de etablerte utdanningene for ledere i helse- og omsorgstjenesten.

14.8.1 Om profesjonsetikk og prioritering

I tillegg til lov, regelverk og faglige retningslinjer, vil også helsepersonells erfaringer og kliniske skjønn ligge til grunn når det fattes beslutninger. I Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helse-tjeneste* står det at helsepersonell har en avgjø-

rende rolle i prioriteringer på klinisk nivå, stilt overfor identifiserbare enkeltpasienter. Helsepersonell har et stort handlingsrom der faglig og etisk skjønn må utøves. Helseprofesjonene definerer og håndhever selv de faglige og etiske reglene for denne utøvelsen. Blankholm-utvalget skriver (s. 109): «Når personell i helse- og omsorgstjenesten møter den enkelte pasient, styres prioriteringsbeslutningene av faglig og moralsk skjønn. Prioriteringskriterienes viktigste funksjon er å informere og understøtte disse beslutningene».

I kapittel 4 Verdigrunnlaget i helse- og omsorgstjenesten, ble det vist til verdigrunnlaget for helse- og omsorgstjenesten, der det blant annet står at helsepersonell har en plikt til å hjelpe pasientene/brukerne etter beste evne samtidig som de har et ansvar for helheten. Velferdsstatens verdigrunnlag speiles i helsepersonells profesjonsetikk. Av dette følger det at prioriteringsprinsippene må la seg forene med profesjonsetikken. Prinsipper for prioritering skal bidra til å understøtte og legitimere helsepersonell i deres virke.

I Den norske legeforeningens Etiske regler § 12 står det:

En lege skal i sin virksomhet ta tilbørlig hensyn til samfunnets økonomi. Unødige eller overflødig kostbare metoder må ikke anvendes. (...) Legen må bidra til at medisinske ressurser fordeles i henhold til allmenne etiske normer. En lege må ikke på noen måte søke å skaffe enkeltpasienter eller grupper en uberettiget økonomisk, prioriteringsmessig eller annen fordel. Ved mangel på ressurser innen sitt ansvarsområde bør legen melde fra.

Og i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det, punkt 6.3: «Sykepleieren bidrar til prioriteringer som tilgodeser pasienter med størst behov for sykepleie».

Det fremgår av helsepersonelloven § 4 første ledd at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (se boks 11.2 Nærmere om forsvarlighetskravet).

Morten Magelssen ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo, har i et notat til Helse- og omsorgsdepartementet i forbindelse med arbeidet med Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* pekt på at det er et flertall både blant leger og i befolkningen som i prinsippet aksepterer prioritering i helsetjenesten, og viser

til at det er støtte for dette i norske leger og sykepleieres profesjonsetiske regelsett. Prioritering er likevel omdiskutert, og hvordan prioriterings-spørsmål fremstilles kan ha betydning for helsepersonells respons på slike spørsmål.

En bekymring er om eksplisitt prioritering på klinisk/faglig nivå skader tilliten i relasjonen mellom helsepersonell og pasient/bruker. Ifølge Magelssen er det særlig på klinisk nivå risiko for målkonflikter dersom føringer fra samfunnet, politikere eller ledere i helsetjenesten ikke i tilstrekkelig grad gir plass for skjønnsutøvelse og nærhets-etiske intuisjoner. Magelssen stiller spørsmålet: «Helsepersonell må ta hensyn til ressurser og prioritere. Samtidig forventes helsepersonell å sette pasientens interesser først. Strider kravet om prioritering mot helsepersonells profesjonsetikk?»¹

Blankholm-utvalget skriver at de mener prioriteringsarbeid bør settes på dagsorden i eksisterende arenaer for læring og erfaringsdeling og at arbeidet med etablering av klinisk etikk-komiteer (KEK) og etisk rådgivning i kommunene bør prioriteres. KEK er tverrfaglig sammensatte komiteer med klinisk kompetanse og kompetanse i etikk. KEK kan bidra til systematiske drøftinger når man står i etisk krevende situasjoner. Komiteens hovedfokus er etiske utfordringer som oppstår i møtet mellom helsepersonell og pasienter/brukere/pårørende. KEK er først og fremst etablert i spesialisthelsetjenesten, men også enkelte kommuner og sykehjem har etablert KEK eller etisk råd for helse- og omsorgstjenestene.

I sitt høringsvar skriver Senter for medisinsk etikk ved UiO følgende:

Videre foreslår utvalget at kommunene bør prioritere å etablere kliniske etikkomiteer (også kalt etikkråd). Utfordringen er imidlertid at kommunene i dag ikke er pålagt å ha en klinisk etikkomite, slik man er i helseforetakene. I skrivende stund er det kun 15 kommuner som har dette tilbudet, men erfaringene er lovende og viktig evalueringsforskning som vil kunne si mer om effekter og nødvendige rammevilkår er underveis ved SME. Spørsmålet er om man allerede nå har tilstrekkelig kunnskap til å si at kommunene bør pålegges, eller sterkt anbefales, å etablere en klinisk etikkomite for helse-

¹ Morten Magelssen, «Er prioritering forenlig med helsepersonells profesjonsetikk?» i Henriette Sinding Aasen, Berit Bringedal, Kristine Bærøe og Anne-Mette Magnussen (red.) (2018): *Prioritering, styring og likebehandling. Utfordringer i norsk helsetjeneste*. Cappelen Damm Akademisk, side 141

og omsorgssektoren, eventuelt som et interkommunalt samarbeid. SME ønsker å bidra til å styrke komiteenes kompetanse i prioriteringsetikk, samt utvikle nye arbeidsformer så komiteene kan bli til større nytte i det praktiske prioriteringsarbeidet, blant annet bidra til god beslutningsstøtte og riktige grensesettinger. I tillegg vil vi foreslå at det satses på andre etikkstøttetiltak, som etikkrefleksjonsgrupper. Erfaring viser at også dette er en viktig arena for å ta opp prioriteringsspørsmål.

Og Senter for omsorgsforskning skriver i sitt høringssvar:

For å styrke kvaliteten på prioriteringer er det viktig at det finnes refleksjonsrom for systematisk etisk refleksjon på arbeidsteden, med felles refleksjoner i kollegiet, og verktøy som underbygger handlingsvalg og gir læring til senere situasjoner der dilemma må løses. Dette kan tydeliggjøres som et virkemiddel.

Departementet mener, i likhet med utvalget og høringsinstansene, at det er viktig at tjenesten legger til rette for at medarbeidere får mulighet til å reflektere over sin egen praksis og drøfte prioriteringsdilemmaer med kolleger. Departementet mener videre at tilrettelegging for etisk refleksjon kan bidra til at prioriteringsdilemmaer som oppleves i tjenestene, blir identifisert og løftet til åpen debatt. Dette kan bidra til en prioritering som er mer i tråd med prinsippene for prioritering. Departementet legger videre til grunn at innholdet i helsefaglige utdanninger reflekterer prinsippene for prioritering.

Boks 14.1 Satsingen på etisk kompetanseheving

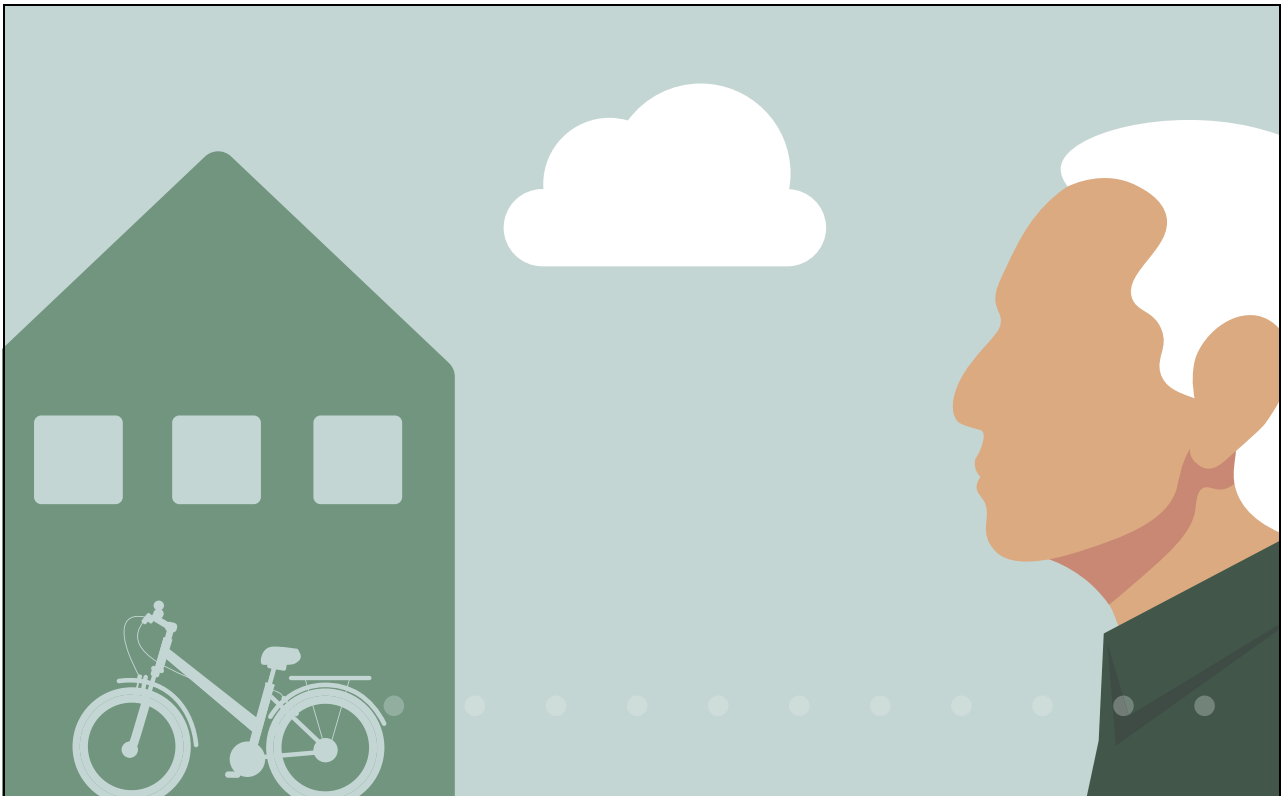
Etikksatsingen i KS er en nasjonal satsing som bistår kommunene regionalt og lokalt gjennom regionale etikkveiledere. Målet er at ansatte og ledere får økt kompetanse i å identifisere, reflektere over og håndtere etiske utfordringer i sin praksis. Satsingen vektlegger også etisk refleksjon om ulike dilemmaer knyttet til døden. Etikksatsingen har et formelt samarbeid med Senter for medisinsk etikk ved Universitet i Oslo. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025 og Meld. St. 24 (2019–2020) *Lindrende behandling og omsorg*.

14.9 Oppsummering

Regjeringen vil:

- Gi Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide en nasjonal faglig prioriteringsveileder for kommunale helse- og omsorgstjenester
- Arbeide videre med å utvikle et kunnskapsstøttesystem for kommunale helse- og omsorgstjenester
- Fortsette utviklingen av KPR
- Legge til grunn at innholdet i helsefaglige utdanninger reflekterer prinsippene for prioritering
- Komme tilbake til Stortinget med en egen melding om tannhelsetjenesten

15 Økonomiske og administrative konsekvenser



Figur 15.1

Meldingen foreslår at dagens prinsipper for prioritering – nytte, ressurs og alvorlighet – også gjøres gjeldende for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester. Meldingen foreslår å føye til mestring i nytte- og alvorlighetskriteriene, også for spesialisthelsetjenesten.

For å bidra til en ønsket prioritering må prinsippene for prioritering reflekteres i relevante virkemidler. I første omgang foreslås det å utvikle veiledere for kommunen, samt å utrede et system for kunnskapsstøtte for kommunene. Dette vil ha

en begrenset kostnadsramme, og kan håndteres innenfor Helse- og omsorgsdepartementets rammer.

Helse- og omsorgsdepartementet

tilrår:

Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 18. juni 2021 om Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten blir sendt Stortinget.

Bestilling av publikasjoner

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon

www.publikasjoner.dep.no

Telefon: 22 24 00 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på

www.regjeringen.no

Omslags- og kapittelillustrasjoner:

Illustratør: Anne Leela, Konsis

Trykk: Departementenes sikkerhets- og

serviceorganisasjon – 06/2021

