

**Notat januar 2022**

**Eldrepolitisk gruppe i Oslo SV**

**Om Meld.St. 38 (2020-2021) :**

**Nytte, ressurs og alvorlighet. Prioritering i helse- og omsorgstjenesten.**

Helse- og omsorgskomiteen på Stortinget er nå i gang med å behandle Meld.St 38 2020-2021, der helse- og omsorgsdepartementet tar sikte på å lansere et system for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester og i tannhelsetjenesten. Grunnlaget for meldinga er Blankholmutvalgets utredning, NOU 2018:16 Det viktigste først.

Eldrepolitisk gruppe i Oslo SV har gått gjennom meldinga for å komme med innspill til SVs komitéarbeid.

## **1) Eldrepolitisk gruppes vurdering av stortingsmeldinga som helhet**

Forslagene i både Blankholmutvalgets utredning og stortingsmeldinga består i å innføre en modell som skal fremme bevisste prioriteringer i kommunal helse- og omsorgstjeneste på alle i nivåer. Både utvalget og departementet har nøydt seg med å presentere modellen uten å komme med beskrivelser av de konkrete prioriteringsproblemene og -områdene kommunene faktisk sliter med. Kommuneøkonomien, styringssystemene og organiseringsformene er heller ikke berørt, på tross av at det nettopp er disse faktorene som forårsaker de faktiske prioriteringene.

Eldrepolitisk gruppe tviler ikke på at departementet, som de aller fleste andre, ønsker at et prioriteringssystem skal føre til at innbyggere med behov for helse- og omsorgstjenester får oppfylt sine rettmessige krav til behandling, og at formålet med prioriteringskriteriene er at utsatte grupper med de største behovene ikke skal falle utenfor. Men i og med at departementet har en teoretisk modell som utgangspunkt for forslagene sine, og ikke faktiske forhold, vil meldinga neppe bidra til å løse de mange problemene innafor hele bredden av problemområder: fastlegeordninga, rusomsorgen, psykisk helsevern, eldreomsorgen, hjemmetjenesten, støtteapparatet for mennesker med store funksjonshemninger og tannhelsetjenesten.

SVs svar på viktige problemer her, er hele stillinger, rekruttering av ulike yrkesgrupper, tillitsreform, åpenhet, nei til private profitører og styrket kommuneøkonomi.

Eldrepolitisk gruppe oppfordrer komitéen til å fremme en innstilling med et innhold som reflekterer tilstanden i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, konkrete løsningstiltak og prioriteringer mellom disse. Uten slike konkrete føringer fra Stortingskomiteen, vil prioriteringskriteriesystemet lett bli en teoretisk øvelse for de som arbeider i sektoren, men som likevel vil medføre unødig bruk av tid og penger, på linje med styringssystemet New Public Management, som også hadde en teoretisk modell som utgangspunkt.

## **2) Eldrepolitisk gruppes kommentarer til meldingas ulike kapitler**

### **Om målet og verdigrunnlaget - kap. 2 og 4**

Departementet ønsker å finne fram til «*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?*» Departementet anbefaler forskning for å finne ut av dette.

### **Våre kommentarer**

Det er ikke vanskelig å støtte departementets ønske om at prioriteringene i helsesektoren skal baseres på menneskerettighetene og norsk lov. Men vi kan ikke se at meldingas forslag vil kunne bidra til å realisere slike mål. Her trengs konkrete eksempler fra komitéen. Vi

mener dessuten at vi veit nok om tilstanden i dag, slik at ny forskning nå ikke bør være et prioritert tiltak.

### **Om rammene for prioriteringsbeslutningene og gjeldende prinsipper for prioritering - kap. 5 og 6**

I Meld.St 34 (2015-2016), som gjaldt prioriteringer i spesialisthelsetjenesten, valgte departementet å foreslå at prinsippene for prioritering blir drøftet ut fra fire ulike beslutningssituasjoner: Klinisk nivå, gruppenivå, administrativt nivå og politisk nivå.

Departementet går inn for tilsvarende inndeling i kommunesektoren, og at kategorien «*klinisk nivå skal brukes for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester.*» I tillegg skal de tre prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet, også gjelde i kommunale helsetjenester

#### **Våre kommentarer:**

Departementets valg av «*beslutningssituasjoner*» er for abstrakt til å kunne være nyttige for prioriteringsarbeidet for helse- og omsorgstjenestene. 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. Derfor kunne en forventet at denne stortingsmeldinga ville inneholde konkrete eksempler på hvilke problemområder det er nødvendig å forholde seg til for å utvikle gode kommunale helsetjenester, sammen med eksempler på god balanse i forhold til alle de andre kommunale sektorene.

Spørsmålet om satsing på hjemmebaserte tjenester kontra sykehjemsplasser, er klassisk innen eldreomsorgen. Finner en ikke balansen i prioriteringene her, kan det skje at svært syke, gamle mennesker ikke får et tilbud som dekker det lovbestemte kravet om et verdig liv. Det er mange eksempler på slik ubalanse i dag, nettopp fordi det økonomiske ressurskriteriet ofte prioriteres høyest i helsesektoren.

Et annet spørsmål er hvor store økonomiske utlegg som brukes for å drive det kommunale helse- og omsorgsbyråkratiet - i forhold til å ha mange nok ansatte som yter tjenester direkte til pasientene. Prioritering av hele stillinger innen helse- og omsorgssektoren vil gi positiv uttelling i forhold til alle de tre prioriteringskriteriene målt opp mot det å bygge ut et stadig mer kostnadskrevenende helse- og omsorgsbyråkrati. Et annet argument for hele stillinger er at alle helsearbeidere må ha tid til faglig kompetanseheving for å gjøre gode prioriteringer. Det må være en kontinuerlig prosess som i tillegg til å gjøre gode prioriteringer også gir motivasjon til arbeidet.

Tannhelse er nedprioritert som fellesløsning, i og med at tannbehandling til innbyggere over 18 år, med enkelte unntak, ikke omfattes av folketrygden. Årsaken til at Stortinget i årevis ikke har prioritert tannhelsen er åpenbart knytta til økonomiske ressurser. Bruker en de to andre prioriteringskriteriene, «nytte» og «alvorlighet», er det bred enighet om at god tannhelse, og dermed økonomisk mulighet til tannbehandling, vil være til stor nytte for den enkelte, med positive ringvirkninger for samfunnet - mindre sykefravær, mindre grad av feilernæring o.l. Det er jo også slike argumenter tilhengerne av tannhelsereformen bruker.

## **Om forskjeller mellom tjenestenivåene - kap. 7**

I beskrivelsen av den statlige styringa av kommunesektoren hevder departementet uten forbehold at den juridiske og økonomiske rammestyringa «*gir kommuner og fylkeskommuner handlingsrom, slik at de kan fordele økonomiske ressurser og prioritere mellom de ulike tjenesteområdene de har ansvar for.*»

### **Vår kommentar:**

Det er et stort spørsmål om rammestyringa holder mål som styringsinstrument i et system basert på rettigheter for innbyggerne og høye kvalitetskrav. Det er en kjensgjerning at statlige pålegg og gode intensjoner ofte ikke gjennomføres i kommunene, på grunn av ubalansen mellom de økonomiske rammeoverføringene og de juridiske rammebestemmelsene. Handlingsrommet kommuner og fylkeskommuner har til å prioritere etter de anbefalte kriteriene, er helt avhengig av at det er penger nok. Jo dårligere kommuneøkonomi jo større ubalanse mellom de tre prioriteringskriteriene, og flertallet av faktiske prioriteringer vil uvegerlig bli valgt ut fra økonomiske hensyn. Økonomisk og juridisk rammestyling i ubalanse vil rett og slett sette et kriteriesystem ut av spill. Komitéen må innstille på at departementet må finne fram til overføringsordninger med full balanse mellom lovbestemmelser og økonomiske overføringer.

## **Om kunnskapsgrunnlaget for prioriteringsbeslutninger - kap. 8**

Departementet foreslår at det skal opprettes en struktur med klynger av kommuner 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 mener kommunene selv må eie, drive og finansiere denne ved å etablere og finansiere opp strukturer for forskning og innovasjon i sine tjenester.*»

### **Våre kommentarer:**

Det er ikke tilrådelig å støtte departementets forslag, i og med at departementet på bakgrunn av St.meld.25(2005-2006) allerede har opprettet 5 sentre for omsorgsforskning, lokalisert ved Universitetet i Tromsø, Nord universitet, Høgskulen på Vestlandet, Universitetet i Agder sammen med Høgskolen i Sørøst-Norge, og NTNU på Gjøvik. De fem sentrene koordineres fra Gjøvik og skal drive praksisnære forskning. Dette nettverket bør kobles på/koordinere utvikling av kunnskapsgrunnlaget. (<https://www.omsorgsforskning.no>)

I tillegg er det flere andre universiteter og forskningsinstitutter som driver velferds- og helseforskning, og som kan være bidragsyttere både til kunnskapsinnhenting og innovasjon, Nasjonalt senter for aldring og helse, NOVA ved Oslo Met, Institutt for samfunnsforskning, FAFAO, Nasjonalt senter for aldring og helse,

Kunnskapsinnhenting må dessuten være en kontinuerlig prosess der pasienter, pårørende og de ansattes organisasjoner har en sentral plass.

Enda viktigere er det å få kunnskapen ut til alle som jobber i praksis. I et samarbeid med høyskoler, universitet og fagskoler kan det arrangeres etter- og videreutdanning for helsepersonell, slik at de kan gjøre gode prioriteringer i hverdagen.

Etter- og videreutdanning, kunnskapsinnhenting og forskning koster penger, noe som ikke nevnes i meldingens kap.15 om økonomiske konsekvenser.

### **Om prinsipper for prioritering i helse- og omsorgstjenesten - kap. 9**

Departementet foreslår at «mestring» bør tilføyes i beskrivelsen av nytte- og alvorlighetskriteriene, på tross av at kriteriene dermed blir litt ulike dem som gjelder for spesialisthelsetjenesten. Men departementet ønsker ikke å tilføye «mestring» som et kriterium i spesialisthelsetjenesten, slik Blankholmutvalget foreslo.

#### **Vår kommentar:**

Mestringsperspektivet er særs viktig i kommunale tjenester om en skal nå målet med at eldre skal kunne bo lenge hjemme. Her skiller kommunehelsetjenestene seg fra spesialisthelsetjenesten. Komitéen bør støtte Blankholmutvalgets forslag på dette punktet.

### **Særskilt om alvorlighet og forebygging - kap. 10**

Departementet avviser mange av høringsinstansenes bekymring for at alvorlighetskriteriet vil innebære nedprioritering av forebyggende arbeid. Departementet argumenterer med at innføring av prioriteringskriteriene tvert imot kan forenkle kommunenes arbeid med å prioritere forebyggende arbeid.

#### **Vår kommentar:**

Departementets avvisning gir ingen grunn til å slutte å bekymre seg for forebyggende helsearbeids relativt svake stilling - ganske enkelt fordi dette har sin rot i kommuneøkonomien og ikke i manglende kriterier for prioritering..

Forebygging er viktig for folkehelse, derfor må det finnes mer konkrete politiske løsninger enn et prioriteringssystem for å rette opp ubalansen mellom forebygging og helsehjelp.

### **Hvor går kostnadsgrensen ? - kap. 11**

Problemstillingene i dette kapitlet dreier seg om ressurskrevende tjenester innenfor omsorgsområdet som er nødvendige for at pasientens og brukernes grunnleggende menneskeverd skal ivaretas. Det gjelder i all hovedsak omsorgstjenester for mennesker med store funksjonshemninger eller med sterk kognitiv svikt, og det kan dreie seg om helseomsorg og/eller spesielt dyre medisiner og hjelpemidler.

Departementet mener at for kommunal helse- og omsorgstjeneste vil betydningen av budsjettkonsekvenser være relevant for prioriteringsbeslutningene: *«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.»*

Departementet kommer ikke med forslag til hvordan den økonomiske floken kan løses for mennesker som ikke kan ha et menneskeverdig liv uten omfattende og kostnadskrevende støtte.

#### **Våre kommentarer:**

Resonnementet fra departementets side synes å være at når nye tiltak innføres, må andre vike - det vil si at den ene direkte helse- og omsorgstjenesten settes opp mot den andre. Komitéen bør innstille på at det i en slik situasjon er finansieringsordningen og administrative kostnader som må vurderes opp mot kostnadskrevede tiltak som gangner den enkelte pasienten eller brukeren. Hovedprinsippet må da være at hjelp til pasient og bruker skal ha en konsekvent forrang framfor penger til administrasjon og organisering.

I 2019 kom det kritikk mot Norge fra komiteen som overvåker FN-konvensjonen om rettighetene til personer med nedsatt funksjonene. Blant annet påpekes det at «*mange politiske tiltak fortsatt bygger på en holdning om at funksjonshemmede er pasienter og brukere, og ikke likestilte borgere med fullstendig sett av rettigheter og plikter.*»

I Hurdalsplattformen forpliktet regjeringspartiene seg til å forbedre toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester. Innslagspunktet er for 2022 på 1 470 000 kroner, samme nivå som foregående år. Toppfinansieringsordningen er viktig for kommunenes mulighet til å gi likeverdige tjenester til de innbyggere som har mest behov for hjelp. Det er imidlertid en stor svakhet at innslagspunktet over flere år er økt betydelig. SV må jobbe for å redusere innslagspunktet.

### **Om prinsipper for prioritering i tannhelsetjenesten - kap. 12**

*«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.»*

#### **Vår kommentar:**

Denne stortingsmeldinga er oversendt fra Solbergregjeringa, men i og med at Støreregjeringa har latt den gå uendra til komiteen, er det sannsynlig at helse- og omsorgsdepartementet kommer med en slik melding.

Marian har allerede vært med på behandlingen av et dokument 8-forslag om tannbehandling fra Moxnes og Aydar, som ble nedstemt av komitéflertallet.